

A cura di  
Carmelo Scarcella  
e Fabio Roda

# MANUALE *di* ALCOLOGIA

ASL BRESCIA



Regione  
Lombardia

ASL Brescia





**ASL di Brescia**

Sede Legale: Viale Duca degli Abruzzi, 15

25124 Brescia

Tel. 030.38381 – Fax 030.3838233

Progetto grafico e impaginazione:

Officina delle idee di Cherubini Ennio - Cigole (BS)

Finito di stampare:

Dicembre 2015 - Tipografia Color Art srl - Rodengo Saiano (BS)



# MANUALE *di* ALCOLOGIA

ASL BRESCIA



Regione  
Lombardia

ASL Brescia

# Indice

10	<b>PREFAZIONE</b> <i>Carmelo Scarcella</i>
11	CAPITOLO 1 <b>EPIDEMIOLOGIA E TREND DI CONSUMO</b> <i>Emanuele Scafato</i>
45	CAPITOLO 2 <b>ALCOL: LA SOSTANZA, GLI EFFETTI, IL RISCHIO ALCOLCORRELATO E L'ALCOLISMO</b> <i>Enrico Elba - Umberto Falconi</i>
57	CAPITOLO 3 <b>PATOLOGIE ORGANICHE ALCOLCORRELATE</b>
57	1. EPATOPATIA <i>Angelo Rossini</i>
69	2. PATOLOGIA ONCOLOGICA: SCENARIO ATTUALE. STUDI EPIDEMIOLOGICO-CLINICI, MECCANISMI D'AZIONE, VULNERABILITÀ, IPOTESI DI RICERCA <i>Alfredo Berruti, Mélanie Claps</i>
78	3. SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO <i>Alessandro Padovani</i>
88	4. CUORE E VASI <i>Umberto Falconi, Giovanna Morelli</i>
93	5. GRAVIDANZA, ALLATTAMENTO. MALATTIA FETO-ALCOLICA <i>Francesco Meli</i>
99	6. IMMUNITÀ, METABOLISMO E ASPETTI NUTRIZIONALI <i>Umberto Falconi, Giovanna Morelli</i>
108	7. ALTRE PATOLOGIE D'ORGANO E APPARATO <i>Giovanna Morelli</i>
115	CAPITOLO 4 <b>ALCOL E DISTURBO MENTALE</b> <i>Antonio Vita, Stefano Barlati, Giacomo Deste, Francesca Milani, Ida Nardandrea</i>
135	CAPITOLO 5 <b>ALCOLISMO E TRAUMA PSICHICO</b> <i>Mario Franzini</i>
147	CAPITOLO 6 <b>ALCOL E DIPENDENZE COMPORTAMENTALI: IL GAMBLING</b> <i>Anna Maria Martinelli</i>
157	CAPITOLO 7 <b>ALCOL E TABAGISMO</b> <i>Mario Franzini</i>

163	CAPITOLO 8 <b>MULTICAUSALITÀ E VULNERABILITÀ</b> <i>Maria Raffaella Rossin</i>
173	CAPITOLO 9 <b>DIAGNOSI</b>
173	1. LA DIAGNOSI CLINICA IN UN SERVIZIO DI ALCOLOGIA <i>Marco Stilo, Maria Caterina Dall'Angelo</i>
199	2. IL LABORATORIO DI SANITÀ PUBBLICA NELLA DIAGNOSI DI ALCOLISMO <i>Fabrizio Speziani, Rossana Patelli, Chiara Maria Romano</i>
205	CAPITOLO 10 <b>TERAPIA</b>
205	1. TERAPIA FARMACOLOGICA <i>Fabio Caputo</i>
221	2. INTERVENTI PSICOLOGICI <i>Maria Angela Abrami</i>
254	3. INTERVENTI EDUCATIVI <i>Mario Biazzì</i>
257	4. INTERVENTI SOCIALI TERRITORIALI: IL REINSERIMENTO SOCIALE <i>Massimiliano Stanga</i>
260	5. INTERVENTI INNOVATIVI: MINDFULNESS <i>Marco Tosi, Stefano Marchi, Andrea Bassanini</i>
272	6. PET THERAPY E INTERVENTI ASSISTITI CON ANIMALI <i>Francesco Brescianini, Luigi Dotti, Roberta Vitali</i>
283	CAPITOLO 11 <b>IDENTIFICAZIONE PRECOCE E INTERVENTO BREVE: METODO IPIB</b> <i>Tiziana Fanucchi</i>
299	CAPITOLO 12 <b>ASPETTI PSICOLOGICI E SOCIALI DELL'ALCOLISMO</b>
299	1. FAMIGLIA <i>Elisabetta Rizzi</i>
309	2. ADOLESCENTI <i>Maria Antonietta Paniconi, Giovanni Pè</i>
314	3. ANZIANI <i>Carlo Cristini, Giovanni Cesa-Bianchi</i>
320	4. DONNE <i>Giovanni Pè</i>
325	5. IMMIGRAZIONE <i>Mario Biazzì</i>
333	CAPITOLO 13 <b>PREVENZIONE</b> <i>Margherita Marella</i>
343	CAPITOLO 14 <b>IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE</b> <i>Giorgio Cavallari</i>

353	CAPITOLO 15 <b>IL RUOLO DEI SERVIZI SPECIALISTICI</b> <i>Fabio Roda</i>
363	CAPITOLO 16 <b>RIABILITAZIONE</b>
363	1. INTERVENTI DI RIABILITAZIONE OSPEDALIERA <i>Davide Mioni</i>
376	2. UN MODELLO IN LOMBARDIA: L'OSPEDALE "RICHIEDEI" DI PALAZZOLO SULL'OGLIO <i>Luigina Scaglia</i>
379	CAPITOLO 17 <b>COMUNITA' RESIDENZIALI</b> <i>Mara Bossi</i>
391	CAPITOLO 18 <b>LA RETE TERRITORIALE: I GRUPPI DI AUTO AIUTO</b>
391	1. ALCOLISTI ANONIMI - AA <i>Valeria Zavan</i>
402	2. ASSOCIAZIONE CLUB ALCOLOGICI TERRITORIALI - ACAT <i>Aniello Baselice</i>
409	3. CLUB DEGLI ALCOLISTI IN TRATTAMENTO - CAT <i>Giovanni Monesi</i>
419	CAPITOLO 19 <b>ALCOL E GUIDA</b>
419	1. IL PUNTO DI VISTA DELLA POLIZIA STRADALE <i>Barbara Barra</i>
429	2. IL RUOLO DELLA COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI <i>Maurizio Golia</i>
434	3. QUALI AZIONI DI PREVENZIONE EFFICACE. IL RUOLO DEI SERVIZI DI ALCOLOGIA <i>Andrea Noventa</i>
453	CAPITOLO 20 <b>ALCOL E LAVORO</b> <i>Domenica Sottini</i>
465	CAPITOLO 21 <b>ASPETTI GIURIDICI E LEGALI</b>
465	1. ASPETTI CRIMINOLOGICI E ASPETTI GIURIDICI <i>Daniela Rossi, Carlo Alberto Romano</i>
481	2. ASPETTI CIVILISTICI <i>Paola Nebel</i>
495	CAPITOLO 22 <b>NUOVE DIPENDENZE: AMBIGUITÀ ED AMBIVALENZA NELLA COMUNICAZIONE DELL'ERA DIGITALE</b> <i>Anna Maria Martinelli</i>

**AUTORI**

**MARIA ANGELA ABRAMI**

*Responsabile U.O. Nucleo Operativo Alcologia 4 - ASL Brescia*

**STEFANO BARLATI**

*Dirigente Psichiatria, U.O. di Psichiatria n.20 - Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia*

**BARBARA BARRA**

*Dirigente - Sezione Polizia Stradale di Brescia*

**ANIELLO BASELICE**

*Medico Psicoterapeuta, Responsabile Ambulatorio di Alcologia - ASL Salerno  
Presidente AICAT*

**ANDREA BASSANINI**

*Psicologo Psicoterapeuta, Istruttore MBSR e protocolli Mindfulness-Based – AIM (Associazione Italiana per la Mindfulness), Terapeuta ACT (Acceptance and Commitment Therapy). Docente presso le scuole di specializzazione in psicoterapia “Studi Cognitivi” e “Psicoterapia Cognitiva e Ricerca”, Professore a Contratto presso la Sigmund Freud Privat Universität Wien - sede di Milano e già Professore a Contratto presso il Dipartimento di Psicologia dell’Università degli Studi di Milano-Bicocca.*

**ALFREDO BERRUTI**

*Professore Associato Oncologia Medica - Università degli Studi di Brescia  
Direttore U.O. di Oncologia - Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia*

**MARIO BIAZZI**

*Educatore, U.O. Nucleo Operativo Alcologia 1– ASL Brescia*

**MARA BOSSI**

*Assistente Sociale - Fondazione Somaschi Onlus - Milano*

**FRANCESCO BRESCIANINI**

*Responsabile U.O. Sicurezza Alimentare, Componente del Gruppo di Lavoro “Attività Assistite con gli Animali” - ASL Brescia*

**FABIO CAPUTO**

*Dirigente Medico di Gastroenterologia con Alta Specializzazione in Disordini da Uso di Alcol, U.O. di Medicina Interna - Ospedale SS. Annunziata - Cento (Fe)*

*Consulente presso il Centro Universitario per lo Studio ed il Trattamento Multidisciplinare dell’Uso Inadeguato dell’Alcol “G.Fontana” - Università degli Studi di Bologna*

**GIORGIO CAVALLARI**

*Medico di Medicina Generale - ASL di Brescia*

**GIOVANNI CESA-BIANCHI**

*Ricercatore Confermato di Psicologia Generale - Università degli Studi di Milano*

**MÉLANIE CLAPS**

*Medico in formazione specialistica in Oncologia Medica, U.O. di Oncologia Medica - Università degli Studi di Brescia - Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia*

**CARLO CRISTINI**

*Professore Associato di Psicologia Generale - Università degli Studi di Brescia*

**MARIA CATERINA DALL'ANGELO**

*Assistente sociale, U.O. Nucleo Operativo Alcologia- ASL Brescia*

**GIACOMO DESTE**

*Dirigente Medico U.O. di Psichiatria n.20 - Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia*

**LUIGI DOTTI**

*Psicologo, U.O. Famiglia, Equipe Operativa Handicap - D.G.D. 4 - Componente del Gruppo di Lavoro “Attività Assistite con gli Animali” - ASL Brescia*

**ENRICO ELBA**

*Responsabile U.O. Nucleo Operativo Alcologia 2 – ASL Brescia*

**UMBERTO FALCONI**

*Medico, U.O. Nucleo Operativo Alcologia 1– ASL Brescia*

**TIZIANA FANUCCHI**

*Psicologa Psicoterapeuta, Specialista in Psicologia della Salute, Professionista in problemi e patologie alcol e tabacco-correlati, Mediatrice familiare, Centro Alcolologico Regionale Toscano - Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi (FI)*

**MARIO FRANZINI**

*Responsabile U.O. Attività Innovative e Nuove Dipendenze – ASL Brescia*

## AUTORI

### **MAURIZIO GOLIA**

*Responsabile U.O. Risk Management e Prestazioni medico-legali territoriali  
– ASL Brescia*

### **STEFANO MARCHI**

*Psicologo Psicoterapeuta ad orientamento cognitivo comportamentale  
Docente e supervisore dell'Associazione Italiana Analisi e Modificazione del Comportamento (AIAMC)  
Cofondatore dell'Istituto per le Applicazioni della Mindfulness alla psicoterapia e alla medicina (IAM)  
Condirettore del Centro Moses di Treviglio*

### **MARGHERITA MARELLA**

*Responsabile U.O. Educazione alla Salute – ASL Brescia*

### **ANNA MARIA MARTINELLI**

*Psichiatra, U.O. Ser.T. 4 Orzinuovi - ASL Brescia*

### **FRANCESCO MELI**

*Medico, U.O. Famiglia - ASL Brescia*

### **FRANCESCA MILANI**

*Psichiatra, Dipartimento Salute Mentale - Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia*

### **DAVIDE MIONI**

*Dirigente Medico, Unità di Cura per il Trattamento delle Dipendenze - Casa di Cura "Parco dei Tigli" - Teolo (PD)*

### **GIOVANNI MONESI**

*Medico, Servitore-Insegnante - Club degli Alcolisti in Trattamento - Brescia*

### **GIOVANNA MORELLI**

*Medico, U.O. Nucleo Operativo Alcolologia 1– ASL Brescia*

### **IDA NARDANDREA**

*Psicologa libero professionista, U.O. di Psichiatria n.20 - Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia*

### **PAOLA NEBEL**

*Responsabile Ufficio Legale e Contenzioso - ASL Brescia*

### **ANDREA NOVENTA**

*Psicologo Psicoterapeuta, Dipartimento Dipendenze - ASL di Bergamo*

### **ALESSANDRO PADOVANI**

*Professore Ordinario di Neurologia, Clinica Neurologica, Dipartimento Scienze Mediche e Sperimentali - Università degli Studi di Brescia*

### **CARLO ALBERTO ROMANO**

*Docente di Criminologia Penitenziaria  
Dipartimento di Giurisprudenza - Università degli Studi di Brescia*

### **MARIA ANTONIETTA PANICONI**

*Assistente Sociale, U.O. Nucleo Operativo Alcolologia 1 – ASL Brescia*

### **ROSANNA PATELLI**

*Farmacista, Responsabile Settore Conferme Sostanze stupefacenti - ASL Brescia*

### **GIOVANNI PÈ**

*Psicologo, U.O. Nucleo Operativo Alcolologia 3 – ASL Brescia*

### **ELISABETTA RIZZI**

*Responsabile U.O. Nucleo Operativo Alcolologia 1– ASL Brescia*

### **FABIO RODA**

*Direttore Dipartimento Dipendenze - ASL Brescia*

### **CHIARA MARIA ROMANO**

*Biologa, Responsabile Settore Screening Sostanze stupefacenti - ASL Brescia*

### **DANIELA ROSSI**

*Psicologa, U.O. Attività Innovative e Nuove Dipendenze - ASL Brescia*

### **MARIA RAFFAELLA ROSSIN**

*Responsabile U.O. Nucleo Operativo Alcolologia Perini - ASL di Milano  
Responsabile coordinamento tecnico scientifico dei NOA - ASL Milano  
Componente Direttivo Nazionale della Società Italiana di Alcolologia (SIA)*

### **ANGELO ROSSINI**

*Responsabile Struttura semplice a valenza dipartimentale di Epatologia - Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia*

### **EMAUELE SCAFATO**

*Direttore Reparto Salute della Popolazione e suoi Determinanti, Direttore Centro Organizzazione Mondiale della Sanità per la Ricerca e la Promozione della Salute sull'Alcol*

*Direttore Osservatorio Nazionale ALCOL-  
CNESPS, Centro Nazionale di Epidemiologia,  
Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto  
Superiore di Sanità  
Presidente SIA, Società Italiana di Alcologia  
Vice Presidente EUFAS, Federazione Europea delle  
Società Scientifiche sulle Dipendenze*

**LUIGINA SCAGLIA**

*Direttore U.O. di Geriatria/Patologie Alcolcorrelate  
- Fondazione Ospedale e Casa di Riposo Paolo  
Nobile Richiedei - Presidio di Palazzolo sull'Oglio*

**DOMENICA SOTTINI**

*Responsabile U.O. Prevenzione e Sicurezza negli  
ambienti di lavoro – D.G.D. 1– ASL Brescia*

**FABRIZIO SPEZIANI**

*Direttore Dipartimento Prevenzione Medico – ASL  
Brescia*

**MASSIMILIANO STANGA**

*Assistente Sociale, U.O. Nucleo Operativo Alcologia  
1– ASL Brescia*

**MARCO STILO**

*Responsabile U.O. Nucleo Operativo Alcologia 3 –  
ASL Brescia*

**MARCO TOSI**

*Psichiatra Psicoterapeuta, Direttore Dipartimento  
Dipendenze - ASL Pavia  
Formatore, Istruttore di Mindfulness, Is.I.Mind  
e Trained Teacher in Mindful Self-Compassion  
(UCSD) - Istituto per l'Applicazione della  
Mindfulness in Psicoterapia e Medicina - Milano*

**ANTONIO VITA**

*Professore Ordinario di Psichiatria - Università  
degli Studi di Brescia  
Direttore U.O. di Psichiatria n.20 - Azienda  
Ospedaliera Spedali Civili di Brescia*

**ROBERTA VITALI**

*Responsabile U.O. Igiene e Allevamenti Distretto  
Veterinario 1, Componente del Gruppo di Lavoro  
“Attività Assistite con gli Animali” - ASL Brescia*

**VALERIA ZAVAN**

*Responsabile UO SerD di Novi Ligure-DPD ASL  
AL - Alessandria*

**COORDINAMENTO ORGANIZZATIVO**

**ELENA CAPRIOLI**

*Servizio Alcologia - ASL Brescia*

# Prefazione

Gli effetti sanitari e sociali prodotti dal consumo patologico dell'alcool hanno un rilevante impatto sulla comunità.

Ciononostante non abbiamo assistito ad una decisa azione di contrasto dei fenomeni che ingenerano tale dipendenza.

Prevenzione, cura, riabilitazione sono attività non sempre efficacemente perseguite nei Servizi pubblici, soprattutto non risulta ancora vincente l'idea che solo un'azione diffusa ed integrata può consentire l'individuazione di situazioni di rischio, la precoce presa in carico e l'accompagnamento, anche nel contesto familiare, dell'assistito.

Per questo è necessario promuovere una "rete di patologia" che colleghi i servizi delle dipendenze (SERT e NOA) con il sistema delle cure primarie, i presidi specialistici ospedalieri e ambulatoriali.

È indubbio che il medico di medicina generale è l'operatore sanitario potenzialmente più idoneo alla precoce identificazione di una condizione di rischio e a compiere la prima valutazione. Grazie al rapporto fiduciario che si è instaurato con l'assistito, può orientarlo verso i centri di riferimento. I medici ospedalieri avvicinando pazienti con patologie alcool correlate nel corso del ricovero possono sensibilizzarli affinché, esaurita la fase di acuzie, vengano presi in carico dai servizi per le dipendenze garantendo così una continuità tra ospedale e territorio del percorso di cura.

Il manuale di alcologia prodotto da ASL Brescia nasce dal bisogno di disporre di uno strumento di aggiornamento professionale che aiuti a formare una visione comune dell'approccio all'alcool dipendenza tra gli operatori sanitari conducendo ad un impegno efficace nell'affrontare una delle aree di fragilità più complessa.

**Carmelo Scarcella**

*Direttore Generale dell'ASL di Brescia*



# Epidemiologia e trend di consumo

## 1

**Emanuele Scafato**

Il consumo di alcol rappresenta un importante problema di salute pubblica risultando responsabile in Europa del 3,8% di tutte le morti e del 4,6% degli anni di vita persi a causa di disabilità (*Disability-Adjusted Life Years, DALYs*) attribuibili all'alcol. L'Unione Europea (UE) è la regione con il consumo alcolico più alto al mondo, con 11 litri di alcol puro per adulto consumati ogni anno. Secondo il recente rapporto del progetto europeo *Alcohol Measures for Public Health Alliance* (AMPHORA), nella UE un decesso su 7 per gli uomini e un decesso su 13 per le donne è attribuibile al consumo di alcol. Anche se l'Italia è stata uno dei primi Paesi che è riuscito a ridurre significativamente i consumi alcolici, il consumo pro capite di alcol puro ha raggiunto, nella popolazione adulta di età superiore a 15 anni, 6,10 litri all'anno nel 2010 (ultimo dato ufficiale più recente disponibile). In Italia, le prevalenze dei consumatori a rischio identificano circa 8.000.000 di individui a rischio di età superiore agli 11 anni (circa 6.200.000 maschi e 1.900.000 femmine). Le percentuali più elevate di consumatori a rischio di sesso maschile si registrano nella classe di età 65-74 anni e tra gli ultra 75enni per un totale di oltre 2.000.000 di anziani di sesso maschile che necessiterebbero di un intervento di identificazione precoce e di sensibilizzazione al problema e per i quali andrebbe sviluppato un piano di prevenzione ad hoc, considerato il continuo invecchiarsi della popolazione italiana. L'alcol continua, non solo per gli anziani, a rappresentare uno dei principali fattori di rischio per la salute dell'uomo essendo, anche attraverso consolidati nuovi modelli del bere associati all'intossicazione (*binge drinking*), il principale fattore di mortalità prematura tra i giovani sino ai 24 anni di età a causa delle correlazioni dirette con l'incidentalità stradale alcol-correlata.

Nonostante l'innalzamento dell'età minima legale per la vendita e la somministrazione di bevande alcoliche, circa un milione di bambini, adolescenti e giovani al di sotto dei 18 anni ricevono e consumano bevande alcoliche non ottemperando alle linee guida per una sana alimentazione che impongono consumo zero al di sotto dei 18-20 anni. L'uso di alcol è associato direttamente o indirettamente al rischio d'insorgenza di oltre 200 malattie e condizioni patologiche, inclusi numerosi tipi di cancro. Ciò è quanto emerge dai dati epidemiologici e dal monitoraggio alcol-correlato, strumenti indispensabili e insostituibili per la pianificazione delle strategie di prevenzione, per la programmazione sociosanitaria e per azioni di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione.

A livello nazionale, la necessità di un sistema formalizzato di monitoraggio alcol-correlato si è consolidata a partire dall'approvazione della Legge 125/2001 che, valorizzando le attività già avviate dal Decreto Ministeriale rivolto alla rilevazione periodica delle attività dei gruppi di lavoro dedicati alla riabilitazione degli alcolodipendenti, richiamava la necessità di provvedere annualmente alla produzione di una relazione annuale del Ministro della Salute sullo stato di avanzamento delle attività previste dalla stessa legge per il contrasto al fenomeno dell'alcoldipendenza in Italia. Numerose leggi e piani d'indirizzo (Legge 125/2001; Piano Nazionale Alcol e Salute PNAS, Piano Nazionale Prevenzione PNP) hanno nel corso degli anni sottolineato l'esigenza centrale di flussi informativi specifici particolarmente sentita da tutte le Regioni e le Province Autonome (PA) italiane. Tale esigenza è stata ampiamente analizzata e dibattuta a livello tecnico, formalizzata e sintetizzata nel Piano Nazionale di Monitoraggio Alcol e Salute (PNMAS) elaborato da un gruppo composto da rappresentanti istituzionali regionali, ministeriali ed esperti e approvato, nell'anno 2009, dalla Commissione Salute delle Regioni e delle PA.

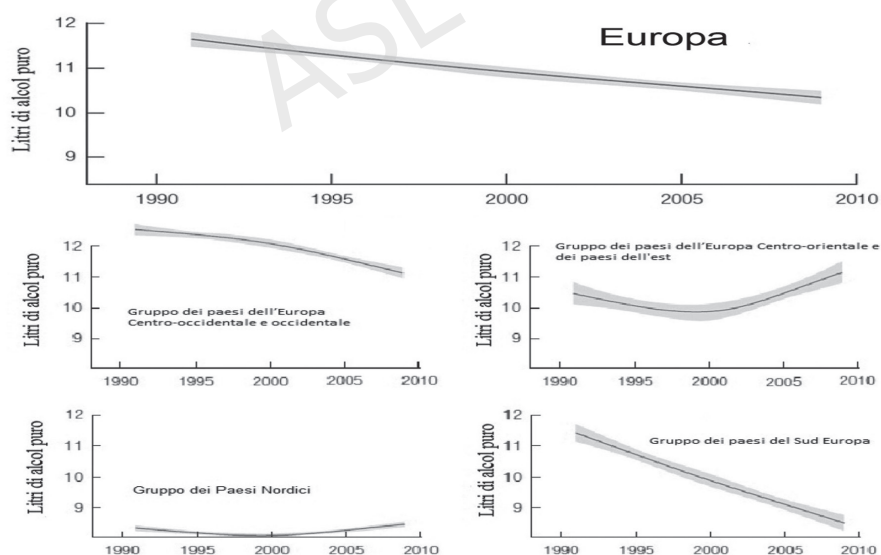
A livello europeo, negli ultimi dieci anni sono state numerose le iniziative sull'alcol quali la "EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harms" (Commissione Europea, 2006) e il "WHO European Alcohol Action Plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020" (World Health Organization – WHO, Ufficio Regionale per l'Europa), supportate a livello globale dalla "Global strategy to reduce the harmful use of alcohol" della WHO, e dalla "Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Disease 2008-2013" della WHO.

Tali iniziative, alle quali l'Italia ha aderito nell'ambito di numerose attività progettuali europee, hanno ripetutamente sottolineato e rafforzato, nel tempo, l'importanza di sviluppare e sostenere un sistema locale di monitoraggio alcol-correlato in grado di garantire da un lato, una valutazione dell'impatto socio-sanitario del consumo di alcol nella popolazione, dall'altro, di fornire informazioni puntuali sullo stato di avanzamento delle iniziative di contrasto adottate ed eventualmente riadattate sulla base di bisogni socio-sanitari emergenti.

Tutte le strategie e tutti i piani sono stati accompagnati da modalità e sistemi di monitoraggio che in parte hanno ricompreso anche le tecniche di rilevazione e reporting degli Stati Membri, e nel caso dell'Italia, ampiamente ispirate a quelle acquisite in Commissione Europea del sistema di monitoraggio nazionale per indicatori, di valenza europea. Quest'ultimo è stato proposto dall'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute (ONA-CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità che dal 1999 è l'interfaccia tecnico-scientifica nella *Health and Consumer Protection Directorate General* (DGSANCO, CE) per la *European Community Health Indicator and Monitoring* (ECHIM) e della WHO per la determinazione dei sistemi di valutazione e monitoraggio europei e internazionali sull'alcol.

## 1. Rapporto sull'alcol e salute nei 35 Paesi europei dell'Ufficio Regionale per l'Europa, WHO

Lo *Status report on alcohol and health in 35 European Countries 2013* (1), pubblicato dall'Ufficio Regionale per l'Europa della WHO nell'ambito delle attività previste dal Programma di sanità europea 2008-2013 e documenti correlati (2-7), è un rapporto tecnico strutturato in tre sezioni che contiene un'analisi effettuata degli Stati Membri dell'UE, la Norvegia, la Svizzera, la Croazia e i Paesi candidati all'adesione all'UE (Islanda, Montenegro, Serbia, ex Repubblica Jugoslava di Macedonia e Turchia). La revisione del rapporto è stata affidata dalla WHO all'ONA-CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità. La sezione 1 del rapporto descrive le tendenze registrate del consumo pro-capite di alcol nel periodo 1990-2010 per ogni Paese, per area geografica e per l'UE nel suo complesso e la mortalità alcol-attribuibile. Il consumo medio pro capite di alcol in Italia, secondo i dati della *WHO Global Information System on Alcohol and Health* (GISAH) (8), è passato da 10,99 nel 1990 a 6,10 nel 2010 litri pro capite/anno. La diminuzione del livello di consumo di alcol nella UE 1990-2010 è dovuta principalmente ad una riduzione dei consumi nei Paesi del sud dell'Europa; nei Paesi della regione europea centro-occidentale e occidentale si è registrato un calo generale dei consumi, in particolare in Francia (l'unica eccezione in questo gruppo è il Regno Unito, dove il consumo pro-capite di alcol è aumentato); un costante aumento dei consumi pro-capite è stato infine registrato nei Paesi dell'Europa centro-orientale e orientale e nei Paesi nordici, probabilmente, almeno in parte, a causa dell'aumento dei consumi non registrati (*unrecorded*) (Figura 1).



**Figura 1. Trend e IC (95%) del consumo di alcol pro-capite tra gli adulti in Europa.**

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO *CC Research on Alcohol* su dati dell'indagine WHO

L'alcol è un importante fattore di rischio per la mortalità prematura nell'UE e il livello globale di mortalità alcol-attribubile (misurato attraverso i tassi di mortalità standardizzati delle tre più importanti cause di morte attribuibili all'alcol e cioè tumori, cirrosi del fegato e lesioni) rimane alto nei Paesi dell'UE. La mortalità alcol-attribubile è più alta nei Paesi dell'Europa centro-orientale e orientale. Il rapporto presenta inoltre i risultati dell'indagine condotta nel 2012 da UE e dalla WHO su alcol e salute. In esso si descrivono le 10 aree del piano d'azione europeo della WHO previsto per il periodo 2012-2020 per ridurre il consumo dannoso di alcol.

### **1.1. Leadership, consapevolezza e impegno politico**

Sono stati valutati i miglioramenti rilevati grazie alle misure adottate nei vari settori d'intervento. Le tematiche in cui la maggior parte dei Paesi hanno riferito maggiori sviluppi sono state l'aumento della consapevolezza pubblica (23 Paesi), le politiche e le contromisure per alcol e guida (22 Paesi), il monitoraggio e la ricerca sull'alcol (21 Paesi) e le attività sul controllo della disponibilità e di rafforzamento del trattamento in ambito di assistenza primaria (20 Paesi), per le altre attività non si registrano variazioni se non deboli cambiamenti. Alla fine del 2011, 23 Paesi avevano un piano nazionale scritto sull'alcol e dei sette Paesi senza un piano nazionale o sub-nazionale, sei erano in procinto di svilupparne uno. Tutti i paesi dell'UE hanno ora un limite di età legale per la vendita e la somministrazione di bevande alcoliche e 18 anni è l'età minima più diffusa (come in Italia).

### **1.2 La politica sui prezzi**

In tutti i 30 paesi vengono riscosse le accise su birra e alcolici con percentuali che variano dall'8%, mentre in poco più di un terzo dei Paesi, compresa l'Italia, non sono previste accise sul vino. Alcuni Paesi adottano misure sui prezzi, oltre alla tassazione: nel 2011 Germania e Svezia hanno proibito la vendita sotto costo, mentre la Finlandia e la Svezia hanno proibito le promozioni commerciali (es. l'offerta 2x1).

### **1.3 La disponibilità di alcol**

Solo in alcuni dei Paesi del Nord Europa esiste un monopolio governativo per la vendita al dettaglio di bevande alcoliche (Finlandia, Norvegia e Svezia) mentre nella maggior parte dei Paesi dell'UE, la vendita al dettaglio e la produzione di alcol è regolarizzata per mezzo di licenze. Ad un gruppo di esperti è stato chiesto di valutare l'importanza di varie misure per il miglioramento delle vendite rispetto ai limiti di età. A tal riguardo, il controllo da parte della polizia o di altre autorità è stato giudicato di grande importanza in 16 Paesi su 30, mentre le campagne di informazione destinate ai giovani sono importanti in 10 Paesi. In tutti i Paesi dell'UE esistono limiti per la vendita al dettaglio (negozi o supermercato) e per la somministrazione di alcolici ai giovani (in discoteca, nei bar, nei pub, al ristorante, ecc.) che variano da 16 a 20 anni (Islanda) con una media di 18 anni. In Italia dallo scorso anno, il limite è diventato per legge 18 anni sia per la vendita che per la somministrazione (Risoluzione N°18512

del 4 febbraio 2013). In Italia inoltre, vige come in altri Paesi, la restrizione di vendita e somministrazione di bevande alcoliche a soggetti in stato di ebbrezza. Dodici Paesi (40%), inclusa l'Italia, hanno riferito di avere un divieto totale di consumo di alcol negli istituti di assistenza sanitaria e negli edifici scolastici; una limitazione parziale è stata indicata da alcuni Paesi anche per eventi sportivi o per il tempo libero (es. i concerti), nei parchi, nelle strade, sui mezzi pubblici e in alcuni spazi detti *alcohol-free*.

### 1.4 Il marketing delle bevande alcoliche

In 27 dei 30 Paesi oggetto dell'indagine sono in atto a livello nazionale restrizioni in materia di pubblicità sulle bevande alcoliche. Il tipo più comune di restrizione riguarda una limitazione parziale che coinvolge il tempo, il luogo e/o il contenuto delle pubblicità. I canali di comunicazione più regolati sono TV e radio, mentre meno limitazioni sono previste per internet e i social network. La Francia è l'unico Paese con divieto assoluto di pubblicizzazione di bevande alcoliche in televisione. Il livello medio di applicazione per le restrizioni sulle pubblicità nei 30 Paesi partecipanti all'intervista è stato 7 con un valore minimo pari a 0 che indica una minima applicazione della restrizione e un valore massimo pari a 10 che indica l'esistenza di un ente governativo dedicato, un sistema di controllo dell'applicazione delle norme, e un sistema di sanzioni previste.

### 1.5 Collettività e azioni nei luoghi di lavoro

L'area ha analizzato l'esistenza di linee guida nazionali per la prevenzione e la riduzione dei danni alcol-correlati negli ambienti scolastici e di lavoro attraverso interventi mirati nella collettività. In 22 Paesi esiste una giurisdizione ma non vi è un obbligo giuridico di includere la prevenzione sul consumo ai alcol nei percorsi scolastici, e poco più della metà (16 Paesi) presentano linee guida nazionali per la prevenzione e la riduzione dei danni alcol-correlati negli ambienti scolastici. Quasi la metà (14 Paesi) hanno dichiarato di avere delle linee guida nazionali per la prevenzione nei luoghi di lavoro, e in un terzo, l'accertamento del consumo alcolico nei luoghi di lavoro è disciplinato da norme. In 12 Paesi le parti sociali, che rappresentano i datori di lavoro e i dipendenti, sono coinvolti a livello nazionale in azioni per prevenire e affrontare i danni alcol-correlati nei luoghi di lavoro.

### 1.6 Risposta dei servizi sanitari

L'indagine ha incluso alcune domande rivolte ai servizi sanitari da cui si evince che 18 Paesi tra cui l'Italia (60%) hanno riferito di avere le linee guida cliniche per interventi brevi.

### 1.7 Le politiche su alcol e guida

Tutti i Paesi dell'UE eccetto Malta e Regno Unito, e tutti i Paesi candidati, prevedono un livello di alcolemia massimo legale consentito alla guida minore o uguale a 0,5g/l sangue nella popolazione generale e 4 di questi Paesi (Repubblica Ceca,

Ungheria, Romania e Slovacchia) hanno un livello di tolleranza per l'alcol alla guida pari a zero. In molti Paesi è stabilito un limite di tolleranza pari a zero nel caso di attività lavorative considerate a maggior rischio quali ad esempio la categoria degli autisti professionisti (auto-ferrotranvieri) e commerciali (autotrasportatori e camionisti). Il metodo più utilizzato per la misurazione dei livelli di alcolemia da parte delle forze di polizia durante i posti di blocco stradali è il test del respiro (sebbene anche l'analisi del sangue o delle urine vengano utilizzati) e sono stati introdotti i controlli randomizzati in 26 Paesi (87%). Come mezzo per il rispetto del massimo legale della BAC (concentrazione di alcol nel sangue), in 17 Paesi (57%) vengono istituiti posti di blocco dalla polizia su strade pubbliche. Le sanzioni previste per i trasgressori sono: sanzioni amministrative, perdita di punti sulla patente di guida, sospensione della patente di guida (utilizzato da 27 Paesi) fino alla reclusione (utilizzato da 25 Paesi).

### **1.8 La riduzione dell'impatto sulla salute pubblica della produzione illegale di alcol**

L'indagine mira ad analizzare il consumo di alcol illegale, cioè dell'alcol che non è tassato e risulta quindi al di fuori del consueto sistema di controllo del governo. Rientra in questa categoria l'alcol prodotto e distillato in casa, il contrabbando di alcol, la produzione di alcol non destinato al consumo umano e le bevande alcoliche acquistate mediante transizioni internazionali. Al momento della raccolta dei dati, 26 Paesi possedevano un sistema di norme finalizzato alla prevenzione della produzione illegale di alcol, e 27 Paesi alla vendita illegale di bevande alcoliche.

### **1.9 Riduzione delle conseguenze negative del bere e delle intossicazioni alcoliche**

Quasi la metà dei Paesi (14) hanno dichiarato di organizzare regolarmente dei corsi di formazione per gli addetti alla vendita e/o alla somministrazione di bevande alcoliche. Tale formazione è, infatti, finalizzata a fornire a tali addetti nell'ambito di diversi contesti (es. bar, ristoranti, ristorazione) indicazioni utili a promuovere la sicurezza attraverso la prevenzione di intossicazioni e il rispetto dei limiti di età richiesti dalla legge per la somministrazione a clienti. Dall'indagine risulta che solo in un Paese esiste una legge che impone che vengano inseriti messaggi o avvertenze sulle bottiglie, lattine o altri imballaggi contenenti bevande alcoliche, per informare, o ricordare ai consumatori, sui rischi connessi al consumo del prodotto; in altri 11 Paesi tali messaggi sono inseriti sui prodotti su base volontaria. Più di due terzi dei paesi non hanno alcun obbligo giuridico di includere un messaggio finalizzato alla promozione della salute e della sicurezza nelle pubblicità di bevande alcoliche. Nell'UE vengono definite bevande alcoliche tutte le bevande contenenti più di 1,2% di alcol puro in volume; riportare la percentuale in volume sulla confezione bevande è obbligatorio. Ventidue Paesi hanno dichiarato di avere una definizione standard di bevanda alcolica a livello nazionale con una variabilità che va da 8 a 20 g di alcol puro.

### **1.10 Monitoraggio e sorveglianza**

Poco più della metà dei Paesi hanno riferito la regolare pubblicizzazione di una relazione dettagliata sul monitoraggio nazionale dei consumi alcolici. In Italia, il monitoraggio viene

effettuato dall'ONA-CNESPS annualmente su incarico del Ministero della Salute così come espressamente raccomandato dalla totalità dei documenti programmatici sanitari nazionali. Tra gli argomenti più frequentemente trattati nelle relazioni ci sono: il consumo di bevande alcoliche negli adulti (15 Paesi), guida e incidenti stradali alcol-correlati (14 Paesi) e consumo di alcol tra i minorenni (13 Paesi). Relazioni periodiche sulla disponibilità e vendita sono meno comuni in tutti i Paesi.

## 2. Consumi nella popolazione italiana generale

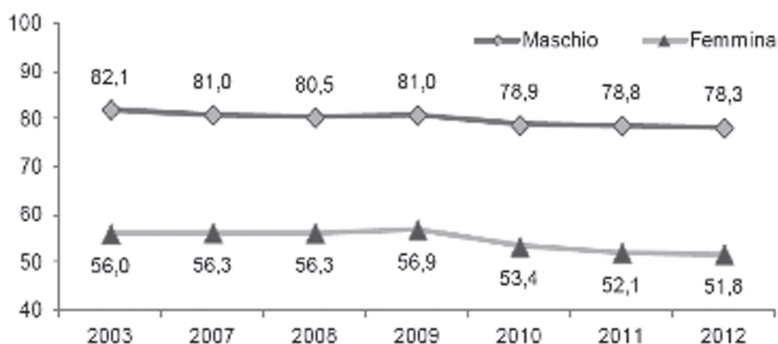
L'ONA-CNESPS dell'ISS ha analizzato per l'anno 2012 in collaborazione con il Ministero della Salute, sulla base di una progettualità del CCM (Centro Nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie), le basi di dati nazionali dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) (15).

A decorrere dal 1993 l'indagine multiscopo raccoglie annualmente le informazioni fondamentali relative alla vita quotidiana degli individui tra cui le abitudini alimentari e i consumi delle bevande alcoliche. Le analisi di seguito presentate integrano le elaborazioni annuali fornite dalla statistica in breve pubblicata dall'ISTAT "L'uso e l'abuso di alcol in Italia".

Di seguito sono analizzati i dati relativi alle abitudini di consumo alcolico degli italiani, i comportamenti considerati più rischiosi per la salute, i target di popolazione più sensibili e le differenze territoriali.

### 2.1 Consumatori di alcol (di almeno una bevanda alcolica)

Nell'anno 2012, il 78,3% degli uomini e il 51,8% delle donne di età superiore ad 11 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica per un totale di quasi 35 milioni di individui (Figura 2). A fronte di una tendenza alla diminuzione registrata dal 2003, nel corso dell'ultimo anno si è invece mantenuta pressoché stabile la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche sia tra gli uomini che tra le donne (Figura 2).



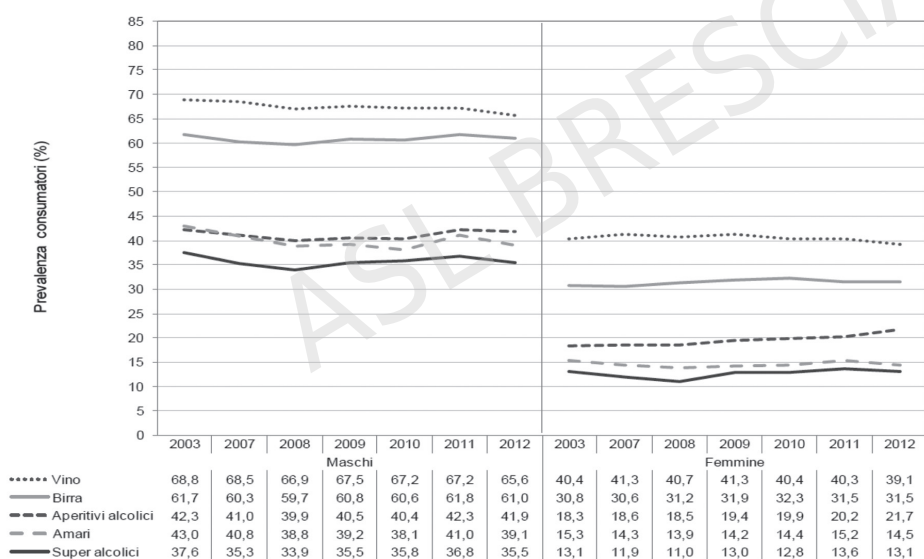
**Figura 2. Prevalenza (%) di consumatori di bevande alcoliche per genere (2003, 2007-2012)**

Fonte: Elaborazioni CNA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie



## 2.2 Consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici

I consumatori di vino nel 2012 sono pari al 51,9% della popolazione di età superiore a 11 anni con una marcata differenza di genere (M: 65,6%; F: 39,1%) (Figura 3). Analizzando l'andamento delle prevalenze, tra gli uomini si registra una diminuzione di 1,6 punti percentuali rispetto al 2011 ad indicare una tendenza alla diminuzione dei valori dell'indicatore, già rilevata rispetto al 2003; la diminuzione rispetto alla precedente rilevazione risulta significativa inoltre sia tra i giovani 11-18enni (-4,3) che tra gli adulti di 19-64 anni (-1,5). Tra le donne di età superiore a 11 anni si registra una diminuzione statisticamente significativa rispetto al 2011 pari a 1,2 punti percentuali, che risulta significativa anche nella classe 19-64 (-1,8) (Figura 3). I consumatori di birra nel 2012 sono il 45,8% della popolazione; gli uomini consumatori di birra risultano circa il doppio delle consumatrici di birra (61,0% vs 31,5%), (Figura 3). Tra gli uomini, non si registrano variazioni significative rispetto al 2011. Tra le donne, nonostante non si registrino variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione si osserva un aumento significativo rispetto all'anno 2003 delle consumatrici nella fascia di età anziana (+2,9).



**Figura 3. Prevalenza (%) di consumatori (età ≥ 11 anni) di bevande alcoliche per genere (2003,2007-2012).** Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Gli aperitivi alcolici sono consumati nel 2012 dal 31,5% della popolazione di età superiore a 11 anni (M: 41,9%; F: 21,7%) (Figura 3). La percentuale di consumatori uomini di età superiore a 11 anni è rimasta stabile rispetto alla precedente rilevazione, ma focalizzando l'attenzione sulla fascia di età anziana si registra un incremento significativo dei consumatori pari a 2,9 punti percentuali. Tra le donne continua invece



ad aumentare la prevalenza delle consumatrici di queste bevande alcoliche. Si registra infatti un incremento pari a 3,4 punti percentuali rispetto al 2003 e ad un incremento di 1,5 punti percentuali rispetto alla precedente rilevazione (Figura 3); l'incremento tra le donne risulta significativo anche nella fascia di età 19-64 anni (+5,0 punti percentuali rispetto al 2003; +2,0 punti percentuali rispetto al 2011). Gli amari risultano essere consumati nel 2012 dal 26,3% della popolazione di età superiore a 11 anni e la prevalenza tra gli uomini è più del doppio di quella rilevata tra le donne (M: 39,1%; F: 14,5%) (Figura 3). Tra gli uomini nel 2012 la percentuale, a fronte dell'incremento che si era registrato tra il 2010 e il 2011 (18), è nuovamente diminuita rispetto alla precedente rilevazione di 1,9 punti percentuali con una diminuzione che risulta significativa anche nella fascia di età 19-64 anni (-2,7). Tra le consumatrici di amari si registra una situazione analoga a quella degli uomini con un decremento che risulta tuttavia significativo solo tra le 19-64enni (-1,3). I liquori e i superalcolici risultano essere consumati nel 2012 dal 23,9% della popolazione di età superiore a 11 anni, e anche per queste tipologie di bevande si osserva una marcata differenza di genere (M: 35,5%; F: 13,1%) (Figura 3). I consumatori di sesso maschile di questo tipo di bevanda sono diminuiti a decorrere dal 2003, hanno raggiunto valori minimi nel 2008 e dal 2009 sono nuovamente aumentati nel corso degli ultimi anni sebbene rispetto alla precedente rilevazione si è registrata una nuova diminuzione di 1,3 punti percentuali. Tra il 2011 e il 2012 non si registrano variazioni significative delle prevalenze di consumatrici di liquori e superalcolici, confermando la stabilità registrata nel corso degli ultimi anni.

### 3. Comportamenti a rischio

L'alcol non è un nutriente e le bevande alcoliche non sono un alimento. L'alcol fornisce 7 Kcal/g e come noto, il primo suggerimento "dietetico" in tutti i regimi di restrizione calorica orientati alla riduzione del peso corporeo è infatti di abolire gli alcolici dalle abitudini di consumo. La WHO, sin dagli anni novanta consigliava di evitare di indicare livelli di consumo idonei da comunicare alla popolazione in quanto non generalizzabili in funzione dell'età, del sesso, delle condizioni individuali e circostanze oggettive in cui il consumo di bevande alcoliche sarebbe da evitare. Lo slogan *Less is better*, meno è meglio, adottato in occasione della promulgazione della Charter on Alcohol a Parigi (19), rappresenta la sintesi mirabile di un concetto che alla luce dell'evidenza scientifica disponibile appare ancora più attuale.

La difficoltà d'identificazione di limiti di consumo alcolici tollerabili (ma mai raccomandabili poiché l'alcol è un tossico e un noto cancerogeno anche a piccole dosi) emerge dalla disamina delle linee guida esistenti nell'UE e oggetto di un'attività prevista dalla Joint Action RARHA sull'alcol co-finanziamento della Commissione Europea e degli Stati Membri.

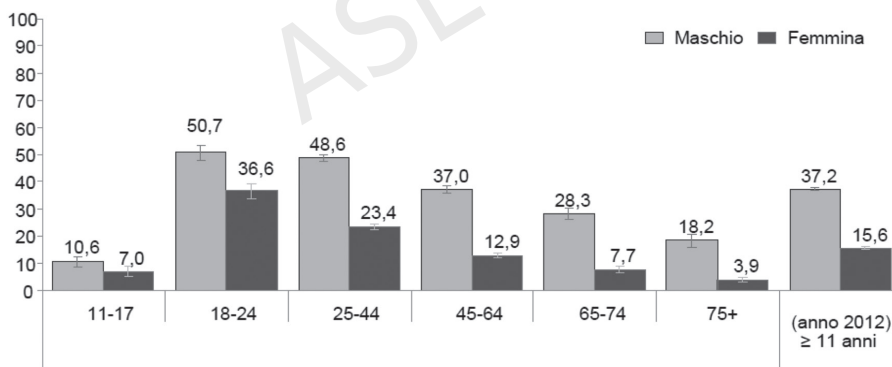
In Italia, ancora per l'anno 2014, per consumo a rischio ci si riferisce alla de-

finizione della WHO, un consumo giornaliero medio di oltre 20 grammi di alcol puro per le donne (1-2 bicchieri) e di oltre 40 per gli uomini (2-3 bicchieri). Tuttavia sebbene il consumo di un bicchiere di vino a tavola, contestualmente ai pasti, è generalmente considerato in Italia, come in molti Paesi occidentali, parte integrante dell'alimentazione e in generale della vita sociale, si è assistito, nel corso degli anni, ad un cambiamento delle abitudini di consumo alcolico della popolazione a causa di una internazionalizzazione dei consumi, di una forte spinta commerciale sostenuta da modalità pervasive e di fortissimi investimenti relativi al marketing delle pubblicità di alcolici. Si considerano quindi comportamenti rischiosi anche il consumare bevande alcoliche lontano dai pasti o assumere grandi quantità di alcol in un arco di tempo ristretto (binge drinking).

### 3.1 Consumatori fuori pasto

I consumatori di vino o alcolici fuori pasto sono stati nel 2012 il 37,2% degli uomini e il 15,6% delle donne, pari ad oltre 14 milioni di persone di età superiore a 11 anni.

L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dalla classe di età 11-17 anni fino a raggiungere i valori massimi tra gli uomini nella fascia di età 18-44 anni con circa un uomo su due che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti (18-24=50,7% e 25-44=48,6% rispettivamente) e tra le donne nella classe di età 18-24 anni (36,6%); per entrambi i sessi, oltre tali età le percentuali diminuiscono nuovamente. La classe di età con percentuali più basse risulta essere quella al di sotto dei 18 anni per gli uomini e quella delle ultra 75enni per le donne (Figura 4).



**Figura 4. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per genere e classe di età (2012).** Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC *Research on Alcohol* su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Le percentuali di consumatori fuori pasto di sesso maschile risultano superiori a quelle delle consumatrici in tutte le classi di età considerate, ad eccezione di quella al di sotto dell'età legale (18 anni) dove non si registra una differenza significativa tra la prevalenza di consumatori di sesso maschile e quella di sesso femminile (Figura 4).

L'analisi del trend dei consumatori di vino o alcolici fuori pasto è stata condotta sulla popolazione di età superiore a 14 anni, dal momento che prima dell'anno 2003 il quesito sul consumo di alcol non veniva posto alla popolazione di età compresa tra 11 e 13 anni. Dall'anno 2000 la prevalenza dei consumatori fuori pasto di età maggiore o uguale a 14 anni è significativamente aumentata sia tra gli uomini (+3,4 punti percentuali) che tra le donne (+3,6 punti percentuali), sebbene rispetto alla precedente rilevazione si registra un decremento di 1,4 punti percentuali tra gli uomini e una stabilità tra le donne.

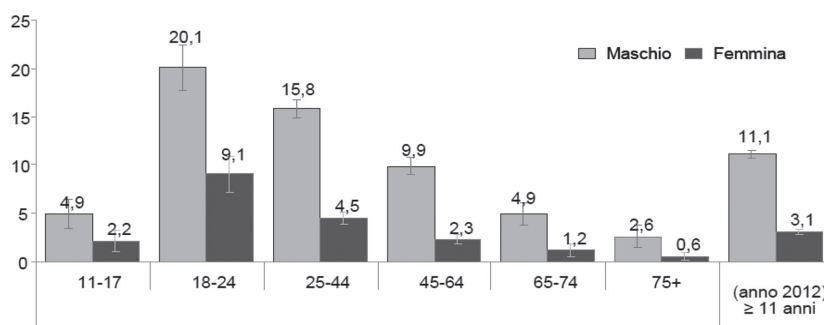
### 3.2 Consumatori *binge drinking*

Il *binge drinking* è una modalità di consumo di bevande alcoliche sviluppatasi inizialmente nei Paesi del Nord Europa, in particolare nella popolazione giovanile, ma ormai molto diffusa anche in tutti i Paesi europei dell'area mediterranea compresa l'Italia. Esso è comunemente indicato come un consumo eccessivo episodico concentrato in un arco ristretto di tempo di bevande alcoliche di qualsiasi tipo in modo consecutivo. In Italia si definisce consumo *binge drinking* il consumo di oltre 6 bicchieri di bevande alcoliche (un bicchiere corrisponde ad una Unità Standard – UA contenente 12 grammi di alcol puro), indipendentemente dal sesso, concentrato in un'unica occasione di consumo.

Il consumo *binge drinking* è una modalità di consumo che può esporre le persone a rischi immediati per la salute oltre che a danni cronici. L'assunzione dell'alcol in quantità eccessive e concentrate, soprattutto tra i giovanissimi, aumentandone l'euforia e la disinibizione, espone a seri danni per la salute dell'individuo a causa di intossicazioni che possono provocare nel migliore dei casi vuoti di memoria, cefalee, forti nausea e sempre più spesso episodi di coma etilico. L'alcol provoca inoltre disturbi della sfera emotivo-relazionale interpersonale, lavorativa, familiare e affettiva e danni dovuti ad esempio ad incidente stradale (fatale o meno) alla guida di un autoveicolo o di un motoveicolo o fenomeni di violenza, di comportamenti aggressivi o di problemi nei rapporti sociali spesso registrati nella fascia di popolazione più giovane.

Nel 2012 l'11,1% degli uomini e il 3,1% delle donne di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver consumato, almeno una volta negli ultimi 12 mesi, 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione, circa pari ad oltre 3.750.000 persone di età superiore a 11 anni, con una frequenza che cambia a seconda del genere e della classe di età della popolazione (Figura 5).

Le percentuali di *binge drinker* di entrambi i sessi aumentano a partire dai giovani al di sotto dell'età legale (18 anni) e raggiungono i valori massimi tra i 18-24enni (M: 20,1%; F: 9,1%); oltre questa fascia di età le percentuali diminuiscono nuovamente per raggiungere i valori minimi negli ultra 75enni (M: 2,6%; F: 0,6%). La percentuale di *binge drinker* di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età (Figura 5). L'analisi del trend dei consumatori *binge drinker* è stata



**Figura 5. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere e classe di età (2012).**

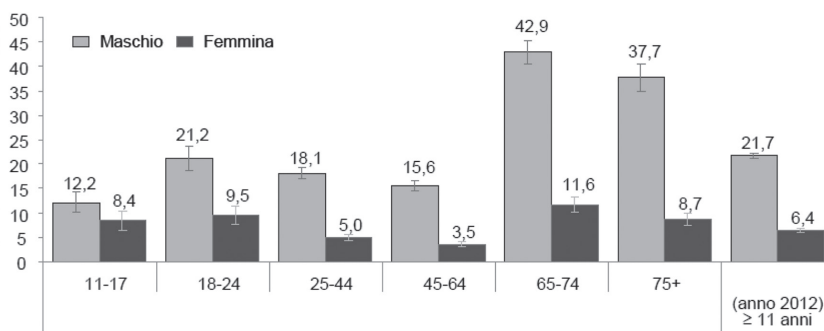
Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

condotta, separatamente per i due sessi, sulla popolazione di età superiore a 11 anni a partire dall'anno 2003, anno in cui è stata introdotta per la prima volta la domanda specifica nell'indagine Multiscopo sulle famiglie. Nel 2012, tra gli uomini, il valore di prevalenza ha raggiunto il minimo rispetto alle rilevazioni precedenti ed è diminuito rispetto al 2011 di 1,1 punti percentuali; tra le donne invece, non si registrano variazioni statisticamente significative della prevalenza di *binge drinker* rispetto ai precedenti anni in cui è stata condotta l'indagine.

#### 4. Consumatori a rischio (criterio ISS)

Fin dal 2003 le Linee Guida nazionali per una sana alimentazione sviluppate dall'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) (20), che tengono conto, a loro volta, delle indicazioni della WHO, dell'ONA-CNESPS (18,21) e della Società Italiana di Alcolologia (SIA), hanno fornito delle indicazioni circa la definizione di livelli di consumo a rischio; sulla base di tali considerazioni, sono consumatori a rischio gli uomini che superano un consumo quotidiano di 40 g di alcol contenuti in una qualsiasi bevanda alcolica (2-3 UA standard) e le donne che superano un consumo quotidiano di 20 g (1-2 UA standard).

Alle suddette indicazioni di carattere generale ne sono state aggiunte altre per specifici target di popolazione, e cioè gli anziani e i giovani 16-18enni, ai quali si raccomanda di non superare 1 UA al giorno, e gli adolescenti al di sotto dei 16 anni ai quali si consiglia l'astensione da qualsiasi tipo di consumo e a tutti di evitare il consumo di grandi quantità di alcol in un arco di tempo limitato (*binge drinking*). La prevalenza dei consumatori a rischio elaborata attraverso l'indicatore di sintesi consolidato da molti anni e attualmente in uso nel 2012 è stata pari al 21,7% degli uomini e al 6,4% delle donne di età superiore a 11 anni, per un totale di oltre 7.400.000 individui (M: 5.600.000, F: 1.800.000) che non si attengono alle indicazioni di sanità pubblica (Figura 6).



**Figura 6. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classi di età (2012)**

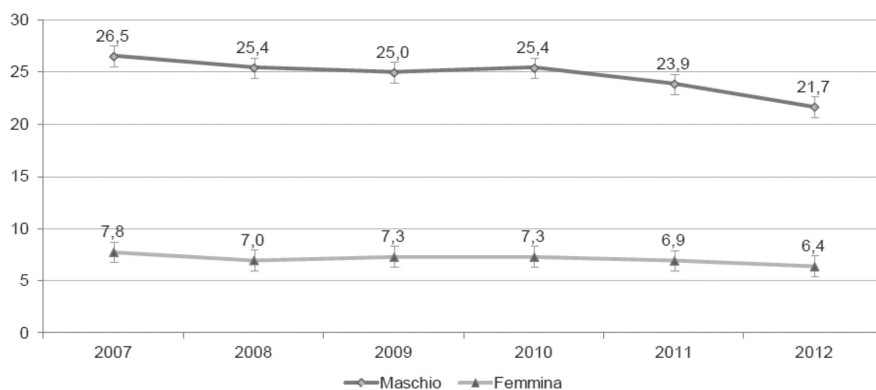
Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol sui dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi per genere e classi di età mostra che sono a rischio il 12,2% dei ragazzi e l'8,4% delle ragazze al di sotto dei 18 anni, valori che dovrebbero essere pari a zero mentre invece identificano oltre 400.000 ragazzi di età inferiore a 18 anni a rischio alcol-correlato senza differenze di genere statisticamente significative. Come nella precedente rilevazione, anche nel 2012, le percentuali più elevate di consumatori a rischio di sesso maschile si registrano nella classi di età 65-74 anni (42,9%) seguita da quella degli ultra 75enni (37,7%) per un totale di circa 2.100.000 anziani ultra 65enni di sesso maschile che necessiterebbero di un intervento di identificazione precoce e di sensibilizzazione al problema del consumo oltre i limiti raccomandati.

Una diversa situazione si registra invece per la popolazione di sesso femminile dove la variabilità per classi di età risulta meno significativa, con valori minimi registrati nella classe di età 45-64 anni (Figura 6).

L'analisi del trend dei consumatori a rischio è stata condotta, separatamente per i due sessi, sulla popolazione di età superiore a 11 anni a partire dall'anno 2007, anno in cui è stata introdotta per la prima volta nell'indagine Multiscopo sulle famiglie dell'ISTAT, la domanda sulle quantità consumate giornalmente oltre che di vino e birra, anche delle altre bevande alcoliche.

La Figura 7 mostra che nel corso degli ultimi sei anni si è registrata una tendenza lineare alla diminuzione della prevalenza di consumatori a rischio di età superiore ad 11 anni di sesso maschile (-4,8 punti percentuali rispetto al 2007 e -2,2 punti percentuali rispetto alla precedente rilevazione), in particolare nel 2012 si è registrato il valore più basso della prevalenza di uomini che non si attengono alle indicazioni di sanità pubblica rispetto a tutti gli anni considerati; tra le donne non si registrano variazioni statisticamente significative, né rispetto alla precedente rilevazione, né a quelle rilevate nel corso degli anni precedenti.



**Figura 7. Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) a rischio (criterio ISS) per genere (2007-2012).**  
 Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

## 5. Consumi alcolici e modelli di consumo nelle regioni

La Statistica derivata ISS (16) “Monitoraggio dell’impatto del consumo di alcol sulla salute in Italia in supporto all’implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute (MIA-PNAS)”, formalmente inclusa nel Piano Statistico Nazionale previsto 2012-2013 (approvato anche per gli anni 2014-2016), in accordo con gli obiettivi previsti dal progetto CCM del Ministero della Salute “L’alcol in Italia e nelle Regioni” ha reso necessario lo sviluppo di una analisi delle tipologie di bevande consumate e delle modalità di consumo delle stesse disaggregate a livello regionale. Le analisi condotte a livello regionale sui consumi alcolici hanno evidenziato delle differenze comportamentali statisticamente significative sia in relazione alla tipologia di bevanda assunta che al comportamento a rischio considerato.

### 5.1 Italia nord-occidentale

Nel 2012 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche è stata pari al 78,9% tra gli uomini e al 54,2% tra le donne. Si osserva sia tra gli uomini che tra le donne anche nel 2012 una tendenza alla diminuzione dei valori di prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche a partire dal 2003 (sebbene la variazione rispetto al 2011 non risulti statisticamente significativa) e si registra inoltre per i soli uomini una diminuzione delle prevalenze dei consumatori di vino, birra, amari e superalcolici rispetto al 2011 e dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto, dei binge drinking e dei consumatori a rischio. Nel 2012, sono risultati superiori alla media nazionale la prevalenza delle consumatrici donne di bevande alcoliche e in particolare di vino, aperitivi alcolici, superalcolici. Tra gli uomini risulta superiore alla media nazionale la prevalenza di consumatori di alcolici fuori pasto nonostante la diminuzione rispetto alla precedente rilevazione (Tabella 1-2).

### 5.2 Italia nord-orientale

Nel 2012 tra le donne si registra la più elevata prevalenza di consumatrici di alme-

no una bevanda alcolica rispetto a tutte le altre ripartizioni territoriali e in particolare si registrano i valori più elevati di consumatrici di vino e aperitivi alcolici (questi ultimi aumentati di 2,9 punti percentuali rispetto al 2011); anche la prevalenza delle consumatrici di birra è superiore alla media. Tra gli uomini le prevalenze dei consumatori delle diverse bevande alcoliche sono in linea con la media nazionale ad eccezione di vino (superiore alla media) e amari (inferiore alla media). Le modalità di consumo di bevande alcoliche fanno registrare il valore più elevato rispetto alle altre ripartizioni territoriali dei consumatori fuori pasto per entrambi i sessi a cui si aggiunge quello dei consumatori a rischio ISS per i soli maschi; sempre tra gli uomini la prevalenza dei binge drinker risulta più elevata rispetto alla media nazionale (vedi Tabella 1-2).

### 5.3 Italia centrale

Tra gli uomini i valori risultano in linea con la media nazionale e senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Le percentuali di consumatrici di sesso femminile di bevande alcoliche e in particolare di vino e birra sono superiori alla media nazionale e nel caso della birra sono aumentate rispetto al 2011 mentre si registra la più bassa prevalenza di consumatrici di aperitivi alcolici. Si registrano diminuzioni statisticamente significative per entrambi i sessi dei consumatori binge drinking e di quelli a rischio secondo il criterio ISS.

### 5.4 Italia meridionale

Tra gli uomini la percentuale di consumatori di vino e superalcolici è inferiore alla media nazionale mentre risulta superiore la prevalenza di consumatori di amari; tra le donne risultano inferiori al valore medio italiano il consumo di vino e birra e il valore relativo ai superalcolici fa registrare il minimo assoluto rispetto a tutte le altre ripartizioni territoriali. Per entrambi i sessi si registra una diminuzione significativa dei consumatori di amari rispetto all'anno 2011. Sia tra gli uomini che tra le donne infine l'indicatore del consumo a rischio (criterio ISS) risulta inferiore alla media nazionale e la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto risulta essere la più bassa rispetto alle altre realtà territoriali italiane (vedi Tabella 1-2).

### 5.5 Italia insulare

Tra gli uomini risulta inferiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di vino mentre si registrano valori al di sopra della media italiana delle prevalenze dei consumatori di birra e amari; tra le donne risultano inferiori alla media le prevalenze delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica, di vino e di birra. Si rileva un incremento rispetto al 2011 delle consumatrici di aperitivi alcolici e superalcolici. Analizzando gli indicatori delle metodologie di assunzione delle bevande alcoliche si osserva che tra gli uomini è superiore alla media la prevalenza di binge drinker mentre tra le donne, nonostante i tre indicatori presentino valori in linea con la media nazionale, si registra un incremento statisticamente significativo rispetto al precedente anno (vedi Tabella 1-2).



Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	Vino		Birra		Aperitivi alcolici		Amari		Superalcolici	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<b>Italia nord-occidentale</b>	<b>65,8</b> □		<b>59,7</b> □	<b>30,1</b>	<b>44,0</b>		<b>35,5</b> □	<b>13,6</b>	<b>36,8</b> □	
Piemonte	65,8 □	39,9	59,4	28,5	43,9	21,3	36,7	13,0	35,1	11,7 □
Valle d'Aosta	67,5 □		63,8	31,6			34,1	13,2	39,2	
Lombardia	65,6 □		59,6 □	29,6 □			35,1 □	13,7		
Liguria	67,2		60,2		42,3		35,0	14,9	35,5	15,1
<b>Italia nord-orientale</b>			<b>62,3</b>		<b>42,6</b>		<b>32,9</b>	<b>14,4</b>	<b>37,2</b>	<b>16,7</b>
PA Bolzano	66,9				45,4		32,5			
PA Trento	60,5	36,4	60,2	31,6	41,7		31,8	12,4		
Veneto			62,2				33,0 □	14,6 □		
Friuli-Venezia Giulia					43,9		34,2	12,0	36,1	14,8
Emilia Romagna			60,3	33,9	35,5	22,9	32,6	13,0	35,5	14,9
<b>Italia centrale</b>	<b>66,8</b>		<b>60,4</b>		<b>40,6</b>	<b>21,8</b>	<b>38,6</b>	<b>14,5</b>	<b>36,1</b>	<b>13,7</b>
Toscana			58,5		36,5	20,1	33,3	10,7	32,3	11,6
Umbria		38,2	55,7	26,9	42,3	20,0	39,3	12,2	37,1	10,6
Marche			58,3	32,0	37,0	21,3	34,9	12,4	37,4	14,2
Lazio	64,2 □	40,9	62,9		44,1	23,4			38,2 □	
Abruzzo		31,2		28,6		19,1		12,0		8,9
Molise	67,9	32,4	62,7 □	26,0	43,9	17,0		16,2	33,6 □	9,3
<b>Italia meridionale</b>	<b>63,5</b>	<b>31,0</b>	<b>60,9</b>	<b>28,5</b>	<b>40,0</b>	<b>15,9</b>		<b>14,8</b> □	<b>32,4</b>	<b>8,5</b>
Campania	63,0	32,8	57,4	28,6	37,1	14,9	41,4 □	14,3	27,4 □	7,2 □
Puglia	62,3	29,7	62,6	28,7	40,6	16,4		16,2	37,2 □	10,6
Basilicata	63,3	26,5	52,8 □	23,9	37,1	16,6	41,0	13,5	29,7	9,3
Calabria	62,6	29,2 □		29,8 □	41,5	15,4		15,4 □	32,4	7,1
<b>Italia insulare</b>	<b>61,6</b>	<b>29,3</b>		<b>28,5</b>	<b>42,0</b>	<b>19,7</b> □		<b>15,9</b>	<b>34,6</b>	<b>11,7</b> □
Sicilia	61,0	29,7	62,8 □	29,7	41,3	20,3 □		15,8	33,1	10,5
Sardegna	63,7	<u>28,2</u>		<u>24,7</u>	44,0	<u>17,8</u>		16,3		15,1
<b>Italia</b>	<b>65,6</b> □	<b>39,1</b> □	<b>61,0</b>	<b>31,5</b>	<b>41,9</b>	<b>21,7</b> □	<b>39,1</b> □	<b>14,5</b>	<b>35,5</b> □	<b>13,1</b>

□ Riduzione 2012- 2011      VALORE MINIMO      Valore inferiore  
 □ Incremento 2012-2011      NAZIONALE      alla media nazionale

**Tabella 1. Consumatori (%) per tipologia di bevanda, ripartizione territoriale, Regione e genere (2012).** Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie



Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)							
	tutte le bevande alcoliche		fuori pasto		binge drinker		a rischio (criterio ISS)	
	M	F	M	F	M	F	M	F
<b>Italia nord-occidentale</b>	<b>78,9</b>	<b>54,2</b>	<b>40,2</b>	<b>17,3</b>	<b>10,9</b>	<b>3,4</b>	<b>22,3</b>	<b>7,8</b>
Piemonte	78,3	51,6	38,8	15,0	12,0	3,5	23,3	6,5
Valle d'Aosta	80,1	56,8	52,3	25,3	18,1	4,5	29,5	10,1
Lombardia	79,3	54,1	41,9	17,6	10,8	3,4	21,8	8,2
Liguria	78,4	61,6	32,2	20,8	7,7	3,0	21,6	8,6
<b>Italia nord-orientale</b>	<b>79,5</b>	<b>58,8</b>	<b>45,4</b>	<b>21,8</b>	<b>14,0</b>	<b>3,7</b>	<b>26,3</b>	<b>7,9</b>
PA Bolzano	81,3	68,1	63,8	38,6	30,1	10,8	39,4	13,9
PA Trento	74,9	52,9	54,9	25,7	18,9	5,3	28,2	9,4
Veneto	80,7	60,6	45,6	22,2	14,4	3,7	25,7	7,4
Friuli-Venezia Giulia	81,3	59,2	53,2	26,1	17,1	3,5	30,6	7,4
Emilia Romagna	77,9	56,4	39,7	17,9	10,4	2,8	24,2	7,8
<b>Italia centrale</b>	<b>78,3</b>	<b>54,5</b>	<b>33,5</b>	<b>15,5</b>	<b>8,3</b>	<b>2,4</b>	<b>19,5</b>	<b>5,7</b>
Toscana	78,9	55,3	30,7	14,6	8,8	2,8	23,1	7,1
Umbria	78,8	49,7	30,4	12,5	8,1	1,6	20,4	4,5
Marche	79,4	56,9	32,8	17,1	10,4	2,1	24,0	5,3
Lazio	77,5	54,0	36,1	16,1	7,5	2,4	15,8	5,1
Abruzzo	83,0	44,3	43,7	11,7	13,7	3,3	26,3	5,2
Molise	79,2	44,9	43,9	13,2	16,8	3,9	31,0	7,0
<b>Italia meridionale</b>	<b>77,1</b>	<b>44,9</b>	<b>30,6</b>	<b>9,5</b>	<b>10,0</b>	<b>2,4</b>	<b>19,8</b>	<b>4,6</b>
Campania	74,9	45,3	26,8	8,6	7,7	2,2	15,9	4,8
Puglia	78,9	45,7	28,4	10,2	8,2	2,2	19,7	4,4
Basilicata	73,1	40,5	30,6	9,1	12,2	1,6	24,1	4,4
Calabria	76,8	43,7	35,1	8,9	16,0	2,7	24,0	3,7
<b>Italia insulare</b>	<b>76,9</b>	<b>43,7</b>	<b>36,3</b>	<b>13,6</b>	<b>13,7</b>	<b>3,7</b>	<b>19,8</b>	<b>5,4</b>
Sicilia	76,3	44,4	32,7	13,4	11,6	3,9	16,4	5,5
Sardegna	78,6	41,7	46,9	14,4	19,9	3,0	29,8	5,3
<b>Italia</b>	<b>78,3</b>	<b>51,8</b>	<b>37,2</b>	<b>15,6</b>	<b>11,1</b>	<b>3,1</b>	<b>21,7</b>	<b>6,4</b>

↘ Riduzione 2012- 2011	VALORE MINIMO NAZIONALE	Valore inferiore alla media nazionale	Valore superiore alla media nazionale	VALORE MASSIMO NAZIONALE
↗ Incremento 2012- 2011				

Tabella 2. Consumatori (%) per modalità di consumo delle bevande alcoliche, ripartizione territoriale, Regione e genere (2012). Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

## 6. Consumo di alcol tra i giovani

Nel 2012, il 53,5% dei ragazzi e il 41,1% delle ragazze di età compresa tra 11 e 25 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno; tra i ragazzi si mantiene pressoché stabile il valore negli ultimi tre anni confermando quindi la riduzione registrata rispetto agli anni 2003-2009; tra le ragazze non si registrano variazioni significative rispetto alle ultime rilevazioni sebbene il valore sia diminuito rispetto al 2003.

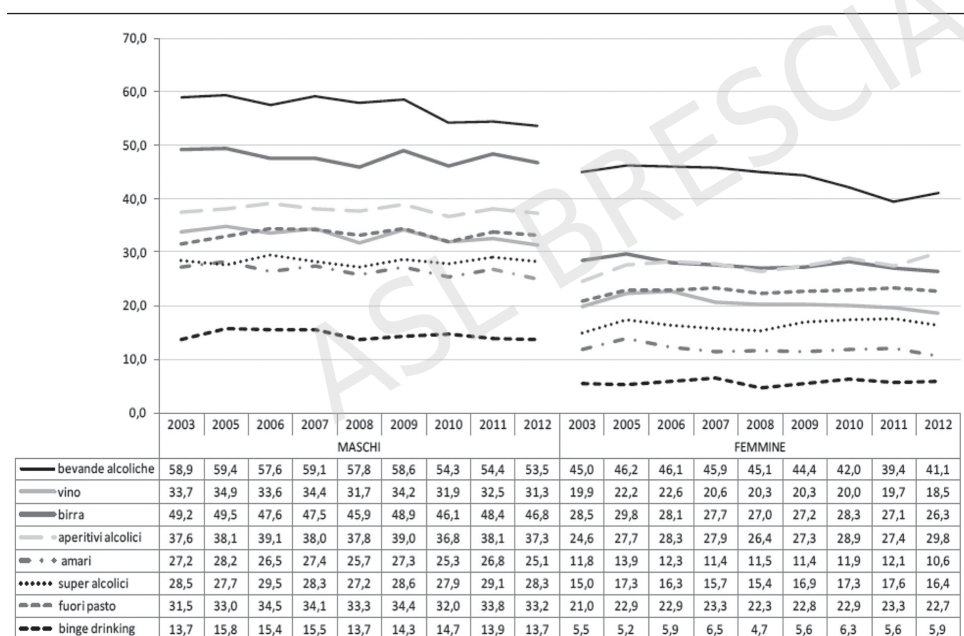
Non si registrano variazioni statisticamente significative delle prevalenze dei consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici né tra i ragazzi né tra le ragazze.

La prevalenza dei consumatori più elevata tra i ragazzi di sesso maschile si registra per la birra, con quasi un ragazzo su due che ha dichiarato di averne consumato nel corso dell'anno (46,8%) seguita dagli aperitivi alcolici (37,3%); una situazione analoga si rilevava nel 2003 anche per le ragazze, ma nel corso degli anni le due bevande con-

siderate hanno fatto registrare valori pressoché simili fino al 2012 quando si è rilevato un capovolgimento tra le due bevande e la prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici (29,8%) ha superato quella delle consumatrici di birra (26,3%) seguite dalle consumatrici di vino e superalcolici (18,5% e 16,4%). Per tutto il periodo osservato, il valore più basso si registra per le consumatrici di amari pari nel 2012 a 10,6%.

Circa un ragazzo su tre e una ragazza su quattro hanno dichiarato di aver consumato bevande alcoliche lontano dai pasti nel corso dell'anno; le percentuali risultano più basse tra coloro che hanno dichiarato di aver praticato il binge drinking (M: 13,7%; F: 5,9%).

L'analisi del trend mostra inoltre che per entrambi gli indicatori non si osservano variazioni statisticamente significative tra il 2003 e il 2012 (Figura 8). Nel complesso si registra che nel 2012 i consumatori a rischio identificati secondo il criterio ISS sono stati quasi 1.200.000, pari al 17,6% dei ragazzi e al 9,0% delle ragazze senza differenze significative rispetto agli ultimi anni (Figura 8).



**Figura 8. Prevalenza (%) consumatori delle diverse bevande alcoliche, dei consumatori fuori pasto e dei binge drinking per genere (età 11-15 anni) (2003, 2005-2012).**

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

## 6.1 Consumatori di 11 - 17 anni

A decorrere dal 2012 è stato introdotto in Italia il divieto di vendita di bevande alcoliche ai minori di anni 18, multato con la sanzione amministrativa pecuniaria da 250 a 1000 Euro (22).

Successivamente, grazie alla risoluzione del Ministero dello Sviluppo Economico (risoluzione 4 febbraio 2013 n.18512) è stato ribadito che il divieto di vendita di bevande alcoliche a minori di 18 anni vale anche per le attività di somministrazione come bar, pub, ristoranti, locali da ballo e simili. Alla luce di questa importante modifica è stato deciso per questa pubblicazione di monitorare separatamente i giovani per i quali il consumo dovrebbe essere pari a zero (prima l'età legale per poter consumare bevande alcoliche era pari a 16 anni) al fine di individuare i target di popolazione verso i quali indirizzare delle efficaci politiche di prevenzione.

Nella classe di età al di sotto dell'età legale per la vendita e la somministrazione di bevande alcoliche (11-17 anni), classe quindi in cui il consumo di bevande alcoliche dovrebbe essere pari a zero, il 22,0% dei ragazzi e il 17,3% delle ragazze dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno (vedi Tabella 3). Tra i ragazzi di entrambi i sessi, rispetto agli anni 2008-2009, si registra una diminuzione dei consumatori ma nel corso dell'ultimo triennio i valori di prevalenza non fanno registrare ulteriori diminuzioni statisticamente significative. In questa fascia di età si rilevano variazioni di genere statisticamente significative solo tra i consumatori di amari, di birra e tra i consumatori *binge drinking*.

La prevalenza dei consumatori di birra di sesso maschile risulta essere la più elevata tra le bevande alcoliche considerate. I giovani di questa classe di età che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 8,8% (M: 10,6%; F: 7,0%) e quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno sono 3,6% (M: 4,9%; F: 2,2%).

In totale si stima che gli adolescenti al di sotto dei 18 anni che gli organismi di sanità pubblica consideravano a rischio sulla base dei criteri stabiliti dall'ISS (criterio ISS), sono stati nel 2012 oltre 415.000 (senza differenze di genere) che corrispondono al 12,2% dei maschi e all' 8,4% delle femmine (vedi Tabella 3). I dati riferiti a tale categoria sono tuttavia da considerarsi sottostimati attraverso l'indicatore di sintesi ISS e si provvederà l'anno prossimo a modificare i gruppi di età giovanile coerentemente con la nuova normativa. È infatti da segnalare che, in virtù dell'introduzione del divieto di vendita e di somministrazione di alcolici ai minori di anni 18, una stima reale dei giovani che consumano alcol al di sotto della nuova età minima sono oltre 790.000 giovani (M: 22,0%; F: 17,3%).

### 6.2 Consumatori di 18 - 20 anni

Le norme italiane in merito alla guida in stato di ebbrezza sono molto severe e sono state modificate nel corso degli ultimi anni, la Legge n.120/2010 (23) stabilisce attualmente il limite di 0,5 grammi/litro di alcol nel sangue ed ha introdotto la tolleranza zero (ossia il divieto ad assumere un qualsiasi quantitativo di alcol) per i conducenti con meno di 21 anni, per i neopatentati che hanno la patente da meno di 3 anni e per i conducenti professionali o di autoveicoli con patente C, D, E.

A seguito dell'introduzione di questa modifica, nella presente pubblicazione sono monitorate le abitudini alcoliche dei giovani per i quali il consumo dovrebbe essere pari a zero alla guida (minori di 21 anni).

Nella classe di età giovanile (18-20 anni), il 65,8% degli intervistati (M: 73,7%; F: 57,4%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno 2012 e non si registrano variazioni significative rispetto agli ultimi 5 anni né tra gli uomini né tra le donne. Le percentuali dei consumatori di alcolici di sesso maschile sono superiori a quelle delle coetanee per ogni bevanda considerata ad eccezione degli aperitivi alcolici per i quali non si registra una differenza statisticamente significativa.

Il 45,9% dei ragazzi e il 34,9% delle ragazze hanno dichiarato di aver bevuto alcolici lontano dai pasti, mentre quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso del 2012 sono stati il 19,2% e il 9,4% rispettivamente; per entrambe queste tipologie di consumo non si registrano variazioni significative rispetto agli ultimi 5 anni. In totale si stima che nell'anno 2012 sono stati oltre 275.000 i giovani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS (circa 185.000 maschi e 90.000 femmine), pari al 19,9% e 10,1% rispettivamente dei 18-20enni (vedi Tabella 3).

### **6.3 Consumatori di 21- 25 anni**

Nella classe di età 21-25 anni, il 73,5% degli intervistati (M: 82,9%; F: 63,5%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno 2012 e rispetto alla precedente rilevazione si registra un incremento statisticamente significativo pari a 4,2 punti percentuali. Tra i ragazzi, la prevalenza dei consumatori di birra risulta più elevata di quella di tutte le altre bevande (74,6%). Analogamente tra le ragazze, i valori più elevati si registrano per le prevalenze delle consumatrici di birra (41,5).

I 21-25enni che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 46,3% con una grande differenza di genere (M: 55,4%; F: 36,5%) e senza variazioni significative rispetto alle precedenti rilevazioni; quelli che invece si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno 2012 sono stati il 15,5% dei 21-25enni e come per il consumo fuori pasto la prevalenza è più elevata tra i ragazzi rispetto alle ragazze (M: 21,9%; F: 8,7%).

In totale nell'anno 2012 hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute il 23,5% dei ragazzi e il 9,3% delle ragazze 21-25enni per un totale di circa 500.000 giovani che non rispettano le linee guida per non incorrere in problemi per la salute (vedi Tabella 3).

Tipologia di consumo	11-17 <sup>1</sup>		18-20 <sup>2</sup>		21-25		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	22,0*	17,3*	73,7	57,4	82,9	63,5	53,5	41,1
Consumatori di vino	7,5*	5,2*	40,9	24,1	56,8	33,2	31,3	18,5
Consumatori di birra	16,8	10,5	66,2	36,6	74,6	41,5	46,8	26,3
Consumatori di aperitivi alcolici	12,4*	11,6*	51,4*	44,6*	61,8	45,6	37,3	29,8
Consumatori di amari	5,9	2,8	31,2	15,7	46,7	17,9	25,1	10,6
Consumatori di superalcolici	7,4*	4,8*	38,8	25,8	49,5	26,3	28,3	16,4
Consumatori di alcolici fuori pasto	10,6*	7,0*	45,9	34,9	55,4	36,5	33,2	22,7
Consumatori <i>binge drinking</i>	4,9	2,2	19,2	9,4	21,9	8,7	13,7	5,9
Consumatori a rischio-criterio ISS	12,2*	8,4*	19,9	10,1	23,5	9,3	17,6	9,0

<sup>1</sup> Età minima legale per la somministrazione o la vendita di bevande alcoliche <sup>2</sup> Età minima legale con tasso alcolemico alla guida pari a 0 \* Non esiste una differenza statisticamente significativa di genere (IC 95%).

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

### Tabella 3. Prevalenza consumatori (%) di età 11-25 per tipologia di consumo e genere (2012).

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

## 7. Sicurezza stradale tra i giovani

Le norme italiane in merito alla guida in stato di ebbrezza sono molto severe e sono state modificate nel corso degli ultimi anni, (cfr paragrafo precedente). Analizzando le abitudini di consumo alcolico dei giovani 11-20enni si registra che tra coloro che consumano bevande alcoliche fuori pasto (M: 21,6%; F: 15,6%) il 2,0% dei ragazzi ed l'1,0% delle ragazze sono soliti utilizzare la macchina per gli spostamenti mentre l'1,5% dei ragazzi utilizza moto bici o ciclomotori a fronte del 1,2% delle coetanee; tra coloro che invece hanno dichiarato di aver praticato il binge drinking (M: 9,4%; F: 4,4%) l'1,6% dei ragazzi e lo 0,1% delle ragazze utilizza macchine, moto, ciclomotori per effettuare gli spostamenti quotidiani.

## 8. Consumo di alcol tra gli anziani

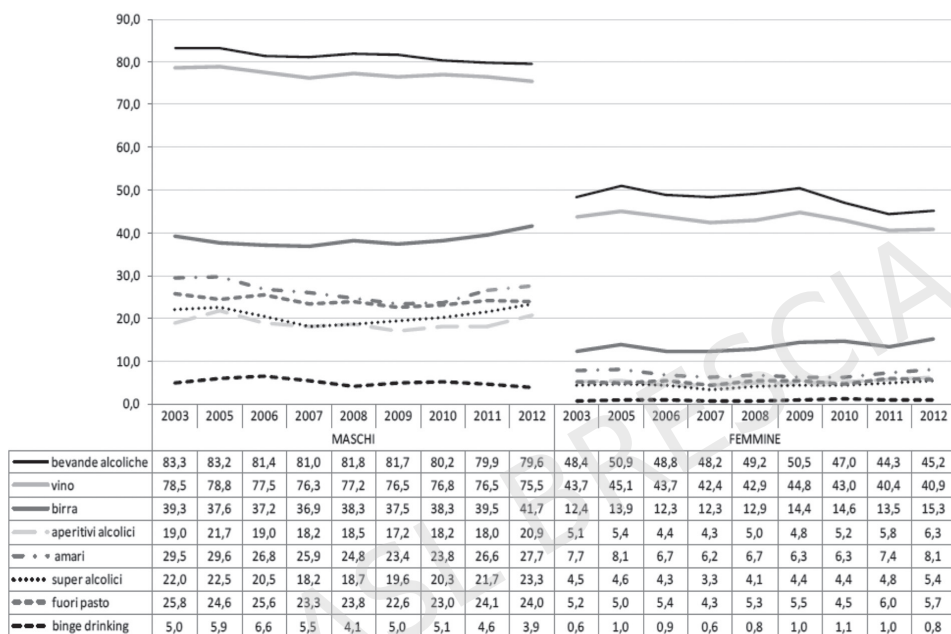
Consumare bevande alcoliche è un'abitudine diffusa nella società che fa parte della tradizione italiana. Per ridurre il rischio per la salute degli ultra 65enni, è importante rispettare ciò che suggeriscono le linee guida per una sana alimentazione e cioè di non superare il limite giornaliero di consumo pari ad una UA senza distinzioni tra uomini e donne, salvo controindicazioni a qualsiasi tipo di consumo in questa classe di età alla luce della frequente presenza di patologie croniche e di assunzione di trattamenti farmacologici in questa classe di età.

Nel 2012 il 59,9% degli ultra-65enni ha consumato almeno una bevanda alcolica con una marcata differenza di genere (M: 79,6%; F: 45,2%) (Figura 9).

Per entrambi i generi, nonostante la diminuzione rilevata rispetto all'anno 2003,

non si registrano nel corso degli ultimi 3 anni variazione statisticamente significative dei valori di prevalenza.

In totale si stima che nell'anno 2012 sono stati oltre 2.850.000 gli ultra 65enni che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS, di cui 2.140.000 uomini e 710.000 donne, pari al 40,7% e 10,1% rispettivamente (Figura 9).



**Figura 9. Prevalenze (%) consumatori delle diverse bevande alcoliche, dei consumatori fuori pasto e dei binge drinker per genere (età ≥ 65 anni) (2003, 2005-2012).**

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

### 8.1 Consumatori anziani “giovani” (65-74 anni)

Nella classe di età 65-74 anni, il 64,6% degli intervistati (M: 82,7%; F: 51,1%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. La percentuale più elevata di consumatori si registra tra coloro che bevono vino (M: 78,1%; F: 44,6%). Per tutte le bevande considerate, le prevalenze di consumatori sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne (vedi Tabella 4).

Si stima quindi, che nell'anno 2012 sono stati circa 1.690.000 gli “anziani giovani” che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS e che sono pari al 42,9% degli uomini e l'11,6% delle donne (Tabella 4).



Tipologia di consumo	65-74		75-84		≥85		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	82,7	51,1	76,7	41,8	70,6	35,4	79,6	45,2
Consumatori di vino	78,1	44,6	72,9	39,5	68,6	33,0	75,5	40,9
Consumatori di birra	50,1	21,6	33,3	11,4	19,5	5,7	41,7	15,3
Consumatori di aperitivi alcolici	26,6	9,0	13,9	4,8	10,4	1,6	20,9	6,3
Consumatori di amari	32,7	10,5	23,1	6,6	13,1	4,2	27,7	8,1
Consumatori di superalcolici	28,9	7,1	17,2	4,1	10,6	3,2	23,3	5,4
Consumatori di alcolici fuori pasto	28,3	7,7	19,7	4,2	12,9	3,2	24,0	5,7
Consumatori <i>binge drinking</i>	4,9	1,2	3,0	0,6	1,1	0,5	3,9	0,8
Consumatori a rischio-criterio ISS	42,9	11,6	39,2	9,3	32,3	7,4	40,7	10,1

**Tabella 4. Prevalenza consumatori (%) di età superiore ai 65 per tipologia di consumo e genere (2012).**

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie. Aspetti della vita quotidiana. Anno 2012

### 8.2 Consumatori anziani “intermedi” (75-84 anni)

Nella classe di età 75-84 anni, il 55,8% degli intervistati (M: 76,7%; F: 41,8%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. Per le donne si conferma la tendenza alla diminuzione dei valori di prevalenza registrata nel corso degli ultimi anni sebbene sia stabile il valore rispetto alla precedente rilevazione, mentre per gli uomini il valore è rimasto pressoché stabile rispetto agli ultimi 5 anni. Nel 2012, la percentuale più elevata di consumatori si registra tra coloro che bevono vino - 72,9% degli uomini e il 39,5% delle donne. Le prevalenze dei consumatori delle diverse bevande alcoliche sono tutte minori tra le donne. Si stima che nell'anno 2012 sono stati oltre 920.000 gli anziani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS, pari al 39,2% degli uomini e il 9,3% delle donne appartenenti alla classe di età 75-84 anni (Tabella 4).

### 8.3 Consumatori anziani ultra 85enni

La prevalenza dei “grandi vecchi” ultra 85enni che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nel corso del 2012 è stata del 70,6% per gli uomini (che corrisponde anche al valore più basso rispetto a quello degli altri gruppi di anziani) e del 35,4% delle donne senza variazioni significative rispetto agli ultimi anni. Le percentuali di consumatori sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne per tutte le bevande considerate. Gli ultra 85enni che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 12,9% degli uomini e il 3,2% delle donne; infine quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno sono stati una percentuale minima non quantificabile a livello statistico. In totale si stima che nell'anno 2012 sono stati circa 240.000 i “grandi vecchi” che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'ISS (criterio ISS) pari al 32,3% degli uomini e al 7,4% delle donne (Tabella 4).

## 9. Mortalità alcol-attribuibile

L'ONA-CNESPS dell'ISS, ha analizzato la mortalità alcol-attribuibile relativa all'anno 2010, utilizzando la base di dati della mortalità in Italia dell'Istat, le abitudini di consumo di bevande alcoliche (26) e popolazione residente.

Le cause di morte sono state suddivise inoltre in tre categorie (30-32):

A) Malattie totalmente alcol-attribuibili: la categoria contiene le patologie codificate secondo l'ICD10 (33) (International Classification of Diseases ed.10) per cui la causa di morte è totalmente dovuta al consumo di alcol (es. gastrite alcolica);

B) Malattie parzialmente alcol-attribuibili: la categoria contiene le patologie codificate secondo l'ICD10 (33) per cui la causa di morte, valutata in base alle attuali conoscenze scientifiche, è solo parzialmente attribuibile ad un consumo dannoso di alcol (ad esempio tumore alla mammella e cirrosi epatica);

C) Cadute, omicidi, suicidi e altri incidenti alcol-attribuibili (31): la categoria contiene le cause di morte non legate a patologie croniche ma che, in base alle attuali conoscenze scientifiche, sono parzialmente attribuibili ad un consumo dannoso di alcol (ad esempio incidenti stradali, suicidio e omicidio).

### 9.1 Malattie totalmente alcolattribuibili

La categoria malattie totalmente alcol-attribuibili contiene le patologie codificate secondo l'ICD10 per cui la causa di morte è totalmente dovuta al consumo di alcol. Nell'ambito di questa categoria di malattie sono stati calcolati nell'anno 2010 1.185 decessi evitabili di sesso maschile e 377 decessi evitabili di sesso femminile che rappresentano lo 0,40% e lo 0,12% rispettivamente di tutti i decessi registrati nel corso dell'anno (Tabella 5).

ICD10	Patologia
F10	Sindromi psicotiche indotte da alcol
G62.1	Polineuropatia alcolica
I42.6	Cardiomiopatia alcolica
K29	Gastrite alcolica
K70	Steatosi epatica alcolica
R78.0	Eccessivo livello ematico di alcol
T51.0,T51.1	Effetti tossici dell'alcol
G31.2	Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol
K86.0	Pancreatite cronica indotta da alcol
Q86.0	Sindrome feto-alcolica
X65	Auto-avvelenamento intenzionale per esposizione all'alcol
G72.1	Miopia alcolica
P04.3, O35.4	Feto e neonato affetto dall'uso materno di alcol

**Tabella 5. Cause di morte totalmente alcol-attribuibili (ICD10)**



## 9.2 Malattie parzialmente alcol - attribuibili

La categoria contiene patologie codificate secondo l'ICD10 per cui la causa di morte è solo parzialmente attribuibile ad un consumo dannoso di alcol (Tabella 6).

ICD10	Patologia
O03 P05-P07	<b>Condizioni materne e perinatali</b> Aborto spontaneo Basso peso alla nascita
C01-C06, C09-C10, C12-C14 C15 C18-C21 C32 C22 C50	<b>Neoplasie maligne</b> Tumore dell'orofaringe Tumore dell'esofago Tumore al colon retto Tumore alla laringe Tumore al fegato Tumore alla mammella
D00-D48	<b>Tumori benigni</b>
E10-E14	<b>Diabete mellito</b>
G40-G41	<b>Condizioni neuropsichiatriche</b> Epilessia
I10-I15 I20-I25 I47-I49 I85 I60-I62 I63 K20-K92 K74 K80 K85, K86.1	<b>Malattie del sistema circolatorio</b> Ipertensione arteriosa Malattie ischemiche del cuore Aritmia cardiaca Varici esofagee Emorragia cerebrale Ictus ischemico Malattie dell'apparato digerente Cirrosi del fegato Colelitiasi Pancreatite acuta e cronica
L40 excl. L40.5	<b>Malattie della pelle e del sottocutaneo</b> Psoriasi

**Tabella 6. Cause di morte parzialmente alcol-attribuibili (ICD10)**

Nell'ambito di questa categoria di malattie sono stati calcolati, nell'anno 2010, 6.845 decessi evitabili di sesso maschile e 2.689 decessi evitabili di sesso femminile che rappresentano il 2,32% e lo 0,88% rispettivamente di tutti i decessi registrati nel corso dell'anno.

Analizzando nel dettaglio alcune categorie si osserva che:

– *Neoplasie maligne*. La percentuale di morti per tumore dovuta al consumo di alcol è di 1,38% e 0,51% di tutti i decessi per un totale di 4.066 decessi tra gli uomini e 1.564 decessi tra le donne;

- *Tumori benigni*. La mortalità alcol-correlata per tumore è pari a 0,13% e 0,04% di tutti i decessi per un totale di 373 decessi tra gli uomini e 137 decessi tra le donne;
- *Diabete mellito*. Questa malattia trova “giovamento” dal consumo ridotto di alcol. Le percentuali con segno negativo indicano infatti un guadagno in termini di mortalità pari a 566 uomini e 616 donne che eviterebbero di morire;
- *Condizioni neuropsichiatriche*. La frazione di alcol-attribuibilità è pari a 0,05% e 0,03% per maschi e femmine rispetto a tutti i decessi;
- *Malattie del sistema circolatorio*. In questo gruppo di patologie il saldo, comunque positivo, risente di alcune patologie che risentono positivamente del consumo moderato di alcol come quelle relative alle malattie ischemiche del cuore per entrambi i sessi e l'emorragia cerebrale e l'ictus ischemico esclusivamente per le donne. Il saldo della categoria considerata indica che 710 decessi di uomini e 824 decessi di donne avrebbero potuto essere evitati in questo gruppo di patologie;
- *Malattie dell'apparato digerente*. Il consumo alcolico aumenta notevolmente il rischio di decesso per queste patologie, che rappresentano il secondo gruppo per impatto nocivo dell'alcol sulla salute. Le percentuali di mortalità alcol-correlata sono pari a 0,71% e 0,23% di tutti i decessi per un totale di 2.096 decessi tra gli uomini e 1.956 decessi tra le donne.

### 9.3 Cadute, omicidi, suicidi e altri incidenti alcol attribuibili

La categoria contiene le cause di morte esterne (cioè morti non naturali) non legate a patologie croniche ma che, in base alle attuali conoscenze scientifiche, sono parzialmente attribuibili a un consumo dannoso di alcol (Tabella 7).

ICD10	Patologia
<b>Incidenti non intenzionali</b>	
V01-V04, V06, V09-V80, V87, V89, V99	Incidenti stradali
W00-W19	Cadute
W65-W74	Annegamento e sommersione accidentali
X00-X09	Esposizione a fumo, fuoco e fiamme
X40-X49	Avvelenamento accidentale da ed esposizione a sostanze nocive
V05, V07, V08, V81-V86, V88, V90-V98, W20-W64, W75-W99, X10-X39, X50-X59, Y40-Y86, Y88, Y89	Altri incidenti non intenzionali
<b>Incidenti intenzionali</b>	
X60-X84, Y87.0	Suicidio
X85-Y09, Y87.1	Omicidio
Y35	Altri incidenti intenzionali

**Tabella 7. Cadute, omicidi, suicidi e altri incidenti alcol-attribuibili (ICD10)**

Nell'ambito di questa categoria di malattie sono stati calcolati, nell'anno 2010, 3.640 decessi evitabili di sesso maschile e 2.093 decessi evitabili di sesso femminile che rappresentano l'1,24% e lo 0,68% rispettivamente di tutti i decessi registrati nel corso dell'anno.

Analizzando nel dettaglio questo gruppo si osserva che le cadute, gli omicidi, i suicidi e altri incidenti possono essere sottoclassificati in base all'intenzionalità dell'evento causa del decesso:

- Incidenti non intenzionali.
- Incidenti intenzionali. Le frazioni attribuibili all'alcol sono pari a 558 decessi tra gli uomini e 137 decessi tra le donne evitabili.

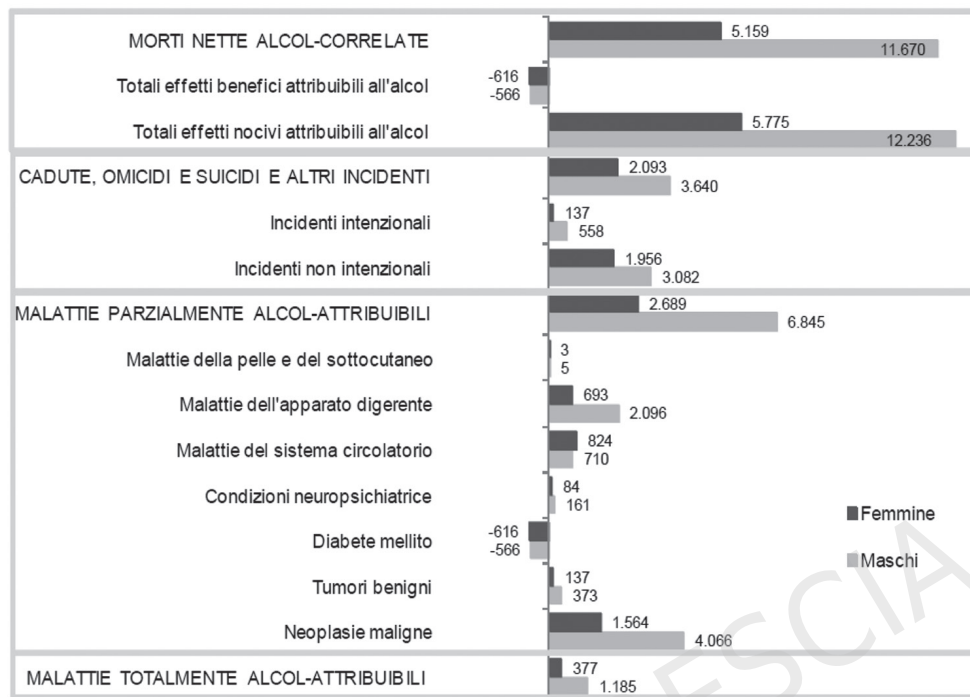
### 9.4 Analisi demografica e territoriale della mortalità alcol attribuibile

Per l'anno 2010 l'ISS ha stimato la mortalità alcol-correlata analizzando, nella popolazione al di sopra dei 15 anni, le cause di morte dovute alle malattie totalmente alcol-attribuibili, alle malattie parzialmente alcol-attribuibili e ad altri eventi alcol-attribuibili quali cadute, omicidi, suicidi e altri incidenti.

Sommando le tre diverse categorie di sopra illustrate si registra che il numero dei decessi attribuibili all'alcol è risultato complessivamente pari a 16.829, di cui 11.670 relativi a maschi e 5.159 a femmine (Figura 10) e rappresentano pertanto il 3,96% del totale dei decessi maschi e l'1,68% di quelli femminili.

## Conclusioni

Il contesto culturale del bere in Italia è in continua e dinamica evoluzione. Se da un lato la popolazione adulta e anziana mostra una sostanziale stabilità nelle prevalenze dei consumatori a rischio, è evidente che nella nostra nazione è ancora da sostenere, supportare ma soprattutto da rafforzare con estrema e tempestiva convinzione la prevenzione. Infatti, pur a fronte di una maggior consapevolezza sui rischi alcol-correlati, favorita dalla disseminazione di numerose evidenze scientifiche e dalle campagne di prevenzione appare ancora molto lontano il raggiungimento di obiettivi mirati all'abbattimento dei fenomeni di intossicazione, di *binge drinking* e dei consumi a rischio che hanno condotto e conducono, comunque, ad un incremento significativo degli alcol dipendenti in carico ai servizi e, soprattutto, ad un preoccupante rimodellamento del profilo dei nuovi utenti che oggi sono sempre più frequentemente rappresentati da donne, da giovani e da giovanissimi al di sotto dei 19 anni. Processo apparentemente inarrestabile tenuto conto delle forti resistenze ad una prevenzione, pur selettiva e per contesti, che in Italia non trova adeguati spazi nelle politiche che non siano quelle già ingaggiate del settore esclusivamente sanitario. Una prevenzione che non è quella isolatamente riferibile ad azioni di salute pubblica già in atto da decenni, bensì quella più capillare e radicale dell'alcol nelle altre politiche. È riscontro oggettivo il verificare che



**Figura 10. Numero di morti alcol-correlate per categoria di patologia e sesso (2010).**

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati mortalità ISTAT 2010 e Indagine multiscopo sulle famiglie 2010

nonostante il settore di salute pubblica si impegni, pur con scarse risorse, a implementare iniziative di comunicazione, sensibilizzazione, promozione della salute, per ottenere un innalzamento della consapevolezza nella popolazione relativamente al rischio determinato dal consumo dell'alcol, un approccio esclusivamente basato su questo tipo di prevenzione non è di per sé sufficiente a determinare in maniera significativa un adeguato contrasto al consumo rischioso e dannoso di bevande alcoliche di cui la IARC (*International Agency for Research on Cancer*) ha da anni segnalato la dimostrata cancerogenicità per l'uomo e soprattutto per la donna e i minori. Sia la WHO, ma anche importanti comitati tecnici ed economici, tra cui quello delle Nazioni Unite, hanno sottolineato ai Governi di tutto il mondo che il maggior e immediato vantaggio nel contrasto al rischio alcol-correlato nella popolazione è legato ai *best buy*, i migliori "acquisti", rappresentati dagli interventi rivolti a riconsiderare le modalità di tassazione degli alcolici, che secondo alcuni dovrebbero procedere parallelamente e progressivamente rispetto alla gradazione alcolica, e dalla riduzione della disponibilità sia fisica che economica degli alcolici in particolare ai minori, rendendo meno agevole la reperibilità ubiquitaria degli alcolici e la loro convenienza oggi resa emblematica dalla promozione, ad esempio delle *happy hour*, fenomeno commerciale per definizione rivolto a garantire quantità di alcol maggiori di quelle che normalmente si richiedereb-

bero al di fuori di tale contesto. Infine e non ultimo, tra i migliori “acquisti” rientra l’adozione e applicazione di una stretta e rigorosa regolamentazione della pubblicità, del marketing e delle modalità di commercializzazione, in particolare quelle rivolte impropriamente ai minori, argomento su cui si era espressa molti anni fa sia lo *Science Group* in Commissione Europea, sia la Consulta Nazionale Alcol, organismo previsto dall’articolo 4 della Legge 125/2001 e immotivatamente abolita come organismo di consulenza alle autorità competenti nell’agosto di due anni fa. Alternativamente a tali misure, l’applicazione rigorosa delle norme esistenti e la predisposizione di adeguati controlli sarebbero in grado di ottenere idonei risultati alla riduzione del rischio alcol-correlato che comunque miete, ogni anno, 18.000 vittime evitabili e generano costi che secondo la WHO si aggirano intorno ai 22 miliardi di euro. Sono queste valutazioni derivanti dalle evidenze scientifiche cui la ricerca italiana, pur con l’assenza costante di investimenti correnti, contribuisce a produrre con tenacia, passione e orgoglio. Anche senza disturbare le statistiche nazionali è evidente dai sistemi di monitoraggio europei che complessivamente, in Italia, sei studenti su sette (86%) hanno dichiarato che è “abbastanza facile” o “molto facile” procurarsi bevande alcoliche se vogliono. Oltre alla facilità percepita dai ragazzi nel procurarsi bevande alcoliche, i dati dell’indagine europea ESPAD mostrano che nonostante esistano nei Paesi leggi che limitano l’accesso dei giovani alla somministrazione e vendita di bevande per restrizioni legate all’età, nel corso del mese precedente all’intervista, in Italia quasi uno studente su due ha consumato bevande alcoliche in esercizi commerciali come bar, ristoranti, discoteche e pub (con percentuali più elevate per la somministrazione di birra e *alcolpops*) e quasi due su tre le hanno acquistate nei negozi nonostante i divieti. Le percentuali risultano più elevate in Italia rispetto alla media dei Paesi europei per birra e *alcolpops*, le bevande di gran lunga più acquistate nel mese precedente all’intervista in Italia, seguiti da superalcolici e vino. Ciò introduce e sottolinea un problema di legalità che richiede approcci e gestione sicuramente di competenza di settori legali, economici e sociali soprattutto in virtù di una crescente sensibilità dell’opinione pubblica anche alle valutazioni correnti da parte degli organismi internazionali di tutela della salute secondo cui la logica della promozione del prodotto prevale sia in termini economici che di interessi su una inalienabile ma apparentemente trascurata tutela e promozione della salute. La normalizzazione dell’uso di alcol, alla luce dei cambiamenti culturali sollecitati da milioni di euro di investimenti nel marketing, nelle pubblicità e nelle sponsorizzazioni degli alcolici rivolti a creare un sistema valoriale di uso della sostanza psicoattiva legale e più disponibile, teso a sollecitare sempre e comunque considerazioni individuali e collettive di benessere, di successo, di piacere, di seduzione, di protagonismo, ha determinato e continua a determinare fenomeni che vanno oltre il *binge drinking* e che oggi giungono a declinarlo in varie forme di consumo rischioso e dannoso di alcol, amplificate dall’uso delle tecnologie e delle community dei social network che, come palcoscenici virtuali, agevolano chiunque nella necessità di omologarsi e mettersi in evidenza attraverso il risk taking e la trasgressione delle leggi sull’età minima legale, inserendosi in circoli di nomination e di catene alcoliche sulle

quali non è possibile alcun controllo. È un fenomeno che vira, culturalmente, sempre più verso le modalità proprie delle dipendenze da sostanze illegali, spesso integrandosi anche con altre dipendenze come quelle del gambling, delle slot machine, dei giochi online, dei gratta e vinci attraverso comportamenti agiti dai minori. Incontrollabili per definizione. Le conseguenze dell'assenza di interventi competenti e degli adulti, in tutti questi casi non si registrano esclusivamente su soggetti definibili disagiati ma sempre più spesso a ragazzi del tutto normali giungendo a caratterizzare un fallimento sociale dell'educazione che ha travolto realtà sempre più eterogenee e ampie e troppi giovani come testimoniato dal ricorso ai servizi sanitari per gli effetti e le conseguenze del bere e dai dati di mortalità alcol-correlata che vedono l'alcol come prima causa di decesso prematuro ed evitabile tra i giovani. Le strategie comunitarie e mondiali di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol sollecitano massima allerta e attenzione al bilanciamento delle logiche di mercato rispetto a quelle di tutela della salute anche alla luce dell'evidenza che i costi generati dall'alcol non sono solo quelli derivabili dalle valutazioni tipicamente sanitarie come mortalità, morbilità o disabilità, bensì attribuibili anche a quelli legati alla criminalità, alla violenza, al danno alla cosa pubblica, a separazioni e ai divorzi, ai trattamenti familiari, sulle donne e sui minori, alla perdita di produttività, all'assenteismo e quindi al conseguente consumo di risorse da parte dei governi, in particolare attraverso i costi di fornitura di assistenza sanitaria e per far fronte alla criminalità e problemi sociali e di ordine pubblico. Costi che paga la società e che potrebbe risparmiare alla luce di politiche per le quali la prevenzione ha un peso praticamente inesistente se non accompagnata da norme che, ove applicate, hanno mostrato di contrastare immediatamente tendenze negative come quelle legate all'incidentalità stradale e relativa morbilità e mortalità diminuite grazie all'adozione del limite zero alla guida per i giovani sino ai 21 anni, per tutti coloro privi della pratica di almeno tre anni alla guida e per tutti i professionisti del trasporto pubblico o privato. Il Piano di Azione Europeo sull'Alcol, EAAP 2012-2020 (7) identifica esplicitamente il livello di problemi e le priorità da considerare. La maggior parte dell'alcol viene consumato in occasioni in cui si beve molto, il che peggiora tutti i rischi e l'alcol può danneggiare la salute individuale giungendo a svalorizzare il capitale umano nel corso della vita, dall'embrione alla vecchiaia. In termini assoluti, sono soprattutto le persone di mezza età (e gli uomini in particolare) che muoiono a causa dell'alcol, ma se si prende in considerazione tutto l'arco della vita, l'esposizione all'alcol durante la gravidanza può, ad esempio, compromettere lo sviluppo del cervello del feto e determinare deficit cognitivi che si manifestano più tardi durante l'infanzia. Il cervello degli adolescenti è particolarmente suscettibile all'alcol e più a lungo si ritarda l'insorgenza del consumo di alcol, meno probabile sarà l'insorgenza di problemi e dipendenza dall'alcol nella vita adulta. Già queste considerazioni meriterebbero attenzione urgente e prioritaria quantomeno per arginare la constatazione che attraverso l'alcol, attraverso i frequenti e comuni fenomeni di intossicazione o di eccedenza dei limiti indicati come a minor rischio, si stia favorendo tra i giovani l'adozione di altrettanto gravi comportamenti a rischio che non possono essere percepiti adeguatamente

come tali a causa dell'abbassamento della percezione del rischio che il consumo comporta. La conseguenza è il rischio concreto di una o più generazioni più deboli delle precedenti, evenienza da contrastare con tutti gli strumenti disponibili, a partire dall'identificazione precoce del rischio alcol-correlato che ancora oggi non riceve adeguata attenzione e indispensabile supporto nonostante le campagne di sensibilizzazione e gli appelli ai servizi sanitari regionali dell'ONA-CNESPS, alla formazione da garantire alle professioni sanitarie, a quelle commerciali. Ma rinnovate politiche sull'alcol sono rese indispensabili, come quelle in fase di definizione a livello comunitario con un piano d'azione sui giovani e sul *binge drinking* o come quelle già approvate attraverso l'EAAP della WHO che puntualizza:

“In prospettiva, si può dire che le politiche sull'alcol ancora non riflettono la gravità dello stato di salute, i danni sociali ed economici derivanti dal consumo dannoso di alcol; esse non riescono a essere adeguatamente integrate nel quadro generale della salute, delle politiche sociali e di sviluppo, e non riescono a fornire un'adeguata capacità di garantire coerenza politica e azione congiunta tra i diversi dipartimenti e settori governativi e a tutti i livelli di giurisdizione.

Sarà efficace la politica sull'alcol che garantirà:

- l'integrazione delle politiche sull'alcol nelle più ampie politiche economiche e di welfare, contribuendo al reale sviluppo del benessere sociale, sanitario e economico della società;
- la coerenza e l'azione “congiunta” tra i diversi ministeri e settori governativi, individuando e attuando i necessari incentivi che forniscono vantaggi ai singoli settori e alla società nel suo complesso;
- la coerenza e la partecipazione di soggetti sia pubblici che privati, anche identificando e attuando gli incentivi che avvantaggiano i rispettivi attori pubblici e privati;
- l'integrazione di misure di politica sull'alcol in tutte le azioni che promuovono il benessere e stili di vita sani e che riducano il carico delle malattie non trasmissibili e trasmissibili;
- la capacità e la possibilità per i comuni, le comunità locali e la società civile di attuare politiche e programmi efficaci sull'alcol che siano uniformati a tutti i livelli della società;
- l'erogazione di incentivi, così come di disincentivi, affinché gli individui e le famiglie facciano scelte più salutari in termini di consumo di alcol;
- affrontare l'aspetto della domanda, e rispondere al ruolo che l'alcol gioca insieme ad altri fattori nella vita delle persone;



– il riconoscimento del fatto che ognuno di noi ha un ruolo da svolgere, che si tratti di individui, o di comunità, di assistenza sanitaria locale e di organizzazioni di assistenza sociale, di organizzazioni non governative, dell'industria delle bevande alcoliche o del governo.

I Paesi che sono più attivi nella realizzazione di politiche e programmi sull'alcol basati sull'evidenza e sul rapporto costi-benefici avranno benefici sostanziali in termini di salute e benessere, produttività e sviluppo sociale”.

La costruzione di capacità e il monitoraggio sono fondamentali per assicurare un cambio determinato di rotta che possa valorizzare le persone come risorsa per il contrasto al rischio e al danno alcol-correlato e quindi supportare il capitale umano di cui c'è necessità per costruire contesti e prospettive non minacciate da interpretazioni del bere e da disvalori relativi al consumo di alcol che con la salute e la sicurezza non hanno nulla a che vedere. Ridurre le conseguenze negative del bere è un cardine delle politiche di prevenzione universale e specifiche che l'Italia, l'Europa e il mondo possono affrontare come vera sfida di sostenibilità per le generazioni future e l'intera società.

## Bibliografia

WHO Regional Office for Europe, *Status report on alcohol and health in 35 European Countries 2013*, Copenhagen, WHO, 2013. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/status-report-on-alcohol-and-health-in-35-european-countries-2013>

World Health Organization, *Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases 2008-2013*, WHO, 2008.  
Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/>

Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS (Ed.), *Strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2013. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/global%20strategy%20italian%20translation.pdf>

World Health Organization, *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*, Geneva, WHO, 2010, Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/substance\\_abuse/msbalcstrategy.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf)

European Commission, *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. An EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harm*, Brussels, Commission of the European Communities, 2006. Disponibile all'indirizzo: [http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006\\_0625en01.pdf](http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0625en01.pdf)

WHO Regional Office for Europe, *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*, WHO, 2012.  
Disponibile all'indirizzo: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/178163/E96726.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf)

Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS (Ed.), *Piano d'azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2013. Disponibile su: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/european%20action%20plan%202012%202020%20italian%20translation.pdf>



WHO Regional Office for Europe, *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)*, Geneva, WHO, 2014.

Disponibile all'indirizzo <http://www.who.int/gho/alcohol/en/index.html>

Italia. Legge 30 marzo 2001, n. 125, *Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati*, Gazzetta Ufficiale n. 90, del 18 aprile 2001

Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie-CCM, *Piano Nazionale Alcol e Salute*, Roma, Ministero della Salute, 2007. Disponibile all'indirizzo: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_623\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_623_allegato.pdf)

Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie-CCM, *Piano Nazionale Prevenzione*, Roma, Ministero della Salute, 2010. Disponibile all'indirizzo: [http://www.comunitapnp.it/file.php/1/Allegato1\\_PNP\\_10-12.pdf](http://www.comunitapnp.it/file.php/1/Allegato1_PNP_10-12.pdf)

Ministero della Salute, *Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 (PSN)*, Roma, Ministero della Salute, 2011. Disponibile all'indirizzo: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1454\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1454_allegato.pdf)

Agabio R., Amendola M.F., Baselice A., Ceccanti M., Cibirri M., D'Angelo F., Dattola A., Di Furia L., Faggiano F., Giordani M., Maranzano P., Pala B., Patussi V., Pellegrini L., Peris A., Piani F., Salamina G., Scafato E., Tosi M., *Piano Nazionale Monitoraggio Alcol e Salute (PNMAS)*, Roma, Gruppo Tecnico Congiunto Ministero-Regioni, 2009.

Disponibile all'indirizzo: [http://www.ccmnetwork.it/documenti\\_Ccm/prg\\_area7/prg\\_7\\_Piano\\_naz\\_monitoraggio\\_Alcol\\_Salute.pdf](http://www.ccmnetwork.it/documenti_Ccm/prg_area7/prg_7_Piano_naz_monitoraggio_Alcol_Salute.pdf)

Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., Balakireva O., Bjarnason T., Kokkevi A., Kraus L., *The 2011 ESPAD report substance use among students in 36 European countries*, 2012. Disponibile all'indirizzo: [http://www.espad.org/Uploads/ESPAD\\_reports/2011/The\\_2011\\_ESPAD\\_Report\\_FULL\\_2012\\_10\\_29.pdf](http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf)

ISTAT. *Indagine Multiscopo – Aspetti della vita quotidiana*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica, 2013. Disponibile all'indirizzo <http://www.istat.it/it/archivio/96427>

Sistema STATistico Nazionale-ISTAT, *Programma statistico nazionale 2011-2013, Aggiornamento 2012-2014*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica, 2013.

Disponibile all'indirizzo <http://www.sistan.it/index.php?id=121>

Bologna E., Orsini S., *L'uso e l'abuso di alcol in Italia – Anno 2012. Statistica Report*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica, 2013. Disponibile all'indirizzo: [http://www.istat.it/it/files/2013/04/stat\\_report\\_alcol\\_2012.pdf?title=Uso+e+abuso+di+alcol+++18%2Fapr%2F2013+-+Testo+integrale.pdf](http://www.istat.it/it/files/2013/04/stat_report_alcol_2012.pdf?title=Uso+e+abuso+di+alcol+++18%2Fapr%2F2013+-+Testo+integrale.pdf)

Scafato E., Gandin C., Galluzzo L., Martire S., Di Pasquale L., Ghirini S., per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol), *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol – CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute*, Rapporto 2013, Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2013 (Rapporti ISTISAN 13/3)

Anderson P., *Alcohol less is better – Report of the WHO European Conference Health, Society and Alcohol: Paris 12-14 december 1995*, Copenhagen, World Health Organization; 1996. Disponibile all'indirizzo: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/79406/EUR\\_ICP\\_ALDT\\_94\\_03\\_CN01.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/79406/EUR_ICP_ALDT_94_03_CN01.pdf)

Istituto Nazionale per gli Alimenti e la Nutrizione, *Linee guida per una sana alimentazione italiana*,

Roma, Ministero delle Politiche Agricole e Forestali, INRAN, 2003. Disponibile all'indirizzo: [http://www.inran.it/files/download/linee\\_guida/lineeguida\\_intro.pdf](http://www.inran.it/files/download/linee_guida/lineeguida_intro.pdf)

Scafato E., Ghirini S., Gandin C., Galluzzo L., Martire S., Di Pasquale L., Scipione R., Parisi N., *Consumo di alcol*, Roma, Università Cattolica del Sacro Cuore, 2013. (Rapporto Osservasalute 2012)

Italia. Legge 08.11.2012, n.189. DL sanità: la legge di conversione del decreto Balduzzi, *Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*, Gazzetta Ufficiale n. 263, del 10 novembre 2012

Italia. Legge 29 luglio 2010, n. 120, *Disposizioni in materia di sicurezza stradale*, Gazzetta Ufficiale, n. 175, del 29 luglio 2010

Automobile Club d'Italia. Istituto Nazionale di Statistica. *Incidenti stradali Anno 2012*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica, 2013. Disponibile all'indirizzo:

[http://www.istat.it/it/files/2013/11/incidenti\\_stradali\\_anno-2012\\_def.pdf?title=Incidenti+stradali+in+Italia+-+06%2Fnov%2F2013+-+Testo+integrale.pdf](http://www.istat.it/it/files/2013/11/incidenti_stradali_anno-2012_def.pdf?title=Incidenti+stradali+in+Italia+-+06%2Fnov%2F2013+-+Testo+integrale.pdf)

Brandstaetter C., et al., *Annual Statistical Report. Deliverable D3.9 of the EC FP7 project DaCoTA, 2012*. Disponibile all'indirizzo: [www.ec.europa.eu/transport/road\\_safety/pdf/statistics/dacota/dacota-3.5-asr-2012.pdf](http://www.ec.europa.eu/transport/road_safety/pdf/statistics/dacota/dacota-3.5-asr-2012.pdf)

DaCoTA project, *Traffic Safety Basic Facts 2012-Main Figures*, 2012.

Disponibile all'indirizzo: [ec.europa.eu/transport/road\\_safety/pdf/statistics/dacota/bfs2012\\_dacota-trl-main\\_figures.pdf](http://ec.europa.eu/transport/road_safety/pdf/statistics/dacota/bfs2012_dacota-trl-main_figures.pdf)

Jost G., Allsop R., Steriu M., *A challenging start towards the EU 2020 Road Safety Target 6th Road Safety PIN Report*, Brussels, European Transport Safety Council, 2012. Disponibile all'indirizzo:

[http://www.etsc.eu/documents/PIN\\_Report\\_6\\_web.pdf](http://www.etsc.eu/documents/PIN_Report_6_web.pdf)

DaCoTA Project, *Traffic Safety Basic Facts 2012-Young People (Aged 18-24)*, 2012. Disponibile all'indirizzo: [http://ec.europa.eu/transport/road\\_safety/pdf/statistics/dacota/bfs2012\\_dacota-ntuayoung-people.pdf](http://ec.europa.eu/transport/road_safety/pdf/statistics/dacota/bfs2012_dacota-ntuayoung-people.pdf)

DaCoTA Project, *Traffic Safety Basic Facts 2012-The Elderly (Aged >64)*, 2012. Disponibile all'indirizzo: [http://ec.europa.eu/transport/road\\_safety/pdf/statistics/dacota/bfs2012\\_dacota-trlelderly.pdf](http://ec.europa.eu/transport/road_safety/pdf/statistics/dacota/bfs2012_dacota-trlelderly.pdf)

Rehm J., Room R., Monteiro M., Gmel G., Graham K., Rehn N., Sempos C.T., Frick U., Jernigan D., *Alcohol use*, In: Ezzati M., Lopez A.D., Rodgers A., Murray CJL (Ed.). *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risks factors*, Geneva, World Health Organization, 2004, p. 995-1108

Rehm J., Colin M., Svetlana P., Montarat T., Yot T., Jayadeep P., *Global Burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol use disorders*, The Lancet, 2009, 373(9682):2223-33

World Health Organization, *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*, WHO, Geneva, 2009. Disponibile all'indirizzo:

[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf)

World Health Organization, *International Classification of Diseases (ICD)*, Geneva, WHO, 2010. Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

# Alcol:

## la sostanza, gli effetti, il rischio alcolcorrelato e l'alcolismo

## 2

Enrico Elba, Umberto Falconi

### 1. Alcol: farmacocinetica e farmacodinamica

L'alcol è una molecola costituita da due atomi di carbonio a cui è legato un gruppo idrossilico, altamente solubile in acqua, nei fluidi corporei e, in misura minore, nei lipidi. Una bevanda alcolica è un liquido che contiene etanolo o alcol etilico. Nella maggior parte dei paesi che hanno una definizione giuridica di "bevanda alcolica", la soglia fissata per il contenuto di etanolo in volume e in una bevanda è  $\geq 0,5\%$  o  $1,0\%$ .

Le categorie predominanti di bevande alcoliche sono birra, vino e liquori (World Health Organization, 2014a).

Le bevande alcoliche possono essere distinte in due categorie:

BEVANDE FERMENTATE		BEVANDE DISTILLATE	
Le <b>bevande fermentate</b> sono prodotte dalla trasformazione in etanolo degli zuccheri contenuti nell'uva, in altri frutti o nei cereali. Le bevande fermentate non hanno, di solito, una gradazione alcolica superiore a $16^\circ$ , poiché oltre tale gradazione l'etanolo prodotto dall'azione di fermentazione blocca l'azione dei lieviti responsabili del processo stesso.		Le <b>bevande distillate</b> sono ottenute attraverso il processo della distillazione che consiste nel portare ad ebollizione una bevanda alcolica facendone successivamente raffreddare e condensare i vapori (L'etanolo ha un punto di ebollizione di $78,4^\circ\text{C}$ , più basso rispetto di quello dell'acqua), in modo da aumentare la concentrazione di etanolo presente.	
<b>Vino</b>	ottenuto dalla fermentazione dell'uva o del succo (mosto) d'uva, la cui gradazione va dai $9^\circ$ ai $15^\circ$	<b>Acquaviti o superalcolici</b>	ottenuti dalla distillazione di bevande fermentate (ad es. il brandy dal vino, il calvados dal sidro) o di altri prodotti che hanno comunque già subito un processo di fermentazione (dalle vinacce la grappa, dai cereali il gin, il whisky e la vodka, dalla melassa il rum); hanno tutte una alta gradazione alcolica (dai $40^\circ$ ai $50^\circ$ )
<b>Birra</b>	ottenuta dalla fermentazione del mosto di luppolo, malto, orzo mescolato ad altri cereali, la cui gradazione va dai $2^\circ$ ai $7^\circ$	<b>Liquori o digestivi</b>	ottenuti da miscugli di alcol, più o meno diluito, con essenze o estratti di piante aromatiche con aggiunta di dolcificanti (gradazione dai $15^\circ$ ai $60^\circ$ )
<b>Sidro</b>	ottenuto dalla fermentazione del succo di mele o di pere con gradazione dai $4^\circ$ ai $6,5^\circ$		

L'etanolo è, probabilmente, una delle sostanze maggiormente studiate da un punto di vista farmacologico e ciò ha portato a scoprire come vi sia una correlazione lineare fra quantità di etanolo (alcol) ingerita ed effetti sull'organismo. Una volta ingerito l'alcol viene rapidamente assorbito dall'apparato gastro-enterico mediante diffusione passiva: 30-90 minuti per assorbimento completo. Il consumo rapido di alcol o il consumo a stomaco vuoto aumentano l'assorbimento e riducono il tempo di raggiungimento del picco di etanolo ematico. Il 25% dell'alcol ingerito viene assorbito a livello della mucosa gastrica e il restante 75% a livello dell'intestino tenue. Una volta assorbito, l'alcol giunge, attraverso la vena porta, al fegato dove viene, in parte, metabolizzato; l'efficienza dei sistemi metabolici deputati alla detossificazione dell'etanolo presenta numerose variabili date da: sesso (le donne e gli asiatici hanno sistemi di detossificazione meno efficienti dei maschi caucasici/africani), patrimonio genetico, tolleranza all'alcol correlata alle assunzioni ripetute (fenomeni di induzione enzimatica), età (gli anziani hanno sistemi di detossificazione dall'alcol meno efficienti degli adulti, mentre i bambini ne sono addirittura sprovvisti; l'alcol diventa metabolizzabile a partire dai 12 anni di età, ma la massima efficienza si raggiunge solo intorno ai 18 anni), eventuali malattie croniche e/o epatiche. Variazioni significative quindi di tipo farmacocinetico (assorbimento, metabolismo, distribuzione ed escrezione) si riflettono pesantemente sugli effetti farmacodinamici dell'etanolo. L'organismo metabolizza circa 0,2 g di alcol per litro ematico all'ora.

La concentrazione ematica individuale dell'alcol è variabile (a parità di quantità di alcol ingerito) e dipende da numerosi fattori:

- velocità di ingestione dell'alcol
- gradazione alcolica delle bevande consumate
- quantità di alcol consumato
- contemporanea assunzione di cibo
- tipo di cibo consumato
- sesso
- farmaci
- volume di distribuzione corporeo
- dimensioni del fegato
- metabolismo epatico (isoforme enzimatiche a differente efficienza)
- etnia (caucasica/africana o est-asiatica: cinesi e giapponesi)

La somma di tali variabili può portare a variazioni molto significative della farmacocinetica e farmacodinamica dell'etanolo predisponendo o avendo un effetto protettivo sullo sviluppo di dipendenza da alcol. Il metabolismo dell'alcol avviene prevalentemente a livello epatico mediante reazioni ossidative ad opera dell'enzima alcol-deidrogenasi o ADH (ADH: tale enzima oltre all'etanolo ossida il retinolo, alcuni alcoli alifatici, gli idrossi-steroidi e prodotti della perossidazione lipidica, metaboliti idrossilici delle catecolamine endogene e non, gli acidi grassi di tipo  $\omega$  o PUFA) e dell'enzima aldeide deidrogenasi o ALDH2; tali enzimi presentano una elevata variabilità genetica che condiziona il metabolismo dell'alcol ed è responsabile di differenti effetti a seguito di esposizione all'etanolo con variazioni sia etniche che di genere. Il prodotto del catabolismo dell'etanolo mediato dall'ADH è l'acetaldeide. Questa sostanza altamente tossica viene, in condizioni normali, rapidamente ossidata e inattivata dall'enzima dipendente dal cofattore NAD (Nicotinammide-Adenina-Dinucleotide) ALDH2 (acetaldeide deidrogenasi), anche di tale enzima esistono isoforme notevolmente meno efficienti: l'isoforma ALDH2-1 caucasica e prevalente nel sesso maschile ha un'altissima efficienza, mentre l'isoforma ALDH2-2, prevalente nel sesso femminile e nelle popolazioni est-asiatiche, è molto meno efficiente cosa che può causare un incremento dei livelli di acetaldeide circolante talmente elevato da causare una reazione da ipersensibilità, con aumento della temperatura corporea, nausea, tachicardia, flush cutaneo (la cosiddetta disulfiram-like reaction, reazione molto sgradevole che fungerebbe da fattore protettivo nei confronti dell'alcolismo nei soggetti portatori di tale isoforma). Inoltre, i soggetti di sesso maschile sono dotati di ADH anche a livello della mucosa gastrica cosa che è del tutto assente nelle donne; questo attenua gli effetti tossici dell'alcol ma predispone gli uomini a sviluppare con maggior frequenza dipendenza dall'alcol essendone tollerati maggiormente gli effetti tossici. Il sistema MEOS (Multi-Enzymatic-Oxidative-System) attraverso i citocromi metabolizza in minima parte l'etanolo, il citocromo CYP3E1 viene indotto dal consumo cronico di alcol andando così a modificare anche in modo significativo il metabolismo dell'etanolo e di altri xenobiotici metabolizzati da CYP3E1. La catalasi è un enzima presente sia nel citoplasma che nei mitocondri anche se la principale localizzazione è a livello dei perossisomi, con una attività che sembra implicata sia nell'insorgenza dei danni a carico del fegato legati all'assunzione di dosi intossicanti ripetute di alcol, sia a livello del sistema nervoso centrale nei meccanismi correlati allo sviluppo di un comportamento d'abuso, correlato alla aumentata produzione di acetaldeide a livello del SNC connessa all'attività di tale enzima. Circa l'11% dell'alcol viene eliminato immutato, attraverso la respirazione, l'emuntorio renale o la sudorazione. La farmacodinamica dell'alcol è stata negli ultimi anni ben caratterizzata ed il meccanismo d'azione appare essere di tipo non specifico, soprattutto in considerazione del fatto che l'alcol non ha un bersaglio unico d'azione ma influenza una ampia varietà di neurotrasmettitori del SNC essendo in grado di interagire con numerosi recettori in tutto l'organismo e di modificare il funzionamento di alcuni canali ionici presenti nel SNC e in organi quali il cuore, il rene ed il fegato. Gli effetti dell'assunzione acuta e cronica con dosi di alcol

tali da produrre intossicazione sono stati studiati a livello di tutti i principali neurotrasmettitori, tali effetti vanno da euforia ed ansiolisi a basse dosi fino a sedazione, amnesia ed infine ipnosi a dosi intossicanti.

### **1.1 Neurobiologia dell'alcol: il concetto di Craving ed effetti a livello del sistema nervoso centrale**

Il sistema meso-cortico- limbico è implicato nel controllo delle funzioni cerebrali superiori e delle emozioni. Anatomicamente va dall'Area Ventro-Tegmentale (VTA) al nucleo accumbens e da qui si biforca verso la Corteccia Pre-Frontale (PFC) e verso lo striato ventrale. Il sistema tuberо-infundibolare collega funzionalmente l'ipotalamo all'ipofisi e questa al surrene ed influenza direttamente la produzione di ormoni, intervenendo nelle risposte allo stress e nella regolazione del tono dell'umore. Tale regione è ricca di recettori dopaminergici di tipo  $D_3$  ed interviene nella regolazione delle funzioni cognitive quali l'apprendimento e la memoria di lavoro (working memory), nella presa di decisioni ponderate (problem solving memory), nella regolazione dei comportamenti motivati e nel sistema di gratificazione. L'assunzione di alcol in acuto determina nell'amigdala un aumento del rilascio e della sintesi di dopamina che attiva il release di serotonina nell'ipotalamo (via tuberо-infundibolare) con conseguente rilascio di peptidi oppioidi endogeni ( $\beta$ -endorfine, encefaline inizialmente e successivamente di dinorfine), che agiscono sui recettori degli oppioidi: il legame delle  $\beta$ -endorfine e delle encefaline sui recettori  $\mu$  e  $\delta$  a livello del nucleo accumbens determina un'inibizione dell'attività dei neuroni GABAergici (recettore  $GABA_B$ ) con aumento ulteriore del rilascio di dopamina nel nucleo accumbens, mediato anche dal rilascio di nor-adrenalina nel locus coeruleus e da un aumento del tono glutammatergico (il glutammato è il principale neurotrasmettitore eccitatorio cerebrale); tali eventi sostengono l'aumento del rilascio di dopamina (DA) nel nucleo accumbens (localizzato nella parte inferiore del putamen) correlato alle esperienze gratificanti e alla base della percezione delle sensazioni di benessere e piacere che sono il risultato dell'attivazione di un circuito cerebrale noto come circuito della gratificazione. Al termine, il rilascio di dinorfine che agiscono sul recettore  $\kappa$  degli oppioidi, ha il compito di spegnere il piacere correlato all'assunzione di alcol e di riequilibrare il circuito di gratificazione mediante il rilascio di GABA a livello dell'area ventro-tegmentale, la cui interazione con i recettori omonimi ha come effetto l'apertura di un canale del cloro che depolarizza la membrana neuronale spegnendo di fatto la risposta gratificatoria. Tale fase è accompagnata anche da una riduzione del tono eccitatorio sostenuto dalle sinapsi glutammatergiche. Le azioni dell'alcol a carico delle sinapsi del GABA determinano un aumento del rilascio di GABA e inibizione dei recettori  $GABA_B$  pre-sinaptici bloccando, in tal modo, il riassorbimento di GABA e queste azioni giustificano la capacità dell'alcol di determinare un potente effetto sedativo-anestetico, amnesia e atassia, effetti che si invertono durante l'astinenza da alcol. Studi di neuroimaging in risonanza magnetica cinematica hanno dimostrato che assunzioni ripetute di alcol portano ad una diminuzione del rilascio di endorfine ed encefaline con un progressivo aumento

del rilascio di dinorfine che provocano una diminuzione del tono dopaminergico nel circuito della gratificazione cerebrale, inducendo uno stato affettivo negativo noto come disforia<sup>1</sup>. La crescente disforia connessa ad ogni assunzione di etanolo e la diminuita gratificazione ottenuta ad ogni assunzione oltre allo sviluppo di tolleranza (che costringe i soggetti alcolodipendenti ad assumere quantità crescenti di etanolo per ottenerne i medesimi effetti gratificanti correlati alle prime assunzioni di alcol) sono alla base dello sviluppo della dipendenza da etanolo e del craving. Come detto il rilascio di dopamina determina sia euforia ed effetti di gratificazione (piacere correlato all'assunzione di alcol) che di rinforzo (spinta ad assumere nuovamente alcol). Le proiezioni meso-cortico-limbiche sono implicate nei comportamenti orientati alla gratificazione, sia per rinforzi primari quali fame, sete, sonno e sesso, che per rinforzi secondari come il denaro, il potere e altro, sia in relazione alle proprietà gratificanti delle sostanze come nel caso dell'abuso di alcol, farmaci e droghe.

Il ruolo della dopamina nel sistema della gratificazione è stato ultimamente rivisitato, mettendo in discussione la teoria per cui la dopamina possa essere semplicemente considerata il “neurotrasmettitore del piacere”, infatti anche se la sua concentrazione si innalza nel nucleo accumbens in tutte le condizioni in cui si prova piacere (esperienze gratificanti), appare evidente che il suo ruolo è ben più complesso. Numerosi studi hanno evidenziato come la dopamina, piuttosto che mediare il piacere o “liking”, sia coinvolta nel mediare anche e soprattutto la componente motivazionale alla base della ricerca di gratificazione ovvero il desiderio/compulsione o “wanting”. Più precisamente la dopamina è alla base della “saliency incentivata” agli stimoli associati alla ricompensa, i cosiddetti “cues”<sup>2</sup> e, quindi, modulerebbe la capacità di indurre un comportamento finalizzato da parte di stimoli rilevanti per la percezione o la memoria di una ricompensa già sperimentata. Sono state individuate due modalità di funzionamento dei neuroni dopaminergici a livello dello striato, una fasica e l'altra tonica: il rilascio di tipo fasico consiste nel rilascio di dopamina nelle terminazioni sinaptiche durante un potenziale d'azione, è di tipo transitorio e sembra essere associato a stimoli a rilevanza comportamentale; il rilascio tonico di dopamina nello spazio extracellulare è invece relativamente costante e strettamente regolato. Attraverso numerosi studi di elettrofisiologia è stato osservato che la dopamina fasica è in grado di codificare i nostri “errori nella predizione della ricompensa” (Glimcher, 2011): i neuroni dopaminergici aumentano la loro attività elettrica al raggiungimento della gratificazione imprevista, mentre l'attività elettrica mostra una depressione quando avviene l'omissione di una gratificazione attesa. Nel complesso, ciò indica che l'attività elettrica fasica dei neuroni

---

1 - Il termine disforia (dal greco *dysphoria*, composto di *dys-* “male” e un derivato di *pherein* “sopportare”) viene utilizzato in psichiatria per indicare un'alterazione del tono dell'umore in senso depressivo, accompagnato da agitazione, irritabilità, nervosismo.

2 - Per “cues” si intendono stimoli in grado di evocare la componente motivazionale di rinforzo ad un comportamento d'abuso e quindi, strettamente correlati alla compulsione o craving per l'alcol pur non essendo strettamente correlati all'alcol stesso.



dopaminergici segnala la discrepanza fra gratificazione attesa e gratificazione ottenuta ponendosi come una delle basi biologiche del comportamento finalizzato e dell'apprendimento condizionato. Tutto ciò ci aiuta a capire che quando un evento è nuovo e significativo, il cervello lo apprende e lo memorizza grazie ad un rilascio di neurotrasmettitore fasico (scariche di dopamina) e sembra legato all'algoritmo definito "errori nella predizione della ricompensa". In tal modo il rilascio inatteso di dopamina provoca un abnorme apprendimento, incentivo alla ripetizione dell'esperienza, e gli stimoli neutri associati o "cues" all'uso di sostanze psicoattive o a comportamenti gratificanti possono assumere valore anticipatorio. I meccanismi di condizionamento Pavloviano finiscono per diventare stimoli automatici ed inconsapevoli per la ricerca di droghe ed emozioni (Koob, Le Moal, 2001; Di Chiara, Bassareo, 2007). Nell'assunzione di alcol il rilascio fasico di dopamina, dovuto alla gratificazione variabile, imprevedibile ed intermittente è un rinforzo da cui può conseguire un apprendimento assai tenace, assimilabile al condizionamento operante col quale si imparano comportamenti estremamente difficili da estinguere. Numerosi sono i fattori regolanti le risposte soggettive all'alcol ovvero la predisposizione a sviluppare problemi di dipendenza da alcol in seguito all'assunzione ripetuta di dosi intossicanti di etanolo: fra essi vanno ricordati la suscettibilità all'alcolismo (predisposizione genetica presente in soggetti con parenti di primo grado che abbiano avuto problemi di alcolismo), allo sviluppo del desiderio (craving) e alla perdita del controllo e l'acquisizione di eccessive caratteristiche motivazionali alcol-correlate o "cues". Il termine "craving" venne inizialmente introdotto come riferito all'intenso desiderio di assumere eroina in corso di sindrome astinenziale e, con il passare del tempo, chiarendo i meccanismi alla base della gratificazione e della dipendenza, è stato successivamente esteso ad altre dipendenze. Fino ad un decennio fa il craving era considerato una componente della fase astinenziale ben lontano dal descrivere la compulsione che lo caratterizza e che è presente anche al di fuori della fase astinenziale caratterizzando di fatto il rapporto fra sostanza e paziente. Il craving così inteso è una manifestazione che può comparire anche a distanza di anni dalla sospensione dell'assunzione di alcolici e portare il paziente prima a riassumere una bevanda alcolica ("effetto primo bicchiere") e successivamente a sostenere la ricaduta; l'insorgenza è legata a meccanismi connessi alla memoria della dipendenza (memoria del bere) e può essere innescata anche dalla visione della di cues (come la pubblicità di un alcolico, la frequentazione di un pub in cui precedentemente ci si recava a bere alcolici, il vedere qualcuno bere un alcolico, altro) che fanno riaffiorare la memoria del bere nel soggetto alcol-dipendente.

In sintesi gli effetti rinforzanti dell'alcol, in gran parte caratterizzati mediante tecniche di neuroimaging, sono mediati dall'azione dell'alcol stesso sul circuito cerebrale della gratificazione e l'uso ripetuto di alcol porterebbe ad un riarrangiamento neurofisiologico del circuito di gratificazione con conseguente:

- ridotto rilascio di serotonina ipotalamico (diminuzione rilascio di endorfine nell'ipotalamo)



- aumento del tono dinorfinico con conseguente disforia mediata dall'attivazione dei recettori oppioidergici pre sinaptici  $\kappa$  e riduzione del rilascio di dopamina
- aumento del tono GABAergico nel nucleo accumbens
- diminuzione del tono dopaminergico in tutte le aree cerebrali coinvolte nel circuito della gratificazione.

Gli effetti rinforzanti includono non solo l'effetto sul GABA e sul glutammato, ma anche una influenza sui recettori e sul tono della neurotrasmissione cannabinoide endogena (recettori e sinapsi). I recettori per i cannabinoidi endogeni (come l'anandamide) pre-sinaptici sono, in tal modo, disregolati dall'assunzione di alcol come dimostrato dal fatto che utilizzando l'antagonista selettivo dei recettori dei cannabinoidi, il rimonabant, si può ridurre il consumo di alcol e il craving da alcol in animali alcol-dipendenti (Freedland et al. 2001). Tale recettore presinaptico per i cannabinoidi endogeni CB1 a livello sia delle sinapsi GABA-ergiche che glutamatergiche è il bersaglio recettoriale a carico del quale l'alcol determina delle modificazioni che hanno come effetto finale il resetting verso il basso del rilascio di dopamina e serotonina che porta ad una condizione di malessere (disforia) che, a sua volta, predispone a ripetere l'assunzione di alcol per ricavarne gratificazione e sensazione di benessere; ad aumentare la sensazione di disforia concorre anche l'alterazione del rilascio dei mediatori oppioidergici (endorfina e dinorfina). Le dinorfine agiscono prevalentemente sul recettore  $\kappa$  ed mediando la sensibilità dolorifica e determinano la diminuzione/cessazione del release endorfinico, mentre a livello del circuito della gratificazione si verifica un calo drammatico del rilascio di dopamina e serotonina con conseguente disforia e sintomatologia depressiva. Verheul et al. nel 2001 hanno elaborato un modello psicobiologico del craving che identifica tre tipologie di craving per l'alcol:

- 1) **Reward craving:** Desiderio di ricompensa. I meccanismi fisiopatologici e comportamentali di questa tipologia di craving sono:
  - La disregolazione dopaminergica/oppioidergica (deficit nel release di endorfina, aumento delle dinorfine e ricerca degli effetti gratificanti dell'alcol), come descritto in precedenza:
  - La ricerca di ricompensa (edonismo)
  - La combinazione dei due punti precedenti

Alla base del reward craving opera il bisogno dell'effetto di rinforzo positivo dell'alcol e l'incapacità di resistere ad esso. Questo craving è tipico dei soggetti con alcolismo ad insorgenza precoce e con familiarità per tale patologia.

- 2) **Relief craving:** Desiderio di ridurre lo stress o la tensione. I meccanismi fisiopatologici e comportamentali di questa tipologia di craving sono:
  - La disregolazione GABAergica/glutamatergica dei recettori NMDA (iperexcitabilità neuronale forte componente ansiogena e ricerca degli effetti sedativo-anestetici e ansiolitici dell'alcol), come descritto in precedenza

- Scarsa capacità di reagire allo stress, bassa soglia di sopportazione del dolore
- La combinazione dei due punti precedenti

Alla base del relief craving un ruolo fondamentale lo gioca anche la fuga dai sintomi astinenziale in quanto moltiplicatori dello stato di sofferenza del paziente, con conseguente assunzione di grosse dosi di alcol per fuggire dalla sofferenza, il bisogno dell'effetto di rinforzo positivo dell'alcol e l'incapacità di resistere ad esso. Questo craving è tipico dei soggetti con alcolismo ad insorgenza tardiva.

- 3) **Obsessive craving:** Pensiero ossessivo per l'assunzione di alcol con perdita del controllo. I meccanismi fisiopatologici e comportamentali di questa tipologia di craving sono:
- La disregolazione serotoninergica (deficit nel release di serotonina)
  - Sintomi di tipo depressivo e ricerca della disinibizione correlata a senso di inadeguatezza
  - La combinazione dei due punti precedenti

Alla base dell'obsessive craving si rileva una forte compulsione per l'alcol e la ricerca della perdita del controllo (sensation seeking), la tipologia del paziente con obsessive craving è il binge drinker. In conclusione, non è stato ancora completamente delineato il modo in cui l'alcol agisce a livello del SNC e probabilmente ancora sono necessari vari anni di ricerca per meglio comprendere i meccanismi alla base dell'abuso di alcol ma le ipotesi attualmente accreditate rendono comunque ragione della pericolosità connessa al consumo di alcolici.

## 1.2 Consumo rischioso di alcol

Il grado di rischio attribuibile al consumo di alcol varia con l'età, il sesso e altre caratteristiche biologiche del consumatore, nonché con la situazione e il contesto in cui ha luogo il consumo. Alcuni gruppi e individui vulnerabili o a rischio sono maggiormente suscettibili alle proprietà tossiche, psicoattive e alla dipendenza causata dall'etanolo. Tuttavia, modelli individuali di consumo di alcol a basso rischio non possono essere associati ad insorgenza o probabilità significativamente maggiore di cattiva salute e conseguenze sociali negative. Nel corso degli anni sono state proposte numerose classificazioni di alcolismo e partendo dal primo tentativo di classificazione nel 1960 di Jellineck, si arriva al 1988 anno in cui Cloninger et al. formularono un modello teorico dei sottotipi di alcolisti e dei tratti della loro personalità considerato ancora valido. Secondo tale modello si possono individuare su base neurobiologica almeno tre distinti sistemi comportamentali da seguire nella descrizione delle caratteristiche della personalità:

- Il BAS (Behavioral activation System): favorisce l'esplorazione attiva dell'ambiente per ricercare obiettivi gratificanti (ad esso corrisponde la ricerca della novità o novelty seeking);

- Il BMS (Behavioral Maintenance System): mantiene il comportamento di ricerca per mezzo di rinforzi positivi o negativi (è correlata alla dipendenza da gratificazione o sensation seeking);
- Il BIS (Behavioral Inhibition System) che, attraverso il confronto fra situazioni attese e reali, consente di evitare i rischi ed i pericoli correlati agli eventi negativi (tramite questo sistema si realizza il cosiddetto “evitamento del pericolo” o “risks avoidance”).

Sulla base di tali modelli comportamentali Cloninger ha individuato quattro dimensioni del temperamento [ricerca delle novità (novelty seeking), dipendenza dalla gratificazione (reward dependence), evitamento del rischio (risks avoidance), perseveranza (perseverance)], e tre dimensioni caratteriali (auto-direzionalità, auto-cooperatività, auto-trascendenza). In base al binomio impulsività/compulsività, Cloninger riconosce nel comportamento impulsivo del soggetto alcolista un'esplicita ricerca delle novità, un basso evitamento del pericolo, una scarsa perseveranza e meno frequentemente una scarsa dipendenza dalla gratificazione. Al contrario il comportamento compulsivo del soggetto alcolista si caratterizza per alto evitamento del pericolo, elevato grado di perseveranza, scarsa ricerca di sensazioni nuove e più raramente forte dipendenza dalla gratificazione. Cloninger ha proposto una classificazione dei soggetti alcol dipendenti in due sottogruppi che si differenziano in funzione dei tratti di personalità, dei sintomi alcol-correlati, dell'età di insorgenza della dipendenza e del modello di ereditabilità. Il sottogruppo A o alcolismo di tipo I si caratterizza per una maggiore gravità della dipendenza e periodi prolungati di astinenza. I soggetti alcolisti di tipo I hanno una personalità ansiosa, tendenza ad evitare i pericoli, disregolazione serotoninergica (basso tono serotoninergico), insorgenza tardiva (età > 25 anni), sono di genere maschile o femminile e risentono dei fattori ambientali predisponenti (bassa capacità di adattamento a fattori di stress ambientali). Gli alcolisti del sottogruppo B o alcolismo di tipo II hanno una personalità di tipo antisociale, tendenza a ricercare ed esplorare nuove sensazioni, sono prevalentemente di genere maschile con età di insorgenza precoce (< 25 anni) e risentono dell'effetto genetico (predisposizione genica a sviluppare dipendenza).

Il consumo alcolico rischioso per la salute psico-fisica e il funzionamento sociale e familiare si identifica, secondo l'OMS, in quattro situazioni precise:

- Consumo non moderato:
  - oltre 30 g. die per gli uomini
  - oltre 15 g. die per le donne
  - oltre 15 g. die sopra i 65 anni e tra i 18 e i 20 anni
  - oltre 0 g. sotto i 18 anni
- Consumo fuori pasto: poiché il livello di alcol nel sangue aumenta più velocemente a digiuno
- Consumo episodico eccessivo, fra cui spicca la modalità del binge-drinking

- Consumo alcolico in portatori di malattie, organiche e neuropsichiche, nelle quali l'alcol è controindicato o in assuntori di farmaci non compatibili con alcol

Gli adolescenti, le donne e gli anziani oltre i 65 anni sono più vulnerabili, come già descritto, agli effetti delle bevande alcoliche a causa di una ridotta capacità del loro organismo a metabolizzare l'alcol per deficit enzimatici specifici e minore volume idrico corporeo totale.

Alcolemia (grammi/litro)	Sensazioni più frequenti	Effetti progressivi e abilità compromesse
0	nessuna	nessuna
0.1-0.2	Iniziale sensazione di ebbrezza, iniziale riduzione delle inibizioni e del controllo	Affievolimento della vigilanza, attenzione e controllo, iniziale riduzione del coordinamento motorio
0.3-0.4	Sensazione di ebbrezza, riduzione delle inibizioni, del controllo e della percezione del rischio	Riduzione della vigilanza, attenzione e controllo, riduzione del coordinamento motorio e dei riflessi, riduzione della visione laterale, vomito
0.5-0.8	Cambiamenti dell'umore, nausea, sonnolenza, stato di eccitazione emotiva	Riduzione della capacità di giudizio, riduzione della capacità di individuare oggetti in movimento e della visione laterale, riflessi alterati, alterazione della capacità di reazione agli stimoli sonori e luminosi, vomito
0.9-1.5	Alterazione dell'umore, rabbia, tristezza, confusione mentale, disorientamento	Compromissione della capacità di giudizio e di autocontrollo, comportamento sociale inadeguato, linguaggio mal articolato, alterazione dell'equilibrio, compromissione della visione, della percezione di forme, colori, dimensioni, vomito
1.6-3.0	Stordimento, aggressività, stato depressivo, apatia, letargia	Compromissione grave dello stato psicofisico, comportamenti aggressivi e violenti, difficoltà marcata a stare in piedi o camminare, stato di inerzia generale, ipotermia, vomito
3.1-4.0	Stato di incoscienza	Allucinazioni, cessazione dei riflessi, incontinenza, vomito, coma con possibilità di morte per soffocamento da vomito
> 4.0	Difficoltà di respiro, sensazione di soffocamento, sensazione di morire	Battito cardiaco rallentato, fame d'aria, coma, morte per arresto respiratorio

**Tabella 1: Correlazione fra alcolemia ed effetti sull'organismo**

## Bibliografia

- Bagnardi V., Rota M., Bottieri E., Tramacere I., Islami F., Fedirko V., Scotti L., Jenab M., Turati F., Pasquali E., Pelucchi C., Galeone C., Bellocco R., Negri E., Corrao G., Boffetta P., La Vecchia C., *Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis*, Br. J. Cancer, 2015, 112: 580-593
- Berridge K.C., *The debate over dopamine's role in reward: the case for incentive salience*, Psychopharmacology, 2007, 191: 391-431
- Brunton L.L., Lazo J.S., Parker K.L., *Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics*, McGraw-Hill, 11th edition, 2011
- Cloninger C.R., Sigvardsson S., Gillan S.B., Von Knorring A.L., Reich T., Bowman M., *Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism*, Adv.Alcohol Subst. Abuse, 1988, 7:3-16
- De Rosa M.G.L., Pierini C., Grimaldi C., *Alcolismo: analisi del craving*, Milano, Franco Angeli Editore, 2005
- Diamond I., Gordon A.S., *Cellular and molecular neuroscience of alcoholism*, Physiol. Rev., 1997, 77: 1-20
- Di Chiara G., Bassareo V., *Reward system and addiction: what dopamine does and doesn't do*, Current Opinion in Pharmacology, 2007, 7: 69-76
- Freedland C.S., Sharpe A.L., Samson H.H., Porrino L.J., *Effects of rimonabant (SR141716A) on ethanol and sucrose self-administration*, Alcohol Clin. Exp. Res., 2001, 25:277-282
- Glimcher P.W., *Understanding dopamine and reinforcement learning: the dopamine reward prediction error hypothesis*, Proceeding of National Academy of Sciences of the United States of America, 2011, 108[Suppl. 3]: 15647-15654
- Jellinek E.M., *The disease concept of alcoholism*, New Haven, Hillhouse Press, 1960
- Koob G.F., Le Moal M., *Drug addiction, dysregulation of reward and allostasis*, Neuropsychopharmacology, 2001, 24: 97-129
- Lawrence A.D., Evans A.H., Lees A.J., *Compulsive use of dopamine replacement therapy in Parkinson's disease: reward system gone awry?*, Lancet Neurology, 2003, 2: 595-604
- Pan Z.Z.,  *$\mu$ -opposing the  $\kappa$ -opioid receptors action*, TiPS, 1995, 19, 94-98
- Robbins T.W., Everitt B.J., *Drug addiction: bad habits add up*, Nature, 1999, 398: 567-570
- Roswall N., Weiderpass E., *Alcohol as a Risk Factor for Cancer: Existing Evidence in a Global Perspective a review*, J. Prev. Med. Public Health, 2015 48:1-9
- Schultz W., Dayan P., Montague P.R., *A neural substrate of prediction and reward*, Science, 1997, 275: 1593-1599
- Verheul R., Van Den Brink W., Geerlings P.A., *Three-pathway psychobiological model of craving for alcohol*, 1999, Alcohol Alcohol., 34(2):197-222
- Wanat M.J., Willuhn I., Clark J.J., Phillips P.E., *Phasic dopamine release in appetitive behaviors and drug abuse*, Current Drug Abuse Review, 2009, 2: 195-213

World Health Organization, *Global Information System on Alcohol and Health* (GISAH) 2014a

World Health Organization, *STEPwise approach to surveillance*, Geneva, 2014B

World Health Organization, *Global Health Estimates 2013: Deaths by Cause, Age and Sex, by Country, 2000-2012*,

ASL BRESCIA

# Patologie organiche alcolcorrelate

# 3

## 1. Epatopatia

**Angelo Rossini**

Sulla base della 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” del dicembre 2012 si evidenzia dai dati desunti dalle schede di dimissione ospedaliera che, in Italia, nell’anno 2010, si sono verificati 83.982 ricoveri per patologie alcol-correlate e di questi 40.680 sono attribuibili ad epatopatia alcolica.

La malattia epatica da eccessivo consumo di alcol è una malattia complessa e rappresenta la prima causa di epatopatia nei paesi Occidentali.

Lo spettro della malattia è ampio ed include la semplice steatosi, la steatoepatite alcolica (ASH) e la cirrosi epatica con le sue complicanze: ipertensione portale ed epatocarcinoma.

L'alcol ingerito è rapidamente assorbito dall'apparato intestinale. Una prima metabolizzazione si verifica a livello dello stomaco ove l'attività dell'alcol-deidrogenasi (ADH) lo trasforma in acetaldeide a sua volta ossidata dall'acetaldeide-deidrogenasi (ALDH). Questo “primo passaggio metabolico” influisce comunque solo in modo marginale sul metabolismo dell'alcol. A livello intestinale l'alcol passa per semplice diffusione e raggiunge rapidamente un equilibrio fra sangue e compartimento extracellulare. Solo una minima parte dell'alcol assorbito viene eliminato attraverso le vie respiratorie (1-2%). Il rimanente è metabolizzato prevalentemente nel fegato (70-80%) con meccanismi ossidativi mentre una parte minore (20%), con meccanismi non ossidativi, nei tessuti extra epatici.

### 1. Steatosi epatica

Con questo termine si intende un aumentato accumulo di trigliceridi nel citoplasma dell'epatocita. Diversi sono i meccanismi legati al metabolismo dell'alcol che ne sono causa:

1. L'aumentata produzione di nicotin-amide di nucleotide (NADH) dovuta all'ossida-

zione dell'alcol determina un aumento della sintesi di acidi grassi e trigliceridi ed inibisce la  $\beta$ -ossidazione mitocondriale degli acidi grassi

2. L'etanolo è inoltre in grado di inibire la lipolisi ed aumentare la liposintesi attraverso l'inibizione del peroxisome-proliferator activated receptor  $\alpha$  (PPAR  $\alpha$ )
3. Incrementato afflusso di acidi grassi dal tessuto adiposo e di chilomicroni dalla mucosa intestinale
4. Il danno causato dall'acetaldeide a livello dei mitocondri e dei microtubuli, determina una riduzione dell'ossidazione del NADH e un accumulo di VLDL.

La steatosi epatica può essere considerata benigna, la sua comparsa a seguito di eccessivo introito alcolico è abbastanza rapida ma può essere suscettibile di regressione dopo un periodo di assoluta astinenza. Tuttavia il permanere dello stress ossidativo indotto dal metabolismo dell'etanolo può evolvere in forme più severe di danno epatico.

## 2. Steatoepatite alcolica (ASH)

La steatoepatite è caratterizzata dalla presenza di steatosi epatica con infiltrato infiammatorio nel lobulo e danno cellulare (necrosi cellulare o apoptosi). Si osserva in circa il 20-30% dei forti bevitori e alla sua genesi concorrono sia fattori genetici quali sesso, etnia, livelli di tumor necrosis factor alpha (TNF $\alpha$ ) che comorbidità (epatite virale, obesità).

Numerosi fattori, cellulari ed umorali, sono implicati nella genesi della steatoepatite.

Fra questi:

1. La cronica esposizione all'alcol è causa di dismicrobismo intestinale con conseguente disbiosi ed alterazione della permeabilità intestinale. A ciò consegue un aumentato livello sierico di lipopolisaccaridi (LPS) di origine intestinale che, nel fegato, attivano le cellule di Kupffer legandosi al Toll-like receptor 4. Questo legame determina l'attivazione di varie citochine (TNF $\alpha$ , interleuchina 1) e chemochine (monocytes chemotactic protein 1, interleuchina 8) che richiamano neutrofilo e macrofagi che concorrono alla progressione del danno epatico.
2. L'iperproduzione di TNF $\alpha$  inibisce la secrezione da parte dei monociti di interleuchina 10 che ha una potente attività anti-infiammatoria
3. L'acetaldeide è in grado di attivare il sistema immune con conseguente formazione di autoanticorpi. Essa causa inoltre danno mitocondriale ed impedisce l'attività del glutatione determinando stress ossidativo ed apoptosi
4. L'aumentata produzione di specie reattive dell'ossigeno (ROS) da parte degli epatociti e delle cellule di Kupffer. Le fonti principali di ROS sono rappresentate dal CYP2E1-dependent MEOS, dalla catena respiratoria mitocondriale, dalla citocromo-ossidasi NADH-dipendente e dalla xantina-ossidasi. Lo stress ossidativo così generato è causa di danno mitocondriale, perossidazione lipidica e diminuzione dell'attività proteosomica con incremento della apoptosi cellulare.



### 3. Fibrosi epatica e cirrosi

I pazienti con steatoepatite alcolica possono sviluppare fibrosi progressiva. La fibrogenesi inizia con l'attivazione delle cellule stellate epatiche che da uno stato di quiescenza si trasformano in miofibroblasti e iniziano la produzione di collagene.

La trasformazione delle cellule stellate è indotta da vari fattori:

1. Metaboliti dell'alcol come l'acetaldeide in grado di attivare direttamente i geni del collagene I attraverso PPAR- $\gamma$
2. I corpi apoptotici, esiti della morte cellulare, stimolano le cellule stellate
3. Le cellule di Kupffer e i polimorfonucleati sono in grado di rilasciare fattori di crescita (TGF $\beta$ 1, PGDF), citochine (leptina, angiotensina II, interleuchina 8, TNF $\alpha$ )
4. I ROS sono in grado di stimolare l'attività delle cellule stellate attivando vie metaboliche quali ERK e JNK

La fibrosi è localizzata tipicamente in zona pericentrale e perisinusoidale. Con il progredire del processo fibrotico si verifica il graduale sovvertimento della architettura epatica con formazione "fibrosi a ponte" e neovascolarizzazione dei setti neoformati sino al quadro istologico di cirrosi epatica.

### 4. Epatite alcolica

In passato era denominata epatite acuta alcolica, tuttavia, sebbene l'esordio della sindrome sia rapido, il termine acuto non è raccomandato in quanto questa rappresenta, nella quasi totalità dei casi, un'esacerbazione di una sottostante malattia epatica cronica. Le donne, a parità di consumo alcolico, hanno una maggior possibilità di sviluppare epatite alcolica rispetto agli uomini. L'epatite alcolica è una sindrome clinica caratterizzata dalla rapida insorgenza di ittero e/o ascite in un soggetto che abusa di alcol. Possono essere presenti encefalopatia porto-sistemica e febbre. Costituisce la vera urgenza clinica nello spettro delle malattie epatiche alcol-correlate. L'incidenza annuale di questa sindrome non è nota, uno studio retrospettivo danese la stima in un range tra 24 e 46 casi per milione in donne e uomini rispettivamente. Uno studio istologico eseguito su 1604 pazienti alcolisti ha evidenziato una prevalenza dell'epatite alcolica pari al 20%.

Gli esami biochimici evidenziano un innalzamento delle transaminasi variabile da 2 a 6 volte il massimo valore normale, comunque molto inferiore a quello osservato in corso di epatite acuta virale, con rapporto AST/ALT tipicamente  $> 2$ . Nelle forme più severe sono presenti leucocitosi neutrofila, iperbilirubinemia e prolungamento del tempo di protrombina o INR.

In presenza di un aumento della creatinina vi è un elevato rischio di insorgenza di sindrome epato-renale spesso letale.

La biopsia epatica, quando eseguita, evidenzia ballooning degli epatociti che pos-

sono presentare inclusioni ialine (corpi di Mallory), infiltrato neutrofilo e fibrosi perisinusoidale.

Il ruolo della biopsia per questa forma clinica non è attualmente definito e nella pratica la prognosi si basa sugli score clinici. In presenza di ascite deve essere eseguita una paracentesi per escludere la presenza di peritonite batterica spontanea. La diagnosi differenziale dell'epatite alcolica comprende la steatoepatite non-alcolica severa (NASH), l'epatite virale acuta o cronica, l'epatite da farmaci, il morbo di Wilson e l'epatite autoimmune. Va ricordato che l'istologia della NASH è assai simile a quella dell'epatite alcolica ma non si manifesta con rapido sviluppo di ittero ed insufficienza epatica.

#### 4.1 Decorso

La forma severa dell'epatite alcolica si sviluppa in una piccola percentuale di soggetti che abusano di alcol. Molti studi hanno segnalato che la mortalità a 28 giorni dall'esordio è molto elevata, anche con adeguata terapia, ed è stimata nel 30-50%. Vari scores clinici sono utilizzati per valutare la severità della sindrome e per identificare quei soggetti nei quali è indicata la terapia steroidea:

- Maddrey Discriminant Function: è il primo score ideato ed ancora il più utilizzato per valutare la severità della malattia: quello di un valore di DF  $\geq 32$  è indice di malattia severa e consiglia l'utilizzo di corticosteroidi, pazienti con DF  $< 32$  di solito hanno una malattia non severa ed una mortalità a 90 giorni del 20%
- Score di Lille: si basa su dati pre e post-terapia e valuta la risposta clinica intesa come valori di bilirubina a 7 giorni dall'inizio del trattamento con corticosteroidi ed è finalizzato ad individuare quei pazienti nei quali è necessario sospendere la terapia in quanto non efficace
- Model of Endstage Liver Disease (MELD score): un aumento  $>$  di 2 punti nella prima settimana di ospedalizzazione sembra essere in grado di predire la mortalità ospedaliera in questi pazienti.

Esistono comunque altri score prognostici quali il GASH (Glasgow ASHscore) e l'ABIC score (età, bilirubina, INR e creatinina) proposti per valutare la prognosi di questi pazienti, questi modelli necessitano tuttavia di una validazione su una casistica più ampia rispetto alla quale sono stati proposti.

#### 5. Fattori di rischio per la progressione dell'epatopatia

Vi è una chiara relazione fra l'entità di consumo alcolico ed il rischio di sviluppare epatopatia. Il 60% degli individui che consumano più di 60 gr di alcol al giorno evidenzia steatosi epatica ed il rischio di sviluppare cirrosi epatica è più elevato in chi consuma 120 gr /die ma in alcuni individui, anche un consumo alcolico più contenuto, ma superiore a 40 gr/die, può causare aumento del rischio di steatoepatite e fibrosi.

Comunque meno della metà dei soggetti con steatosi che continua ad assumere alcol svilupperà fibrosi e solo il 10-20% evolverà a cirrosi epatica. Tuttavia una volta sviluppata steatoepatite il rischio di cirrosi è maggiore rispetto alla semplice steatosi

È ancora dibattuto se vi sia un rischio differente per diverse tipologie di alcolici o per le diverse modalità di assunzione degli stessi: consumo cronico o binge drinking; è certo invece che l'assunzione degli alcolici lontano dai pasti aumenta il rischio di sviluppare epatopatia. L'obesità aumenta il rischio di sviluppo di cirrosi nei forti bevitori così come il fumo di sigaretta.

Esistono differenze razziali e di sesso. La razza ispanica sembra essere la più suscettibile al danno da alcol mentre è risaputo che le donne sono più suscettibili al danno da alcol rispetto agli uomini. Nei soggetti con epatite C il consumo di più di 40 gr/die di alcol aumenta di 4 volte il rischio di sviluppare fibrosi significativa.

Studi su gemelli monozigoti e dizigoti hanno evidenziato l'importanza dei fattori genetici nello sviluppo dell'epatopatia alcolica. I geni potenzialmente implicati sono quelli che regolano il metabolismo dell'alcol, la fibrogenesi e, a diversi livelli, la risposta infiammatoria.

### 6. Diagnosi

Una volta che si siano escluse altre cause di danno epatico, in pazienti con elevato consumo alcolico, la diagnosi di epatopatia alcolica può basarsi solo su criteri clinici e di laboratorio. Tuttavia la diagnosi di epatopatia alcolica è sempre una sfida clinica in quanto non vi sono singoli elementi di laboratorio o di immagine che possano confermarla. Inoltre i pazienti possono essere del tutto asintomatici e vi può essere la concomitanza di altri fattori di danno epatico. L'epatopatia alcolica dovrebbe essere sospettata in tutti i pazienti con storia di consumo alcolico superiore ai 30 gr al dì in presenza di anomalie biochimiche o cliniche indicative di epatopatia.

#### 6.1 Anamnesi

Rappresenta un momento molto importante nella gestione del paziente con epatopatia alcolica. La tipologia degli argomenti trattati necessita di una estrema attenzione da parte del medico che deve instaurare un rapporto empatico con il paziente, infatti un rapporto medico-paziente improntato alla fiducia reciproca rappresenta una condizione imprescindibile per il successo. L'indagine anamnestica è finalizzata a valutare: tipologia del consumo alcolico (modalità, quantità, frequenza), modalità di approccio al consumo alcolico (voluttuario, sociale, dipendenza), momento del consumo alcolico (in compagnia, da solo, ai pasti) presenza di altre eventuali cause concomitanti di danno epatico (esposizione professionale a tossici, fattori di rischio per malattie virali, farmaci, concomitante assunzione di altre sostanze). Esistono alcuni questionari, di facile e rapida compilazione, che possono essere utilizzati per identificare i pazienti a rischio di abuso alcolico.

## 6.2 Esame obiettivo

È necessaria un'attenta valutazione fisica del paziente per ricercare la presenza di segni clinici di epatopatia. L'obiettività dei pazienti con epatopatia alcolica è estremamente variabile in relazione allo stadio della malattia: può risultare sostanzialmente normale o evidenziare solo una lieve epatomegalia di consistenza molle nelle forme iniziali di steatosi. Negli stadi più avanzati potranno essere rilevati i segni di malattia epatica avanzata: epatomegalia di consistenza aumentata, splenomegalia, reticolo venoso sulla parete addominale, presenza di ascite ed edemi periferici, ittero franco o subittero, spider nevi, eritema palmare, retrazione dell'aponeurosi palmare (segno di Dupuytren), flapping tremor, ipotrofia muscolare. Dato che il danno da alcol è multiorgano si dovranno ricercare anche segni di interessamento del sistema nervoso centrale (disturbo di concentrazione e memoria) e periferico (iporefflessia, parestesie, disturbo di marcia e postura), apparato cardiovascolare (tachicardia, scompenso), apparato sessuale (atrofia testicolare), ginecomastia, ipertrofia bilaterale delle paratiroidi.

## 6.3 Esami di laboratorio

Mentre non esiste un singolo esame di laboratorio che sia indicativo di epatopatia alcolica, sono state individuate anomalie di laboratorio comuni a chi abusa di etanolo ed anche alcuni marcatori biologici altamente suggestivi od indicativi di abuso alcolico e di danno epatico. Nel sospetto di epatopatia da alcol sarà necessario eseguire accertamenti finalizzati da un lato a confermare l'eziologia dall'altro a valutare l'entità del danno epatico. Per una valutazione basale è necessario eseguire: emocromo, transaminasi, gamma-gltamil transpeptidasi ( $\gamma$ GT), fosfatasi alcalina, bilirubina, elettroforesi proteica, tipizzazione delle gammaglobuline, acido urico, assetto lipidico, test di coagulazione, nonché tutti gli accertamenti necessari ad escludere la presenza di altre possibili eziologie (virali, tossiche, genetico/metaboliche, autoimmuni).

L'alterazione ematologica di più frequente riscontro in corso di epatopatia alcolica è la macrocitosi delle emazie, non necessariamente associata ad anemia. L'alcol infatti inibisce l'assorbimento di vitamina B12 e folati, inoltre l'acetaldeide esercita effetto tossico diretto sia sul midollo osseo che sulle membrane eritrocitarie. Pertanto un aumento del volume globulare eritrocitario è considerato indice di consumo alcolico con una specificità del 90% ma con una bassa sensibilità (40-50%).

L'aumento delle transaminasi Asparato-amimotransferasi (AST) e Alanino-amino-transferasi (ALT) è espressione di una citolisi epatica, pertanto di danno epatocitario più che di consumo alcolico. Nelle epatopatie di origine non alcolica il rapporto AST/ALT è inferiore ad 1 mentre un rapporto superiore a 2 è indicativo di epatite alcolica. Le transaminasi non possono comunque essere utilizzate quali markers di abuso alcolico considerata la scarsa specificità e sensibilità.

La  $\gamma$ GT è un enzima glicoproteico, da tempo utilizzato come indice di assunzione eccessiva di alcol, la sua attività sierica, in assenza di una concomitante epatopatia, tor-

na nell'intervallo di normalità dopo circa 5-6 settimane di astinenza. Tuttavia aumento delle  $\gamma$ GT si osserva in presenza di diabete mellito, obesità, età avanzata, assunzione di farmaci (tipico il caso della carbamazepina), malattie delle vie biliari ed epatopatie di diversa eziologia, pertanto l'utilizzo isolato di questo enzima ha bassa sensibilità e specificità.

La transferrina desialata (CDT) è un marker di più recente introduzione.

La transferrina è una proteina di sintesi epatica deputata al trasporto del ferro.

Individui con elevato consumo alcolico recente, spesso, mostrano un incremento della CDT corrispondente a molecole di transferrina che hanno perso una (disialotransferrina) o entrambe (asialotransferrina) le catene oligosaccaridi a causa dell'azione antitransferasica dei metaboliti dell'etanolo e dell'acetaldeide. I livelli ematici della CDT aumentano dopo alcuni giorni di consumo alcolico superiore ai 60 gr/die e si normalizzano dopo 15-20 giorni di astinenza. Per l'individuazione di abuso e di danno cronico da alcol non ci si può basare pertanto su di un singolo parametro: l'associazione di CDT,  $\gamma$ GT, MCV permette di raggiungere una sensibilità dell'88% ed una specificità del 95%.

L'elettroforesi proteica, normale nelle fasi iniziali della malattia, una volta sviluppata la cirrosi epatica evidenzierà ipoalbuminemia e la cosiddetta "fusione beta-gamma" tipica della cirrosi alcolica e dovuta all'aumento delle IgA che hanno una migrazione elettroforetica intermedia. Altre alterazioni biochimiche di assai comune riscontro sono: ipertrigliceridemia, iperuricemia, iperlattacidemia, ipoglicemia.

#### 6.4 Tecniche d'immagine

Attualmente le tecniche d'immagine più utilizzate per lo studio del fegato sono: l'ecografia, la Tomografia Assiale Computerizzata e la Risonanza Magnetica. Queste tecniche sono senz'altro utili per valutare la presenza e l'entità dell'epatopatia ma non per valutare la presenza di consumo alcolico e l'eziologia dell'epatopatia del paziente ma permettono di escludere cause di alterazione degli enzimi epatici quali malattie infiltrative, malattie ostruttive delle vie biliari e tumori epatici.

L'ecografia è una tecnica non invasiva routinariamente utilizzata per una valutazione iniziale del fegato. Una struttura epatica addensata ed iperecogena (bright liver) è espressione di accumulo di grasso nel fegato; la sensibilità e la specificità di un pattern iperecogeno sono rispettivamente del 91 e 93%. Se la steatosi interessa meno del 30% degli epatociti la sensibilità si riduce approssimativamente al solo 64%.

La TAC senza mezzo di contrasto e la Risonanza Magnetica sono, rispetto all'ecografia, più sensibili nell'individuare steatosi epatica ma non aggiungono di fatto più informazioni, pertanto considerato il costo elevato non sono di fatto utilizzate nella pratica clinica.

## 6.5 Diagnosi istologica

Nella maggior parte dei casi la biopsia epatica non è necessaria per porre diagnosi di epatopatia alcolica. Infatti la presenza di segni clinici con innalzamento cronico degli enzimi specifici, associati ad una storia di cronica assunzione di alcol hanno una specificità del 91% ed una sensibilità del 97% rispetto alla biopsia. Comunque una biopsia epatica può essere indicata in quei pazienti che presentano un quadro clinico atipico o nei quali vi sia il sospetto di più di una causa di danno epatico. Si stima infatti che in circa il 20% dei pazienti con epatopatia alcolica coesista almeno un'altra causa di danno epatico inoltre la biopsia epatica riveste ancora un ruolo importante per quantificare la severità della malattia e l'entità della fibrosi epatica.

Ancora oggi la biopsia epatica è il "gold standard" per valutare la severità della steatosi, l'entità della fibrosi ed è l'unica indagine in grado di differenziare con certezza la steatosi dalla steatoepatite.

Lo spettro istologico dell'epatopatia alcolica è costituito da quattro lesioni elementari:

- Steatosi epatica macrovescicolare, gli accumuli lipidici possono occupare l'intero citoplasma e dislocare il nucleo alla periferia
- Danno epatocitario definito "ballooning" talvolta associato a presenza di corpi di Mallory, questi ultimi possono essere presenti anche in corso di epatopatie di altra eziologia (morbo di Wilson, tossicità da amiodarone, cirrosi biliare primitiva, deficit di  $\alpha 1$  antitripsina)
- Infiltrato infiammatorio localizzato nel lobulo e costituito da macrofagi, linfociti e monociti
- Fibrosi di entità variabile da iniziale fibrosi perivenulare sino a quadri di cirrosi micro nodulare.

La biopsia è comunque una metodica invasiva pertanto il paziente può essere esposto al rischio, seppur remoto, di complicanze e in certi casi può sottostimare l'entità della fibrosi.

## 7. Terapia

Le indicazioni terapeutiche di seguito riportate si basano sulle indicazioni della European Association for the Study of Liver (EASL).

### 7.1 Astinenza

L'astinenza dall'alcol è fondamentale ed imprescindibile per prevenire la progressione del danno epatico verso la cirrosi e l'insorgenza di epatocarcinoma. La sospensione del consumo alcolico è benefica in ogni stadio della malattia: la steatosi epatica regredisce completamente, ma anche i pazienti con cirrosi compensata o scompensata ne hanno beneficio clinico.

I pazienti necessitano di supporto psicologico e sociale per mantenere uno stato di astinenza.

### 7.2 Supporto nutrizionale

Negli etilisti è assai frequente uno stato di denutrizione ed è necessaria una attenta valutazione nutrizionale: è consigliabile un apporto calorico giornaliero di 2000-2500 Kcal con contenuto proteico di almeno 1,5 gr/Kg di peso. Considerato il rischio di encefalopatia di Wernike si raccomanda la supplementazione con complesso vitaminico B.

### 7.3 Terapia specifica per forme severe di epatite alcolica

Non esiste attualmente una terapia specifica per pazienti con epatite alcolica severa sebbene prednisolone e pentossifillina (PDX) possano essere di qualche beneficio. È comunque generalmente accettato che tutte le complicanze quali ascite, encefalopatia porto-sistemica, complicanze emorragiche, sindrome epato-renale ed infezioni siano trattate come nelle insufficienze epatiche di altra eziologia.

#### 7.3.1 Corticosteroidi

L'utilità della terapia steroidea (prednisolone 40 mg/die per 28 giorni) in questa malattia è stato a lungo dibattuta.

Una recente meta-analisi della Cochrane evidenzia che l'uso di steroidi riduce significativamente la mortalità nei pazienti con DF > 32 o con encefalopatia epatica.

Tuttavia questa terapia non è scevra da effetti collaterali fra cui lo sviluppo di infezioni batteriche anche severe e aumentato rischio di sanguinamento gastroenterico. È pertanto necessario individuare precocemente i pazienti che non beneficeranno di tale terapia al fine di evitare un'inutile esposizione a possibili complicanze: uno score di Lille > 0.45 dopo sette giorni di terapia è indicativo di scarsa risposta, mentre uno score > 0.56 è indice di non risposta.

#### 7.3.2 Pentossifillina (PTX)

La PTX è un inibitore non selettivo delle fosfodiesterasi che produce un effetto antinfiammatorio in quanto riduce la trascrizione del gene del TNF.

In un trial randomizzato e controllato in pazienti con DF > 32, al dosaggio di 400 mg tre volte al giorno per quattro settimane è stata dimostrata una mortalità del 24% rispetto al 46% del gruppo placebo tuttavia in questo studio non erano stati inclusi pazienti in terapia steroidea. Sembra la minor mortalità sia da ascrivere ad una minor insorgenza di sindrome epato-renale. Tuttavia un'analisi limitata a quei pazienti con DF > 32 non ha evidenziato una significativa differenza di sopravvivenza fra pazienti trattati con PTX o placebo. Uno studio più recente, effettuato su 270 pazienti con epatite alcolica severa non ha evidenziato una miglior efficacia della combinazione prednisolone più PTX rispetto alla terapia con solo corticosteroidi.

### 7.3.3 Agenti anti TNF

Uno studio pilota randomizzato in pazienti con epatite alcolica severa ha dimostrato che una singola dose di infliximab associata a corticosteroidi è stata ben tollerata ed ha permesso un significativo miglioramento dello score di Maddery alla quarta settimana di terapia. Tuttavia l'efficacia dell'infliximab non è stata confermata da due studi successivi, randomizzati e controllati, che hanno valutato la somministrazione ripetuta di infliximab in pazienti con epatite alcolica. La somministrazione ripetuta sembra associata ad una maggior incidenza di infezioni spesso letali e forse ad un'inibizione della rigenerazione epatica.

### 7.3.4 N-Acetilcisteina

Questo composto è dotato di attività anti-ossidante ed è in grado di ricostituire le riserve di glutatione dell'epatocita. La sua somministrazione non è in grado di migliorare la sopravvivenza. Tuttavia uno studio randomizzato e controllato di associazione N-acetilcisteina e corticosteroidi ha evidenziato una miglior sopravvivenza ad 1 mese rispetto alla terapia con soli corticosteroidi. In particolare la percentuale di sindrome epato-renale ed infezioni severe è risultata inferiore nel gruppo trattato con terapia di associazione anche se la sopravvivenza a 6 mesi è risultata sovrapponibile.

## 8. Nutrizione enterale

La malnutrizione dovuta all'insufficiente introito calorico ed un aumentato catabolismo è assai frequente negli alcolisti. Tuttavia non è stata dimostrata una miglior prognosi nei pazienti trattati con nutrizione parenterale rispetto a quelli in terapia steroidea.

## 9. Trapianto epatico

Rappresenta l'ultima opzione terapeutica per i pazienti con insufficienza epatica terminale. Nel periodo 1988-2010 in Europa sono stati eseguiti 16283 trapianti per cirrosi alcolica (pari al 33% del totale) e 2205 (4%) trapianti per cirrosi epatica ad eziologia mista (alcol più virus). I criteri di immissione in lista di trapianto epatico sono uguali a quelli per i pazienti con cirrosi di altre eziologie con la differenza che per le forme alcoliche è richiesta la documentata astinenza da almeno 6 mesi. L'epatite alcolica non è attualmente considerata indicazione a trapianto epatico d'urgenza.



## Bibliografia

- Akriviadis E, Botla R, Briggs W., *Pentoxifylline improves short-term survival in severe acute alcoholic hepatitis: a placebo-controlled trial*, Gastroenterology, 2000, 119:1637
- Altamirano J., Bataller R., *Alcoholic liver disease: pathogenesis and new targets for therapy*, Nat Rev Gastroenterol Hepatol, 2011, 8: 491-501
- Baraona E., Leber C.S., *Alcohol and lipids*, In Galanter M., Editor, *The consequences of alcoholism*, New York, Plenum Press, 1998, p. 97-134
- Becker U., Deis A., Sorensen T.I., Gronbaek M., Borch-Johnsen K., Muller C.F., et al., *Prediction of risk of liver disease by alcohol intake, sex, and age: a prospective population study*, Hepatology, 1996, 23:1025–1029
- Bellentani S., Saccoccio G., Costa G., Tiribelli C., Manenti F., Sodde M., et al., *Drinking habits as cofactors of risk for alcohol induced liver damage*, The Dionysos Study Group. Gut, 1997, 41:845–850
- Cabre E., Gonzalez-Huix F., Abdad-Lacruz A., *Effects of total enteral nutrition on the short-term outcome of severely malnourished cirrhotics: a randomized controlled trial*, Gastroenterology, 1990, 98:715–720
- CS Lieber Cytochrome P4502E1: its physiological and pathological role. Physiol Rev, 1997, 77: 517-544
- Deleuran T., Grønbaek H., Vilstrup H., Jepsen P., *Cirrhosis and mortality risks of biopsy-verified alcoholic pure steatosis and steatohepatitis: a nationwide registry-based study*, Aliment Pharmacol Ther, 2012, 35: 1336-1342
- 104 Hock B., Schwarz M., Domke I., Grunert V.P., Wuertemberg M., Schiemann U., Horster S., Limmer C., Stecker G., Soyka M., *Validity of carbohydrate-deficient transferrin (%CDT), gamma-glutamyltransferase (gamma-GT) and mean corpuscular erythrocyte volume (MCV) as biomarkers for chronic alcohol abuse: a study in patients with alcohol dependence and liver disorders of non-alcoholic and alcoholic origin*, Addiction, 2005, 100: 1477-1486
- Levin D.M., Baker A.L., Riddell R.H., Rochman H., Boyer J.L., *Nonalcoholic liver disease. Overlooked causes of liver injury in patients with heavy alcohol consumption*, Am J Med, 1979, 66: 429-434
- Louvet A., Naveau S., Abdelnour M., *The Lille model: a new tool for therapeutic strategy in patients with severe alcoholic hepatitis treated with steroids*, Hepatology, 2007, 45: 1348-1354
- Lu X.L., Luo J.Y., Tao M., Gen Y., Zhao P., Zhao H.L., et al., *Risk factors for alcoholic liver disease in China*, World J Gastroenterol, 2004, 10:2423–2426
- Maddrey W.C., Boitnott J.K., Bedine M.S., *Corticosteroid therapy of alcoholic hepatitis*, Gastroenterology, 1978, 75: 193-199
- Management of Alcoholic Liver Disease*, J Hepatol, 2012, 57: 399-420
- Mathurin P., Louvet A., Dao T., Nahon P., Diaz E., Carbonell N. et al., *Addition of pentoxifylline to prednisolone for severe alcoholic hepatitis does not improve 6-month survival: results of the Corpentox trial*, Hepatology, 2011, 54:391A
- Moreno M., Bataller R., *Cytokines and renin-angiotensin system signaling in hepatic fibrosis*, Clin Liver Dis, 2008, 12: 825-852

- Nakajima T., Kamjio Y., Tanaka N., *Perioxosome proliferator-activated receptor Alpha protects against alcohol-induced liver damage*, Hepatology 2004; 40: 972-980
- Naveau S., Chollet-Martin S., Dharancy S., *A double blind randomized controlled trial of infliximab associated with prednisolone in acute alcoholic hepatitis*, Hepatology, 2004, 39:1390–1397
- Naveau S., Giraud V., Borotto E., *Excess weight risk factor for alcoholic liver disease*, Hepatology, 1997, 25:108-111
- Nguyen-Khac E., Thevenot T., Piquet M.A., Benferhat S., *Glucocorticoids plus N-acetylcysteine in severe alcoholic hepatitis*, NEngl J Med, 2011, 365:1781–1789
- Palamentieri B., De Sio I., La Mura V., *The role of bright liver echo pattern on ultrasound B-mode examination in the diagnosis of liver steatosis*, Dig Liver Dis, 2006, 38: 485-489
- Pessione F., Degos F., Marcellin P., Duchatelle V., Njapoum C., Martinot-Peignoux M. et al., *Effect of alcohol consumption on serum hepatitis C virus RNA and histological lesions in chronic hepatitis C*, Hepatology, 1998, 27:1717–1722
- Rambaldi A., Saconato H.H., Christensen E., Thordlund K., Wetterslev J., Gluu C., *Systematic review: glucocorticosteroids for alcoholic hepatitis – a Cochrane Hepato-Biliary Group systematic review with meta-analyses and trial sequential analyses of randomized clinical trials*, Aliment Pharmacol Ther, 2008, 27:1167–1178
- Reed T., Page W.F., Viken R.J., Christian J.C., *Genetic predisposition to organspecific end points of alcoholism*, Alcohol Clin Exp Res, 1996, 20:1528–1533
- Sandahal T.D., Jepsen P., Thomsen K.L., *Incidence and mortality of alcoholic hepatitis in Denmark 1998-2008: a nationwide population based cohort study*, J Hepatol, 2011, 54: 372-384
- Seitz H.K., Stickel F., *Risk factors and mechanisms of hepatocarcinogenesis with special emphasis on alcohol and oxidative stress*, Biol Chem, 2006, 387: 349-360
- Serfaty L., Chazouilleres O., Poujol-Robert A., Morand-Joubert L., Dubois C., Chretien Y. et al., *Risk factors for cirrhosis in patients with chronic hepatitis C virus infection: results of a case-control study*, Hepatology, 1997, 26:776–779
- Spahr L., Rubbia-Brandt L., Frossard J.L., *Combination of steroids with infliximab or placebo in severe alcoholic hepatitis: a randomized pilot study*, J Hepatol 2002, 37:448–455
- Srikureja W., Kyulo N.L., Runyon B.A., *MELD is a better prognostic model than Child-Turcotte-Pugh score or discriminant function score in patients with alcoholic hepatitis*, J Hepatol, 2005, 42: 700-706
- Teli M.R., Day C.P., Burt A.D., Bennett M.K., James O.F., *Determinants of progression to cirrhosis or fibrosis in pure alcoholic fatty liver*, Lancet, 1995, 346: 987-990 rev.diag
- Thurman R.G., *Alcoholic liver injury involves activation of Kupffer cells by endotoxins*, Am J Physiol, 1998, 275: 605-611
- Van Ness M.M., Diehl A.M. *Is liver biopsy useful in the evaluation of patients with chronically elevated liver enzymes?* Ann Int Med 1989; 111: 473-478

## 2. Patologia oncologica: scenario attuale.

Studi epidemiologico-clinici, meccanismi d'azione, vulnerabilità, ipotesi di ricerca

**Alfredo Berruti, Mélanie Claps**

### 1. Scenario attuale

L'ultima stima fornita dall'AIRTUM ha previsto che nel nostro paese saranno diagnosticati poco meno di 400.000 nuovi casi di tumore maligno all'anno. È noto ormai da diversi decenni che una quota non trascurabile di queste neoplasie è potenzialmente prevenibile attraverso la correzione di stili di vita errati, tra i quali il consumo di alcolici. La figura 1 mostra il rischio (espresso in percentuale nell'asse verticale) di sviluppare una specifica neoplasia (asse orizzontale) in presenza di un determinato fattore di rischio (identificato da un differente colore).

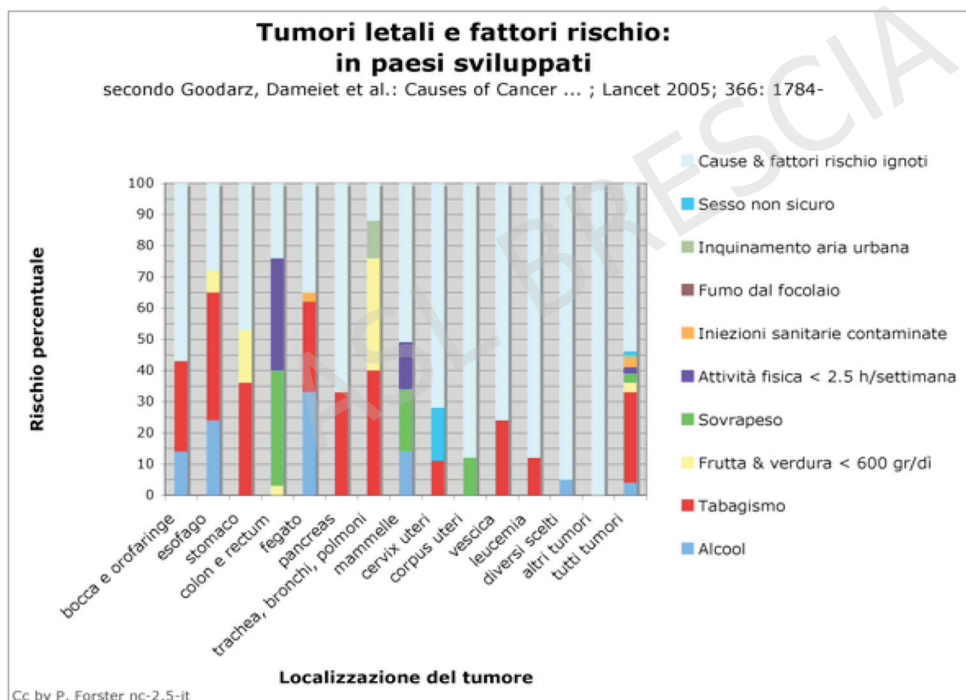


Fig.1 – Tumori letali e fattori rischio

Al consumo di alcol viene attribuito circa il 3% dei tumori diagnosticati nel 2012 negli Stati Uniti e il 4% di quelli diagnosticati nel Regno Unito. Nel nostro paese si stima che dei decessi per cancro verificatisi nel 2008, il 4,4% delle morti negli uomini e il 2,5% nelle donne (pari a rispettivamente 4.119 e 1.750 decessi) potessero essere prevenute in quanto direttamente riconducibili al consumo di alcolici. Si noti che si sta parlando di

“consumo abituale di alcol” e non di “abuso”. Infatti, è stato ampiamente dimostrato che ad un maggiore introito giornaliero di alcol corrisponde un altrettanto maggiore rischio di sviluppare un tumore maligno. L'Organizzazione Mondiale di Sanità (WHO) descrive come rischioso un consumo giornaliero medio di oltre 20 grammi di alcol puro per le donne (l'equivalente di circa 2 bicchieri di vino comune con gradazione 12% vol) e di oltre 40 grammi per gli uomini (pari a circa 4 bicchieri). Tuttavia, è importante sottolineare che non esistono dati conclusivi circa l'esistenza di un valore soglia, cioè una dose di alcolici al di sotto della quale non vi sia un rischio di sviluppare malattia, anzi, è dimostrato che l'assunzione di 25 grammi di alcol puro al giorno comportano ugualmente un aumento della probabilità di ammalare di cancro. La correlazione causale tra l'assunzione cronica di bevande contenenti etanolo e lo sviluppo di tumore è dimostrata per le neoplasie di cavità orale, faringe, laringe, esofago, stomaco, colon-retto, fegato, ovaio e mammella. Se si considera che il 78,8% degli uomini e il 52,1% delle donne di età superiore agli 11 anni ha assunto almeno una volta bevande alcoliche e che circa 9 milioni di italiani rientrano nella categoria di “consumatori a rischio” definita dalla WHO, risulta subito chiara l'entità del problema “alcol e cancro”.

## 2. Studi epidemiologico-clinici

I dati conclusivi che dimostrano la relazione causale tra alcol e tumori derivano da studi epidemiologici caso-controllo (studi di confronto tra due popolazioni, l'una esposta al fattore di rischio “bevanda alcolica”, l'altra rappresentativa della popolazione generale), studi di coorte (analisi dell'incidenza di neoplasie e la conseguente mortalità in gruppi di soggetti consumatori di alcol) e studi prospettici (esame nel tempo degli eventi che si osservano all'interno di una certa popolazione di partenza).

Nel 2001 Bagnardi e collaboratori hanno pubblicato una estesa meta-analisi che ha confermato l'esistenza di una forte associazione tra consumo di alcol e neoplasia dell'esofago, una associazione meno forte per i tumori di stomaco, colonretto e fegato e debole per i tumori di prostata e polmone. Analogamente, al simposio su “Meccanismi dei tumori alcol-correlati”, tenutosi a Bethesda nel 2004, è stata presentata una revisione dei dati disponibili che avvalorava la tesi di una alcol-dipendenza di una quota non irrilevante di neoplasie. Maggiormente colpiti appaiono i tratti aereo-digestivo superiori, a livello dei quali si riscontrano soprattutto carcinomi squamosi, la mammella nella donna, il fegato, il pancreas ed il colon-retto. Gli Autori concordano circa l'esistenza di una relazione lineare tra quantitativo di etanolo ingerito e probabilità di sviluppare un cancro nel corso della vita: maggiore l'introito, maggiore il rischio. Ad esempio, una donna che incrementa il consumo di 10 grammi di alcol puro, è esposta ad un 10% di rischio in più di sviluppare un carcinoma mammario. Inoltre, è da tempo noto il sinergismo tra fumo di sigaretta e assunzione di alcolici: soggetti esposti ad entrambi i fattori di rischio, si ammalano di cancro con una probabilità che è maggiore della somma della probabilità determinate dal singolo fattore. Uno studio caso-controllo canadese ha investigato la relazione tra l'assunzione di diversi tipi di bevande alcoliche nel corso della vita e l'insor-

genza di tumori maligni a carico di 13 organi specifici, confermando il nesso causale tra alcol contenuto in qualsiasi tipo di bevanda (vino, birra, liquori) e tumori, anche dopo aggiustamento dei risultati per i possibili fattori confondenti quali l'estrazione sociale e il livello di educazione, il fumo di sigaretta e la dieta povera di frutta e verdura. In particolare, diversamente dalla meta-analisi del 2001, lo studio canadese evidenzia una forte associazione tra alcol e tumori maligni del fegato. Inoltre, gli investigatori hanno notato un incremento del rischio di ammalare di tumore di retto, pancreas e vescica proporzionale all'incremento di etanolo introdotto, nonché una incidenza nettamente maggiore di tumori a carico di tutti gli organi nel gruppo di soggetti che aveva assunto più di 180 bevande/anno nel corso della vita. In Finlandia, un gruppo di ricercatori ha raccolto per 20 anni i dati inerenti alle abitudini di vita e allo stato di salute di un gruppo di 2627 uomini per valutare, ancora una volta, quanto il consumo di bevande alcoliche incidesse sullo sviluppo di neoplasie. Dal confronto tra il sottogruppo di soggetti che assumevano meno di 1,3 grammi di alcol alla settimana e coloro che consumavano più di 115,3 grammi, dopo correzione per i principali fattori confondenti (età, storia familiare di tumore, fumo di sigaretta, indice di massa corporea, stato socio-economico, allenamento cardiovascolare, introito calorico e consumo di verdura), è risultato che questo secondo sottogruppo di uomini avesse un 42% di probabilità in più di ammalare di cancro. Inoltre, rispetto ad altre pubblicazioni sull'argomento, questo studio non ha indagato quali organi fossero maggiormente colpiti da tumore, ma ha voluto evidenziare come l'introito di elevati volumi di qualsiasi bevanda alcolica comporti un incremento generalizzato dell'incidenza di tumori maligni. Infine, degna di nota, è la dimostrazione di un aumento del rischio di tumore di circa il 22% già a partire da un introito settimanale di alcol di 28,2 grammi.

### 3. Meccanismo di azione

Nonostante i dati presenti in letteratura non lascino dubbi circa l'azione causale del consumo di alcol nell'insorgenza di tumori, è ancora in parte incerto il meccanismo specifico attraverso cui ciò si verifica. Quello che traspare dai diversi studi sperimentali è una molteplicità di meccanismi, alcuni diretti altri indiretti, cui si associa, per ciascuno organo, una peculiare suscettibilità ad una o più di tali azioni. La tabella 1 riassume i possibili meccanismi di azione cancerogena delle bevande alcoliche e gli organi bersaglio.

#### 3.1 Metaboliti cancerogeni

L'alcol introdotto con la dieta viene metabolizzato ad opera dell'enzima alcol deidrogenasi (ADH) ad acetaldeide, che, a sua volta, viene degradata dall'enzima aldeide deidrogenasi (ALDH). Numerosi sono gli studi che hanno dimostrato essere proprio l'acetaldeide l'agente tossico e cancerogeno. Questo composto, infatti, lega direttamente e in maniera stabile il DNA cellulare, portando alla formazione di addotti. Questi ultimi vanno ad interferire con la normale replicazione cellulare e favoriscono l'insorgenza di mutazioni a carico di geni chiave nel controllo della normale attività della cellula (geni

Meccanismo di azione	Organi bersaglio (ad ora accertati)
Metaboliti cancerogeni	- Tratto aerodigestivo superiore - Esofago - Fegato
Deficit nutrizionali e deplezione di intermedi del metabolismo cellulare	- Tratto aerodigestivo superiore - Fegato - Colon-retto - Mammella
Induzione enzimatica, stress ossidativo e accumulo di ferro	- Fegato - Colon-retto
Trasduzione del segnale intracellulare ed espressione genica	- Mammella - Fegato
Immunosoppressione	- Tratto aerodigestivo superiore - Fegato
Azione diretta e solvente	- Tratto aerodigestivo superiore - Esofago - Colon

**Tabella 1 - Possibili meccanismi d'azione dell'alcol come cancerogeno**

oncosoppressori), innescandone, di conseguenza, la trasformazione maligna. Il metabolismo dell'etanolo ad acetaldeide avviene ad opera dell'ADH della mucosa del cavo orale e delle ghiandole salivari. Il composto, così, si accumula nella saliva aggredendo la mucosa della bocca e, inghiottendo, raggiunge esofago e stomaco dove, pure, esercita il suo effetto cancerogeno. A livello intestinale, l'acetaldeide può essere prodotta sia dall'ADH della mucosa che ad opera della flora batterica residente. Poiché il catabolismo dell'acetaldeide operato dall'ALDH necessita di più tempo di quanto ne occorra all'ADH a metabolizzare l'etanolo, ne risulta che tutti i distretti corporei elencati sono soggetti ad una lunga esposizione all'acetaldeide dopo l'assunzione di alcol.

### 3.2 Deficit nutrizionali e deplezione di intermedi del metabolismo cellulare

Il consumo cronico di alcol può causare importanti deficit nutrizionali, in particolare comporta una riduzione dell'assunzione e della biodisponibilità di sostanze antiossidanti, quali folati e vitamina A, che hanno un ruolo di inibizione e difesa nei confronti delle neoplasie. In particolare, l'alcol impedisce l'assorbimento intestinale di folati e ne aumenta l'eliminazione urinaria. Il deficit di folati, già da solo, è fattore di rischio per l'insorgenza di neoplasie di colon-retto, polmone, mammella e utero. Quando associato al consumo di alcol, l'effetto complessivo di promozione della carcinogenesi sarà il risultato della sinergia dei due fattori di rischio. Inoltre, sia il consumo occasionale che una assunzione cronica di bevande contenenti etanolo, inibisce l'attività della metionina sintasi, un enzima indispensabile per la conversione di omocisteina in metionina; dall'inibizione di questo enzima deriva un accumulo di omocisteina e una ridotta produzione di S-adeno-

silmetionina (SAmE). Studi hanno dimostrato che a livello epatico la riduzione dei livelli di SAmE facilita la rottura dell'elica di DNA e induce una ipometilazione del fattore di crescita cellulare c-myc. Quando ipometilato, c-myc risulta attivo, dando inizio alla replicazione incontrollata di una cellula il cui DNA, più fragile, può aver accumulato più facilmente mutazioni favorevoli alla trasformazione maligna. L'etanolo, inoltre, rallenta il metabolismo del retinolo (Vitamina A), riducendo, così, la sintesi di acido retinoico, elemento indispensabile per il controllo della proliferazione e differenziazione cellulare e per l'attivazione, in caso di necessità, del processo di morte cellulare programmata (apoptosi). La carenza di acido retinoico favorisce, anch'essa, la carcinogenesi.

### 3.3 - Induzione enzimatica, stress ossidativo e accumulo di ferro

Il consumo cronico di alcol induce il citocromo P450 2E1 (CYP2E1) presente sia a livello epatico che della mucosa gastrointestinale. L'induzione dell'enzima, responsabile del metabolismo di numerose sostanze, ne accelera l'attività e facilita la conversione di procancerogeni a sostanze cancerogene. Inoltre, il CYP2E1 produce specie reattive dell'ossigeno (ROS), che reagiscono con il DNA e lo danneggiano, promuovendo la trasformazione maligna delle cellule. A livello epatico, in presenza di introiti cronici di etanolo, si verifica il deposito di ferro negli epatociti e nelle cellule di Kupffer (macrofagi epatici). Il ferro accumulato nelle cellule epatiche reagisce facilmente con i ROS e genera radicali ancora più reattivi. Questi reagiscono a loro volta con le catene lipidiche e formano aldeidi tossiche quali l'acroleina e il 4-idrossinonenale (4-HNE). Il 4-HNE causa mutazioni inattivanti a carico del gene oncosoppressore p53, importante controllore del ciclo cellulare, favorendo così direttamente lo sviluppo del carcinoma epatocellulare. Inoltre, il ferro che si accumula nelle cellule di Kupffer, sempre attraverso la sintesi di specie reattive, attiva il fattore nucleare kappa B (NF- $\kappa$ B) che stimola la produzione di citochine proinfiammatorie, attivando un circolo vizioso di infiammazione tissutale cronica dalla quale può derivare la trasformazione maligna delle cellule.

### 3.4 Interazione con la replicazione cellulare, la produzione ormonale e l'attività genica

L'etanolo induce un aumento dell'espressione e dell'attivazione delle proteine regolatorie G, proteine citoplasmatiche responsabili del controllo della trasduzione al nucleo dei segnali extra-cellulari. Quando stimolate, queste proteine attivano una cascata proteica (ERK-MAPK: chinasi regolata dal segnale extracellulare - protein-kinasi mitogeno-attivata) che si traduce in uno stimolo replicativo per la cellula, passo fondamentale per andare incontro a trasformazione maligna. Inoltre, è stato dimostrato che l'alcol riduce l'espressione e, quindi, l'attività del gene BRCA1 (carcinoma mammario 1 - Breast CAncer 1), un gene oncosoppressore che codifica per una proteina responsabile della riparazione degli errori a carico della catena del DNA che si verificano durante il processo di replicazione cellulare. La mancata attività di questo gene favorisce l'accumulo nella cellula di mutazioni che, a loro volta, favoriscono lo sviluppo di neoplasie maligne, specialmente a carico di mammella e ovaio. A ciò si aggiunge un incremento alcol-indotto



dell'attività del recettore alfa per gli estrogeni (ER). Ne deriva un'aumentata sensibilità dei tessuti bersaglio all'azione degli ormoni circolanti che stimolano la replicazione cellulare.

### 3.5 Immunosoppressione

Il consumo cronico di alcol altera il funzionamento del sistema immunitario attraverso differenti meccanismi (alterazione dello stato nutrizionale, danno alla funzione epatica, ecc.). Ad esempio, in soggetti bevitori, a livello orale, si registra una notevole riduzione di diverse linee cellulari della immunità innata e cellulo-mediata, danneggiando la capacità locale di sorveglianza immunitaria. È risaputo che una risposta immune deficitaria rappresenta un ambiente propizio allo sviluppo di neoplasie. Pertanto, l'effetto immunosoppressivo del consumo cronico di alcolici non deve essere sottovalutato.

### 3.6 Azione solvente e azione diretta

È stato ipotizzato che l'etanolo svolga un'azione solvente a livello locale che favorisce la penetrazione all'interno dei tessuti degli organi bersaglio di sostanze dotate di attività cancerogena. Ciò sarebbe particolarmente vero per quei distretti che subiscono l'azione topica dell'alcol come il cavo orale, l'esofago, la laringe.

La teoria che l'alcol sia dotato di un'azione cancerogena diretta è supportata dall'evidenza di una maggiore suscettibilità ai tumori proprio di quei distretti che entrano direttamente in contatto con la sostanza. Inoltre, a livello della mucosa intestinale è stata osservata un'aumentata proliferazione cellulare in risposta all'esposizione all'etanolo. Tuttavia, gli studi finora eseguiti non hanno prodotto risultati conclusivi, così che l'azione cancerogena diretta resta ad oggi un'ipotesi verosimile.

## 4. Vulnerabilità

L'assunzione dello stesso quantitativo di etanolo non ha lo stesso effetto su diversi individui e ciò è dovuto a variabilità interpersonali che definiscono, per ciascuno, la vulnerabilità agli effetti collaterali dall'alcol. Il sesso femminile, in virtù della fisiologia dell'organismo, accusa gli effetti collaterali dell'alcol a dosi di gran lunga inferiori rispetto al sesso maschile. Le donne, infatti, hanno un minore volume sanguigno e una maggiore percentuale di grasso corporeo, che si traducono in un minor volume disponibile per la diluizione dell'etanolo e in un accumulo della sostanza nel tessuto adiposo dal quale viene reimmesso in circolo, inducendo nuovamente gli effetti avversi. Peculiare del sesso femminile è anche il rallentato metabolismo dell'alcol dovuto alla minore attività degli enzimi ADH e ALDH. Nella donna, quindi, il danno organico è più grave e consegue a meno anni di esposizione al bere. Anche l'età influenza l'attività dell'ADH, che subisce un rallentamento con l'avanzare degli anni. Individui malnutriti sono più suscettibili agli effetti avversi dell'etanolo, così come i soggetti affetti da diabete mellito, per i quali l'assunzione di modeste quantità di alcol può causare ipoglicemia severa. Inoltre, la vulnerabilità alle bevande alcoliche è geneticamente determinata. Numerosi studi hanno dimostrato che la presenza di alcune varianti (polimorfismi genici) a carico dei geni



codificanti per gli enzimi responsabili del metabolismo dell'alcol, comportano in alcune popolazioni una ridotta tolleranza agli alcolici per incapacità di processare la sostanza, mentre in altri gruppi etnici favoriscono la comparsa di dipendenza per l'incapacità di avvertire gli effetti dell'assunzione. Ad esempio, i soggetti portatori dell'isoforma 2 del gene ALDH, hanno una forma inattiva dell'enzima ALDH, per cui non metallizzano l'acetaldeide, che tende ad accumularsi, incrementando il rischio cancerogeno. Il gene ALDH2 è presente nel 42% della popolazione giapponese, nota per la maggiore suscettibilità agli effetti collaterali dell'etanolo. I soggetti portatori di questo polimorfismo, dopo l'assunzione di modeste quantità di alcolici, manifestano nausea, palpitazione e flushing cutaneo, direttamente riconducibili all'accumulo nel sangue di acetaldeide. In aggiunta a ciò, è stato dimostrato che queste persone vanno più frequentemente incontro allo sviluppo di tumore del cavo orale, dell'esofago, dello stomaco e del colon.

#### 5. Ipotesi di ricerca

La letteratura scientifica è florida di studi epidemiologici centrati sulla dimostrazione che l'alcol sia agente causale di neoplasie maligne, in particolare a carico di alcuni distretti corporei. Le evidenze sono tali che acetaldeide ed etanolo compaiono nell'elenco IARC (International Agency for Research on Cancer) delle sostanze cancerogene per l'uomo. Tuttavia, i dati disponibili non chiariscono alcuni aspetti riguardo ai tumori alcol-correlati che potrebbero divenire spunti per nuove ricerche. In primis, è risaputo che da un lato una moderata assunzione di alcol (quantificabile in 10 grammi circa di alcol al giorno) svolge un'azione protettiva sulle malattie cardiovascolari (infarto miocardico e ictus ischemico), mentre dall'altro lato la medesima quantità di alcol comporta un seppur minimo incremento del rischio di sviluppare una neoplasia. Studi che approfondiscano il rapporto rischio-beneficio derivante dal consumo di modeste quantità di alcol avranno sicuramente un'utilità pratica nell'ambito delle politiche di salute pubblica finalizzate alla prevenzione. Inoltre, come ulteriore spunto di ricerca, resta da comprendere il ruolo del consumo di alcol a diagnosi di tumore avvenuta: cessarne l'assunzione può favorire la risposta alle terapie e migliorare la prognosi? Il consumo attivo, viceversa, può avere un significato prognostico negativo favorendo la progressione e recidiva di malattia? Una risposta a tali domande potrebbe essere fornita da uno studio caso-controllo che preveda l'arruolamento di pazienti affetti da una data neoplasia, sottoposti a medesimo trattamento. I pazienti dovranno essere randomizzati in due gruppi. Di questi, ad uno soltanto deve essere imposta l'astensione dall'alcol, al fine di valutare, ad un intervallo di tempo prefissato, se e quanto l'assunzione di bevande alcoliche abbia influenzato l'outcome dei pazienti.

## Bibliografia

- AAIRTUM e AIOM, *I numeri del cancro 2013*, Brescia, Intermedia Editore, 2013
- Anderson P., *Alcohol and primary health care*, Copenhagen: World Health Organization, 1996 (European series No. 64)
- Bagnardi V. et al, *Alcohol Consumption and the Risk of Cancer. A Meta-Analysis*, Alcohol Research & Health 2001, 25:4:263-70
- Benedetti A. et al., *Lifetime consumption of alcoholic beverages and risk of 13 types of cancer in men: results from a case-control study in Montreal*, Cancer detection and prevention 32 (2009) 352-362
- Boffetta P. et al., *Alcohol and cancer*, Lancet Oncol 2006, 7:149-56
- Bosetti C. et al., *Cancer of the larynx in non-smoking alcohol drinkers and in non-drinking tobacco smokers*, Br J Cancer, 2002, 87: 516-18
- Brooks P.J. et al., *DNA adducts from acetaldehyde: implications for alcohol-related carcinogenesis*, Alcohol 35 (2005) 187-193
- Castellsague X et al., *Independent and joint effects of tobacco smoking and alcohol drinking on the risk of oesophageal cancer in men and women*. Int J Cancer 1999, 82: 657-64
- Corrao G. et al., *Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis*, Addiction 2000, 95: 1505-23
- Crispino S. et al., *Alcol e tumori, Manuale di alcolologia*, Centro Oncologico, Azienda USL 8, Arezzo, pp 191-197
- Druesne-Pecollo N. et al, *Alcohol and genetic polymorphisms: effect on risk of alcohol-related cancer*, Lancet Oncol 2009, 10: 173-80
- Fioretti F. et al, *Risk factors for oral and pharyngeal cancer in never smokers*, Oral Oncol 1999, 35: 375-78
- Goodarz D. et al., *Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors*, The Lancet 2005;366:9499, p1784(10)
- IARC, *Agents Classified by the IARC Monographs*, Volumes 1-111, agg. Ott 2014
- ICAP REPORTS 10 (International Center for Alcohol Policies). *Alcohol and "special populations": biological vulnerability*, 2001
- ISTAT 2009, *Indagine Multiscopo sulle famiglie. Aspetti della vita quotidiana*, Anno di rilevamento 2008
- Jelski W. et al., *Alcohol dehydrogenase (ADH) and aldehyde dehydrogenase (ALDH) in the cancer diseases*, Clinica Chimica Acta 395 (2008) 1-5
- Mason J.B. et al, *Effects of alcohol on folate metabolism: implications for carcinogenesis*, Alcohol 35 (2005) 235-241
- NCI (National Cancer Institute: PDQ®), *Cancer Prevention Overview*, Bethesda, MD: National Cancer Institute.

- NG S.K. et al., *Oral cavity cancer in non-users of tobacco*, J Natl Cancer Inst 1993; 85: 743–45
- Parkin D.M. et al, *The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010*, Br J Cancer, 2011 December 6; 105
- Purohit V. et al, *Mechanisms of alcohol-associated cancers: introduction and summary of the symposium*, Alcohol 2005, 155-160
- Reynolds K et al., *Alcohol consumption and risk of stroke: a meta-analysis*, JAMA 2003; 289: 579–88
- Scafato E. et al., *Alcol e tumori*, Rapporti ISTISAN 12/37, Roma, Istituto Superiore di Sanità
- Scafato E., *Alcol e cancro: evidenze scientifiche, valutazione di impatto e analisi delle possibili iniziative di prevenzione e di comunicazione*, Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2013
- Scafato E. (Ed.), *Alcol e Prevenzione nei contesti di Assistenza Sanitaria Primaria*. Programma di formazione IPIB-PHEPA. Identificazione precoce e intervento breve dell'abuso alcolico in Primary Health Care, Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2008
- Toriola A.T. et al., *The impact of alcohol consumption on the risk of cancer among men: a 20-year follow-up study from Finland*, Eur J of Cancer 46, 2010:1488-1492
- Yu H et al., *Formation of acetaldehyde-derived DNA adducts due to alcohol exposure*, Chemi-

### 3. Sistema Nervoso Centrale e Periferico

**Alessandro Padovani**

#### Introduzione

L'alcolismo è uno dei principali problemi che affliggono la società moderna per i suoi risvolti medici, psicologici e sociali e per la sua larga diffusione.

L'alcol esercita sul sistema nervoso centrale un'azione depressiva. Nelle fasi iniziali di un'intossicazione alcolica, l'apparente effetto stimolante deriva da un'inibizione di strutture sottocorticali profonde che modulano l'attività della corteccia cerebrale. Successivamente per quantitativi maggiori di alcol l'azione depressiva diviene più diffusa.

L'alcol agisce a livello della struttura delle membrane cellulari neuronali con un effetto fluidificante che ne modifica il funzionamento in modo dose-dipendente. L'alcol interferisce quindi con l'attività dei canali ionici, in particolare quelli del cloro e del calcio, dei neurotrasmettitori e dei sistemi recettoriali. In particolare l'effetto sedativo trova riscontro in un incremento dell'attività controllata dall'acido  $\gamma$ -aminobutirrico (GABA). Inoltre l'alcol riduce la trasmissione eccitatoria glutamatergica attraverso il blocco dei recettori N-metil-D-aspartato. In caso di alcolismo cronico si determina un aumento del numero dei canali per il calcio e un'ipersensitività glutamatergica. Queste modificazioni sono responsabili dei quadri sintomatologici della sindrome di astinenza.

L'alcol esercita anche un effetto tossico attraverso la produzione di radicali liberi derivanti dalla sua ossidazione.

Situazioni neurologiche diverse si associano all'abuso di alcol; le complicanze possono scaturire acutamente a seguito di un'intossicazione o di un periodo di sospensione dopo un'assunzione protratta; inoltre, l'alcolismo cronico si associa spesso ad uno stato di malnutrizione responsabile di quadri neurologici diversi che tuttavia possono essere modificati mediante una pronta correzione del deficit vitaminico.

#### 1. Complicanze acute

##### 1.1 Intossicazione alcolica

Gli effetti neurologici dell'alcol sono vari e devono essere correlati con la capacità di tolleranza dell'organismo e con il tasso ematico di alcol. Inoltre il grado di intossicazione è più severo quando i livelli di alcolemia aumentano più rapidamente.

Inizialmente nell'intossicazione acuta compare uno stato di euforia con aumento della loquacità. Capacità intellettive come memoria, attenzione, concentrazione sono ridotte e poi perse. Risultano compromesse anche le capacità d'inibizione e di giudizio. L'alcol determina una compromissione della prestazione motoria; il movimento diventa impreciso e più lento, e la coordinazione motoria diminuisce.

Farmaci ad azione sul sistema nervoso centrale come ipnotici e tranquillanti possono aggravare gli effetti di un'intossicazione acuta da alcol.

Nelle intossicazioni severe l'effetto depressivo determina un grave rallentamento ideomotorio, si osserva uno stato confusionale, ansia, grave atassia, diplopia e disartria. Può comparire depressione respiratoria e cardiovascolare e il quadro può aggravarsi fino al coma.

In relazione a tassi alcolici presenti nel sangue la compromissione neurologica può essere schematicamente suddivisa per severità. Una lieve euforia è presente per valori di 30 mg/ml; incoordinazione lieve a 50 mg/ml; atassia importante a 100 mg/ml; confusione e rallentamento ideomotorio a 200 mg/ml; sopore per valori che raggiungono i 300 mg/ml; come che può arrivare al decesso per valori superiori a 400 mg/ml.

Si deve tener presente che il sistema nervoso è in grado di adeguarsi all'alcol dopo un periodo di esposizione, determinando il fenomeno della tolleranza alcolica. I soggetti abituati a bere sono in grado di assumere grandi quantità di alcol senza significativi segni di compromissione neurologica.

Traumi, in particolare traumi cranici, conseguenti a possibili cadute, spesso frequenti nell'alcolista, possono determinare sequele che complicano il quadro clinico.

L'intossicazione da alcol può avere in alcuni casi un effetto eccitante paradossale, determinando quella che viene indicata come *intossicazione patologica*. Si tratta di una condizione in cui il soggetto manifesta un comportamento estremamente aggressivo e distruttivo.

Un'altra evenienza particolare è la presenza di un "blackout alcolico". Si tratta di episodi di amnesia che il soggetto presenta in corso di intossicazione severa; durante l'episodio il soggetto non presenta particolari alterazioni di coscienza ma non è in grado di registrare gli eventi.

### 1.2 Sindrome da astinenza

Dopo un periodo protratto di abuso alcolico a seguito di un'astensione assoluta o relativa, dall'assunzione di alcol, si possono osservare tremore, allucinazioni, crisi comiziali, agitazione e disturbi vegetativi. Queste manifestazioni si possono presentare singolarmente o in combinazioni variabili, configurando quadri di gravità diversa, di cui il delirium tremens è l'espressione più drammatica.

Il tremore rappresenta il disturbo più comune. Si associa a irritabilità, nausea e vomito. Si osserva solitamente al mattino dopo l'astinenza della notte e può scomparire nel corso della giornata dopo assunzione di alcol. Il disturbo diventa ingravescente nelle giornate seguenti associandosi ad arrossamento del volto, tachicardia, anoressia e insonnia. Il tremore può diventare generalizzato, di intensità variabile, irregolare e frequenza rapida e tale da interferire con il mantenimento della stazione eretta. Il qua-

dro regredisce lentamente nell'arco di alcuni giorni; a distanza di una-due settimane possono essere ancora presenti movimenti a scatto e reazioni di sussulto a minimi stimoli ed irrequietezza.

Disturbi come allucinazioni e illusioni sono presenti in circa un quarto dei pazienti con tremore ed insorgono dopo una-due settimane dall'astinenza. Nell'alcolista le allucinazioni sono prevalentemente visive e uditive ma possono essere presenti anche quelle tattili od olfattive.

Le allucinazioni uditive spesso possono essere tali da configurare un quadro di psicosi alcolica. Il paziente può udire rumori e suoni comuni ma la maggior parte delle volte avverte voci spesso identificate con quelle di familiari o conoscenti. Le voci hanno spesso una natura persecutoria, minacciosa e diffamatoria. Il paziente le percepisce come estremamente vivide e reali e può agire di conseguenza al loro contenuto, es. chiudersi in casa per proteggersi da nemici che vogliono entrare o chiamare i soccorsi.

Il quadro ha una durata variabile, solitamente di molti giorni. Lentamente il paziente comincia a diventare critico nei confronti delle sue allucinazioni e a ricordarne il contenuto indicando che il quadro si sta progressivamente risolvendo.

Lo stato di allucinazione cronica può essere osservato in una piccola percentuale di pazienti, in associazione con pensieri deliranti e pone la questione di una diagnosi differenziale con la schizofrenia.

L'astinenza può essere complicata nelle prime 48 ore dalla comparsa di crisi epilettiche, con incidenza massima tra la 13 e la 24 ora. Si tratta di crisi generalizzate tonico-clonico; la presenza di crisi focali dovrebbe far pensare a possibili lesioni focali conseguenti per esempio a traumi cranici a cui gli alcolisti sono particolarmente esposti. Nella maggior parte dei casi si verificano più crisi in serie e nel 2% dei casi può instaurarsi uno stato di male epilettico. Un terzo dei pazienti che presentano crisi vanno incontro allo sviluppo di un delirium tremens.

Il delirium tremens rappresenta la complicità più severa dell'alcolismo.

A seguito di una brusca sospensione dell'assunzione di alcol dopo un periodo di abuso si può determinare uno stato di ipereccitabilità del sistema nervoso centrale a causa delle alterazioni dei rapporti tra i sistemi neurotrasmettitoriali indotti dall'alcol.

Il paziente presenta un profondo stato confusionale e di agitazione; sono presenti allucinazioni prevalentemente di tipo microzooptico (insetti), deliri e insonnia come pure tremore. Importanti sono i disturbi vegetativi, le pupille sono midriatiche, possono essere presenti sudorazione profusa, tachicardia e un'alterazione del controllo della temperatura corporea con sviluppo di ipertermia. Possono essere inoltre presenti importanti alterazioni del bilancio idrico e degli elettroliti che espongono i pazienti con delirium tremens a rischio di collasso cardiocircolatorio. Il quadro ha nella maggior parte delle volte un'evoluzione benigna, ma

in un 5% dei casi può condurre al decesso. La durata è variabile, nell'80% dei casi il quadro si risolve entro la terza giornata spesso terminando repentinamente così come si è sviluppato.

La somministrazione intravenosa di benzodiazepine, come il diazepam hanno lo scopo di frenare l'iperattività psicomotoria, evitare l'esaurimento dell'organismo ed agire sulle crisi epilettiche. L'attività sedativa indotta migliora la gestione del paziente e consente un adeguato riconoscimento e trattamento delle complicanze correlate al quadro. Nelle forme più severe il paziente dovrebbe essere mantenuto sotto stretto monitoraggio per il rischio di collasso cardiocircolatorio e di ipertermia, e per il controllo dei rischi connessi a possibili traumi.

Importante è il mantenimento del bilancio idrico e il controllo di squilibri elettrolitici; un'eventuale iposodiemia deve essere corretta lentamente per evitare il rischio di una mielinosi pontina centrale. Un'eventuale ipoglicemia deve essere corretta mediante somministrazione di soluzione glucosata a cui deve essere aggiunta la somministrazione di vitamina B1. Questo perché il glucosio rischia di determinare un esaurimento delle scorte di vitamina B1 precipitando l'insorgenza di una sindrome di Wernicke.

### 1.3 Sindrome di Wernicke-Korsakoff

L'*encefalopatia di Wernicke* è una condizione acuta dovuta ad un deficit di tiamina (vitamina B<sub>1</sub>). Il quadro si manifesta comunemente in soggetti alcolisti; tuttavia questa sindrome può emergere anche a seguito di altre situazioni in grado di determinare il deficit vitaminico come interventi chirurgici del tratto gastrointestinale, epatopatie e nefropatie, condizioni neoplastiche, diete sbilanciate e povere di vitamine, malnutrizione, vomito e diarrea protratti.

La tiamina nella sua forma biologicamente attiva, la tiamina pirofosfato, è un importante cofattore di numerosi processi biochimici attivi a livello neuronale.

Tipica all'esordio è la presenza di una triade sintomatologica che comprende:

- *alterazioni dello stato di coscienza e disturbi cognitivi*: il paziente presenta uno stato confusionale acuto; si può osservare apatia, difficoltà di concentrazione, disorientamento temporo-spaziale; l'eloquio spontaneo e la mimica sono ridotti; anche la memoria risulta compromessa
- *alterazioni oculari*: nistagmo orizzontale e verticale; paralisi dell'abducente e difficoltà dei movimenti coniugati
- *atassia del tronco*, con difficoltà di deambulazione che risulta a base allargata, a piccoli passi ed incerta

Questa triade di sintomi non è sempre presente, oltre l'80% dei pazienti presenta un'alterazione dello stato mentale e delle funzioni cognitive, i disturbi oculari sono presenti nel 29% dei pazienti mentre l'atassia si osserva nel 23% dei casi. Talvolta si manifesta uno solo dei sintomi rendendo difficile la diagnosi.

Spesso l'atassia rappresenta il disturbo d'esordio seguita poi da uno stato confusionale.

Manifestazioni meno comuni che possono essere osservate all'esordio sono uno stato stuporoso, ipotensione e tachicardia, allucinazioni, ipotermia, crisi convulsive e perdita dell'udito. La sindrome se non viene riconosciuta e trattata può determinare l'insorgenza di ipertermia, ipertono muscolare e paraparesi spastica ed evolvere in uno stato di coma.

Inoltre più dell'80% dei pazienti presenta una neuropatia periferica e in piccolo numero di pazienti può essere presente una neuropatia ottica retro bulbare.

Il danno a carico delle strutture cerebrali più vulnerabili comincia dopo 2-3 settimane ovvero il tempo necessario per esaurire le scorte di tiamina dell'organismo. Le lesioni coinvolgono il talamo, in particolare la regione dorso-mediale, i corpi mamillari e il grigio periacqueduttale. In un terzo dei casi vi è un interessamento della regione antero-superiore del verme e della parte anteriore degli emisferi cerebellari. Le lesioni sono simmetriche caratterizzate sul piano istologico dalla presenza di perdita neuronale e di fibre mieliniche e da astrogliosi reattiva; piccole emorragie e iperplasia vascolare possono essere presenti nelle lesioni acute.

La diagnosi è prevalentemente clinica. Alla RM encefalo possono essere presenti alterazioni di segnale simmetriche a livello dei corpi mamillari e del talamo.

Per evitare il peggioramento dei sintomi è necessario iniziare immediatamente la somministrazione di tiamina ad alte dosi.

Con il miglioramento dei disturbi oculari, encefalopatici e dell'atassia nei pazienti con encefalopatia di Wernicke soprattutto se il trattamento non viene iniziato precocemente può emergere un disturbo amnesico-confabulatorio che viene indicato come sindrome di Korsakoff.

Si tratta di un disturbo della memoria anterograda e retrograda. Il paziente ha difficoltà a trattenere le informazioni o a far riemergere i ricordi. Spesso è disorientato nel tempo e nello spazio. La confabulazione è caratteristica.

La sindrome di Korsakoff rappresenta una continuazione del processo patologico presente nell'encefalopatia di Wernicke. Tuttavia quadri clinicamente sovrapponibili sono osservabili in presenza di lesioni diencefaliche di natura vascolare, tumorale o nel caso di epilessia del lobo temporale.

Le alterazioni riguardano in particolare i nuclei talamici dorso-mediale e le regioni ippocampali.

Il trattamento con tiamina può determinare un miglioramento lento e incompleto.



## 2. Complicanze croniche

### 2.1. Ambliopia alcolica

Si tratta di un disturbo del visus caratterizzato da una lesione selettiva del nervo ottico. Spesso definito anche ambliopia tabacco-alcolica, per la concomitanza di fumo sebbene il ruolo specifico di questi fattori non sia stato chiarito. Alla base del disturbo vi è un probabile difetto nutrizionale.

Clinicamente i pazienti manifestano un progressiva riduzione del visus e presenza di scotomi centrali o centrocecali.

Il trattamento prevede un adeguato regime dietetico e un apporto di vitamine del complesso B, che portano a un progressivo recupero della vista.

### 2.2 Pellagra

Si tratta di una condizione dovuta alla carenza dell'apporto di acido nicotinico con l'alimentazione.

Si può osservare in soggetti che consumano diete a base di cereali e in soggetti alcolisti cronici.

Le manifestazioni principali sono a carico della cute dove si possono osservare lesioni ipercheratosiche diffuse; a carico del sistema gastrointestinale con nausea, diarrea e dolori addominali.

La compromissione neurologica è variabile presentando un quadro encefalopatico con stato confusionale e disturbi del tono dell'umore.

La diagnosi è clinica e può essere complicata dall'assenza di coinvolgimento intestinale e cutaneo.

Il trattamento si fonda sulla somministrazione di acido nicotinico.

### 2.3 Mielinosi pontina centrale

Consiste in una rara complicanza dell'alcolismo, ma può complicare il quadro anche di pazienti con insufficienza epatica, con morbo di Addison, sepsi e con squilibrio idro-elettrolitico.

È caratterizzata da una lesione demielinizzante alla base del ponte, ma altre lesioni possono essere presenti a livello del talamo e di altre zone cerebrali; determina un quadro pseudo bulbare o un tetraplegia con disartria. La mortalità in questi pazienti è elevata.

L'eziopatogenesi è da ricondursi ad un probabile danno dovuto ad una iponatremia protratta corretta in modo troppo rapido determinante ipernatriemia transitoria.

## 2.4 Malattia di Marchiafava-Bignami

Può insorgere in soggetti alcolisti cronici con età compresa tra i 40 e i 60 anni. Il quadro clinico è polimorfo caratterizzato in misura diversa da rallentamento ideomotorio, alterazioni del controllo sfinteriale, disartria, alterazioni di personalità e del comportamento, ipertonia muscolare, crisi epilettiche ed emiparesi. Il quadro più frequente è quello di una demenza frontale progressiva.

Sul piano istologico è caratteristica una lesione demielinizzante del corpo calloso, ma il danno può coinvolgere altre zone della sostanza bianca.

Sebbene non sia chiaro il meccanismo responsabile del danno in questi pazienti, il trattamento può basarsi su una correzione della dieta e una terapia di desuefazione da alcol.

## 2.5 Atrofia cerebellare alcolica

Si tratta di una degenerazione acquisita del cervelletto. Si osserva in soggetti con alcolismo cronico e il sesso maschile sembra essere più colpito. Spesso in questi pazienti può essere presente un quadro neuropatico. Clinicamente i pazienti presentano disturbi della deambulazione che assumono un carattere progressivo; obiettivamente è osservabile una deambulazione a base allargata con difficoltà nella marcia a tandem e un'importante atassia del tronco; disturbi di coordinazione possono interessare in forma più lieve anche gli arti e in particolare quelli inferiori. Disartria e nistagmo sono raramente presenti.

Sul piano patologico è presente un'atrofia che riguarda prevalentemente la parte anteriore e superiore del verme cerebellare. L'esame istologico delle lesioni di questi pazienti evidenzia una riduzione in particolare delle cellule di Purkinje e una perdita neuronale anche a livello bulbo olivare.

Indagini di neuroimaging (TC o RM cerebrale) possono documentare il quadro atrofico a livello cerebellare.

La condizione non è sempre reversibile ma tende a stabilizzarsi. La terapia si fonda su un supporto nutrizionale e una sospensione dell'alcol.

## 2.6 Demenza alcolica

Si tratta di un'entità molto discussa a causa della mancanza di un preciso correlato anatomopatologico che la contraddistingua. Nella maggior parte dei casi etichettati come demenza alcolica sono state rilevate lesioni riconducibili alla presenza di altre situazioni morbose, come una encefalopatia epatica, demenza di Alzheimer, esiti di traumatismi, lesioni ischemiche rendendo difficile la sua caratterizzazione.

Molti pazienti alcolisti possono sviluppare una compromissione cognitiva diffusa. Comune è l'alterazione della memoria e della capacità di ragionamento. Si osservano

disturbi di personalità e del comportamento, con aspetti di disinibizione. Alla TC o alla RM encefalo si evidenzia un aumento dei ventricoli laterali e la presenza di atrofia cerebrale che interessa in particolare le regioni frontali. Il quadro può risultare reversibile dopo una prolungata astensione dall'alcol.

### 2.7 Neuropatia alcolica

Lo sviluppo di una neuropatia è un'evenienza comune nei pazienti con alcolismo cronico, venendo diagnosticata nel 10-75% dei casi. Si tratta di forme prevalentemente assonali ma sono descritte anche forme da intrappolamento.

È riportata anche una neuropatia acrodistrofica (alluce di Charcot) caratterizzata da riassorbimento osseo, atrofia falangea e sublussazioni delle piccole articolazioni a livello del piede.

È la più frequente polineuropatia nutrizionale-carenziale nella nostra società ed in assoluto, insieme a quella diabetica, tra tutte le polineuropatie.

Viene definita come polineuropatia nutrizionale-carenziale in quanto l'effetto neurotossico non è dovuto all'alcol, ma alla mancanza di assunzione o di assimilazione di cibo contenenti vitamine del gruppo B, soprattutto tiamina, in seguito a malnutrizione e a insufficienze digestive.

L'alterazione anatomo-patologica che si riscontra è la degenerazione assonale con distruzione sia dell'assone che della guaina mielinica. Può essere presente anche una demielinizzazione segmentaria ma colpisce solitamente una piccola percentuale di fibre.

Inoltre nei casi più gravi le alterazioni degenerabili possono interessare anche le radici anteriori e posteriori dei nervi con conseguente cromatolisi dei neuroni delle corna anteriori e dei gangli delle radici dorsali con possibile estensione della degenerazione alle colonne posteriori (alcune osservazioni).

La sintomatologia della polineuropatia alcolica è molto variabile. Vi sono pazienti asintomatici e la sofferenza del nervo periferico si valuta solo con l'esame neurologico:

diminuzione di volume e lieve iperestesia dei muscoli delle gambe, riduzione o perdita dei riflessi achillei e dei rotulei e una diminuzione non costante della sensibilità tattile e dolorifica dei piedi e delle creste tibiali. Nei pazienti sintomatici i disturbi presenti più frequentemente sono rappresentati da debolezza, parestesie e dolori. L'esordio sintomatologico può essere subdolo e lentamente progressivo oppure, meno frequente, evolvere e peggiorare rapidamente anche nel giro di pochi giorni.

Nelle forme più gravi di polineuropatia dove è colpito anche il nervo vago, può essere presente disfagia ed alterazione della voce che diviene roca e debole. In un 25% dei pazienti il dolore e le parestesie costituiscono il principale disturbo: dolore sordo e

costante ai piedi e alle gambe, dolori improvvisi e di breve durata “lancinanti” (pseudotabetici), crampi muscolari e senso di tensione ai piedi e ai polpacci, sensazione a tipo “fascia” intorno ai polpacci.

Le alterazioni delle sensibilità non sono presenti in tutti i pazienti nella stessa percentuale: nei due terzi circa degli alcolisti sono colpite più o meno allo stesso modo sia le sensibilità superficiali che profonde; un interessamento prevalente delle sensibilità superficiali (tattile, termica e dolorifica) è presente in un quarto dei pazienti mentre nei rimanenti sono colpite in particolare le sensibilità profonde.

## 2.8 Miopatia alcolica

L'abuso alcolico può determinare una compromissione variabile della muscolatura scheletrica. Il meccanismo dell'effetto tossico dell'alcol sulla muscolatura non è del tutto chiaro; probabilmente è riconducibile ad un'azione diretta dell'alcol variabilmente accresciuta dalla presenza di deficit carenziali che spesso si accompagnano in questi pazienti, e dalla tossicità dei radicali liberi derivanti dal metabolismo alcolico.

La miopatia alcolica acuta insorge in etilisti cronici dopo abbondante assunzione di alcol.

Il paziente può presentare mialgie, ipostenia, crampi muscolari e dolorabilità alla palpazione con edema muscolare. Il quadro può essere generalizzato o localizzato ad un arto. Si può rilevare una compromissione della muscolatura cardiaca con possibile sviluppo di una cardiomiopatia congestizia.

I livelli di CPK nel sangue sono aumentati in modo variabile e può essere presente mioglobinuria, responsabile nei casi più severi di un'insufficienza renale acuta.

La biopsia muscolare evidenzia una necrosi muscolare diffusa, più marcata nel caso di rhabdomiolisi a cui si associano nel tempo fenomeni di rigenerazione. L'entità del quadro è tuttavia variabile e possono essere osservate forme con un aumento asintomatico e transitorio di CPK nel siero e mioglobina nelle urine.

Con l'astensione dall'alcol l'esito è generalmente favorevole, ma il recupero può richiedere diversi mesi, spesso anche per la presenza di una concomitante neuropatia. Possibili inoltre le ricadute con la ripresa dell'assunzione di alcol.

La miopatia alcolica acuta con ipopotassiemia può insorgere nell'arco di giorni o settimane, dopo un'importante abuso di alcol.

La debolezza è prevalentemente prossimale e asintomatica. L'ipotassiemia può essere secondaria a ripetuti episodi di vomito e diarrea nel periodo protratto di forte abuso.

Gli indici di funzionalità epatica e gli enzimi muscolari risultano alterati. L'infu-

sione di potassio determina una riduzione progressiva degli indici ematici alterati e una risoluzione graduale della sintomatologia in alcune settimane o meno.

La miopatia alcolica cronica è una condizione caratterizzata da comparsa subacuta o cronica di progressiva ipostenia non dolorosa e di atrofia della muscolatura prossimale degli arti, spesso bilaterale. Spesso in alcuni pazienti è presente una polineuropatia. I livelli di CPK possono essere normali o alterati. Alla biopsia muscolare si evidenzia frequentemente la presenza di un'atrofia delle fibre muscolari di tipo II.

## Bibliografia

Harper C., *The neurotoxicity of alcohol*, *Hum Exp Toxicol.*, 2007 Mar, 26(3):251-7

Neiman J, Haapaniemi Hm, Hillbom M., *Neurological complications of drug abuse: pathophysiological mechanisms*, *Eur J Neurol*, 2000 Nov, 7(6):595-606

Welch K.A., *Neurological complications of alcohol and misuse of drugs*, *Pract Neurol*, 2011 Aug, 11(4):206-19

Zahr Nm., Kaufman Kl., Harper Cg., *Clinical and pathological features of alcohol-related brain damage*, *Nat Rev Neurol*, 2011 May, 7(5):284-94

ASL BRESCIA

## 4. Cuore e vasi

**Umberto Falconi, Giovanna Morelli**

Gli effetti dell'uso di bevande alcoliche sull'apparato cardiocircolatorio configurano una certa ambivalenza. Esistono, infatti, dati incontrovertibili di danno cardiovascolare prodotto dall'abuso di alcol così come segnalazioni di effetto protettivo da parte di quantità moderate. Tale effetto sembra essere correlato al parametro quantità ma non va trascurato il ruolo di altri fattori (come il ruolo dei polifenoli nel presunto effetto protettivo); inoltre, la stratificazione per quantità crea dei sottogruppi differenti per caratteristiche demografiche e socio-culturali capaci di influenzare la mortalità e la morbilità e, nel complesso, in numerose meta-analisi, analizzando i dati, si ottiene una curva di tipo J o curva a sella (J-shaped curve) dove il consumo di alcol ha effetto protettivo per moderate quantità assunte quotidianamente, effetto che diventa rapidamente molto tossico all'aumentare della quantità di etanolo consumato quotidianamente. D'altra parte, studi epidemiologici hanno mostrato come sia gli effetti benefici che tossici correlati all'assunzione dell'alcol mostrino una relazione del tipo curva-J per ciò che concerne l'aumento della mortalità e la quantità di alcol assunta. Tradizionalmente la relazione a curva-J viene indicata come una chiara evidenza dell'effetto protettivo correlato al consumo di moderate quantità di alcol, come avviene nel caso della diminuzione del tasso di mortalità da eventi di natura cardiovascolare nei soggetti che consumano quantità moderate di alcol che sembra correlata alla capacità dell'alcol di ostacolare l'aggregazione piastrinica, di aumentare i livelli di colesterolo HDL, di incrementare l'azione anti-ossidante conseguente all'induzione dell'attività della catalasi, enzima perossisomale con potente azione antiossidante intracellulare.

Numerosi studi sono stati fatti per dimostrare il potere anti-ossidante delle varie bevande alcoliche (vino e birra principalmente). A dispetto però di tali effetti benefici correlati all'assunzione di moderate quantità di alcol va sottolineato come in alcuni

### Alcol e coronaropatia

Corrao et al. 2004

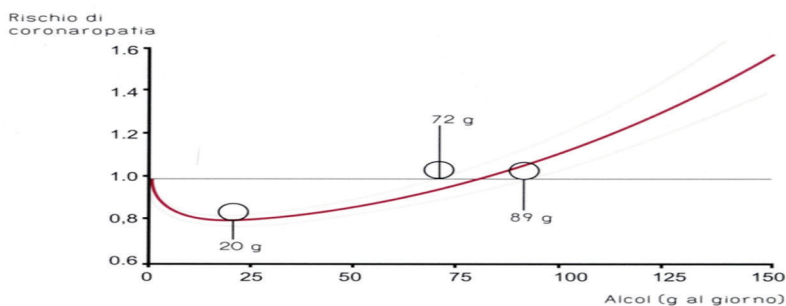


Figura 1: La curva-J per l'alcol

studi sia stata dimostrata un'augmentata azione ossidativa correlata anche all'assunzione di quantità moderate di alcol e che il concetto di consumo moderato di alcol è oggetto di discussione e i parametri stabiliti attualmente dall'OMS sono oggetto di costante rivisitazione alla luce delle numerosissime condizioni. D'altra parte l'effetto protettivo dato dall'assunzione di piccole quantità deve essere comunque valutato alla luce dell'aumento di incidenza di cancro della mammella o di cancro del colon retto correlata anche all'assunzione di quantità moderate di bevande alcoliche. Una recente meta-analisi ha documentato come l'assunzione quotidiana di quantità moderate di alcol abbia un effetto protettivo sull'apparato cardiovascolare, mentre per 72 gr/die di etanolo tale effetto sparisce completamente e si connota un potente effetto tossico a carico dell'apparato cardiovascolare. Numerose pubblicazioni scientifiche concordano nel documentare che l'abuso cronico di alcol induce danno a carico del miocardio potendo indurre cardiomiopatia alcolica (CMA) e disturbi del ritmo cardiaco. L'abuso cronico di alcol è in grado di favorire l'insorgenza della patologia ipertensiva con conseguente aumento dell'incidenza di accidenti cardiovascolari. Un consumo di etanolo superiore a 80 gr/die protratto per almeno 10 anni è associato ad elevata incidenza di cardiomiopatia alcolica. Va comunque ricordata l'enorme variabilità individuale in termini di suscettibilità al danno cardiovascolare mediato dall'etanolo. All'instaurarsi della CMA contribuiscono la tossicità mitocondriale dell'etanolo, le alterazioni del metabolismo proteico e il danno diretto dall'acetaldeide, l'attività ossidante dell'etanolo con la perossidazione lipidica, il riscontro di elevati livelli di F2-isoprostani (un gruppo di molecole simil-prostaglandine di origine non enzimatica correlate alla perossidazione lipidica); giocano inoltre, un ruolo determinante nell'innescare i processi di aterogenesi. Il metabolismo stesso dell'etanolo a livello epatico e in tutti gli organi in cui si trova l'alcol-deidrogenasi, come la tossicità dell'acetaldeide stessa i quali sono alla base dell'eccesso di produzione di radicali liberi indotti dall'assunzione di quantità elevate di alcol. Infine, in una elevata percentuale di persone è riscontrata la presenza di anticorpi anti-miosina e anticorpi contro addotti formati a seguito di esposizione all'acetaldeide da parte delle proteine del miocardio. Alla luce di tali osservazioni si può concludere che gli aspetti fisiopatologici quelli della cardiomiopatia dilatativa. La comparsa di aritmie cardiache è di frequente riscontro sia in corso di intossicazione acuta sia in corso di abuso cronico. Il ruolo dell'etanolo nell'insorgenza di aritmie è documentato sia da studi osservazionali che da dati di analisi di tipo epidemiologico-retrospettive controllati su popolazioni di pazienti ricoverati per aritmie. Studi elettrofisiologici hanno documentato come l'assunzione acuta di etanolo sia in grado di indurre tachiaritmie. Fra i fattori correlati all'assunzione di etanolo in grado di influenzare l'insorgenza di tachiaritmie vi sono: l'incremento dell'attività del sistema adrenergico e conseguente increzione adrenalinica associato ad una disregolazione dell'attività bradicardizzante mediata dal tono vagale (effetto vagolitico), alterazioni elettrolitiche (diselettrolitemie con deplezione di sodio, potassio, magnesio e conseguente ipocalcemia), difetti della ripolarizzazione come l'allungamento dell'intervallo

QT, il peggioramento di cardiopatie ischemiche e la presenza di apnee notturne (la cui presenza è di frequente riscontro in soggetti che abusano di bevande alcoliche). La maggior parte dei dati sulla cardiomiopatia alcolica sono stati osservati in pazienti forti bevitori, mentre gli effetti mediati dal cosiddetto bere sociale non sono stati ancora valutati in maniera approfondita. La fibrillazione atriale e le aritmie ipercinetiche ventricolari sono manifestazioni aritmiche che sono state più frequentemente associate all'assunzione cronica intossicante di etanolo. In uno studio del 1998 è stato documentato come il 63% dei soggetti in cui era stata riscontrata una fibrillazione atriale parossistica fosse alcolista contro il 33% dei soggetti del gruppo di controllo non alcolista. Significativo è il dato di come aumenti il rischio di morte cardiaca improvvisa nei soggetti alcolisti cronici che risulta massimale nei soggetti tabagisti, con basso livello socioeconomico e di mezza età. Il Framingham study è uno studio condotto nella contea di Framingham (USA) su 5000 soggetti che ha dimostrato, nel corso di moltissimi anni di osservazione, come l'incidenza dell'ipertensione arteriosa sia molto più alta nei soggetti alcolisti rispetto a coloro che sono astemi o bevitori moderati. Altri studi relativi ad assunzione di etanolo in una popolazione non alcolista hanno dimostrato come ad una diminuita assunzione di alcol corrisponda una diminuzione dei valori pressori medi o un miglior controllo dei valori di pressione arteriosa. Inoltre, è documentato come l'astensione dal consumo di etanolo in soggetti alcolisti determina una riduzione dei valori medi pressori. Altri studi hanno dimostrato come l'assunzione di 30-60 gr/die di etanolo sia in grado di innalzare i valori pressori medi in entrambi i sessi; uno studio ha addirittura dimostrato come l'assunzione di soli 10 gr/die in più di etanolo rispetto alla quantità considerata bere moderato dall'OMS sia in grado di innalzare la pressione sistolica di 1-2 mm e di 1 mm di pressione diastolica. La causa di tale innalzamento è da attribuire all'ipertono adrenergico ed alla disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene. Quest'ultima determina, a causa dell'ipertono aminico simpaticomimetico, un aumento del rilascio ipotalamico di CRH (Corticotropin-release-hormon) che, a cascata, induce un aumento del rilascio di ACTH (Adreno-cortic-tropic-hormon) con conseguente sindrome simil-Cushing dell'alcolista con ipertensione arteriosa, ridotta tolleranza al glucosio, strie rubre, osteoporosi, facies lunare, aumento dei livelli di cortisolo; a tale riguardo l'astensione dal consumo di etanolo porta ad una normalizzazione dei parametri biochimici alterati (consentendo una diagnosi differenziale rispetto al Cushing primitivo). Sono documentati, inoltre, casi di alterazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene con una riduzione della risposta cortisolo mediata allo stress. La variabilità delle alterazioni dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene è correlata alla conservazione della funzione epatica: una ridotta funzionalità epatica con diminuzione dei livelli circolanti di CBG (Cortisol-Binding-Globulin) aumenta i livelli plasmatici di cortisolo libero producendo uno stato di ipercorticossurrenalismo esotossico. L'aumentata formazione di tetra-idro-isochinoline (sostanze che si formano come prodotti di condensazione fra acetaldeide e dopamina) induce una azione sui recettori oppioidergici con alterazioni a carico dei livelli di POMC (Pro-Opio-Melano-Corticotropin) e conseguente alterazioni dei li-



velli di ACTH (Adreno-CorticoTropic-Hormone) e  $\beta$ -endorfine. Queste alterazioni spiegherebbero la ridotta risposta allo stress tipica degli alcolisti cronici paragonabile a quella dei soggetti eroinomani. Studi epidemiologici hanno ampiamente documentato come l'assunzione di grandi quantità di etanolo (> 60 gr/die) sia correlata ad una maggiore incidenza di emorragia cerebrale. Nei soggetti forti bevitori il rischio è 4 volte superiore rispetto alla popolazione di controllo. La quantità di alcol risultata protettiva sia in prevenzione primaria (primo evento cardio-cerebro vascolare) che secondaria sembra essere compresa tra 1 e 2 unità alcoliche/die (10-15 g/die). I possibili meccanismi attraverso i quali basse dosi quotidiane di alcol risultano protettive nei confronti della cardiopatia ischemica sono:

- L'incremento delle lipoproteine ad alta densità (HDL high densità lipoprotein), in particolare della frazione HDL<sub>2</sub> e HDL<sub>3</sub>;
- L'incremento dell'apolipoproteina A<sub>1</sub> e A<sub>2</sub>;
- La riduzione della formazione di trombossano e dell'aggregabilità piastrinica;
- Il potenziamento dell'attività dei fattori fibrinolitici, come l'attivatore del plasminogeno tissutale e l'inibitore dell'attivatore del plasminogeno;
- L'assunzione di antiossidanti contenuti nelle bevande alcoliche, in particolare modo i composti polifenolici presenti nel vino rosso (resveratrolo: l'effetto protettivo di tali sostanze si esplicherebbe attraverso la neutralizzazione dei radicali liberi di ossigeno prodotti dall'ossidazione delle LDL Low Density Lipoprotein);
- La riduzione dei livelli di omocisteina
- L'inibizione (osservata con l'assunzione di vino rosso) della sintesi a livello coronarico di endotelina-1, peptide dotato di potente azione vasocostrittrice;

Il consumo di alcol superiore a 60 gr/die determina un aumento dei livelli di omocisteina ed è correlato ad un aumento del rischio cardio-cerebro vascolare come documentato da numerosi studi. In conclusione è ormai dimostrato ampiamente che l'assunzione di moderate quantità di alcol sembra in grado di ridurre il rischio di mortalità per patologie cardiovascolari e anche per patologie cerebrovascolari appare sempre più evidente tale effetto protettivo (riduzione del rischio di circa il 20%); tale beneficio si annullerebbe con l'incremento minimo delle quantità di alcol assunte fino a diventare un fattore di rischio per patologie cardiovascolari per quantità anche poco al di sopra di quelle considerate protettive.

Una recente meta-analisi degli studi che hanno complessivamente arruolato 1418 pazienti maschi ha confermato, per quantità di 12.5 gr/die (1 unità alcolica die), l'effetto protettivo dell'alcol nei confronti dell'ictus ischemico, rispetto ai non bevitori. La correlazione tra consumo alcolico e rischio di ictus non risulta lineare. Tale meta-analisi, inoltre, suggerisce anche che l'effetto protettivo delle moderate quantità di alcol si manifesta nei pazienti che distribuiscono l'assunzione di alcol su almeno 4 giorni la settimana; le modalità del bere (durante o fuori dal pasto) ed il tipo di bevanda assunta

non sono invece importanti. Non importante sembrerebbe il tipo di alcolico assunto e le presunte proprietà antiossidanti del vino rosso e il loro positivo impatto sulla salute di chi consuma tale alcolico sono ancora tutte da dimostrare in modo chiaro e convincente.

## Bibliografia

Caputo F., Lorenzini F., Bernardi M., Stefanini G.F., *Moderate alcohol intake and reduced risk of coronary heart disease: type or patterns of alcohol consumption?*, *Alcologia*, 2002, 13: 95-97

Corrao G., Bagnardi V., Zambon A., La Vecchia C., *A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases*, *Prev. Med.* 2004, 38(5): 613-619

Djousse L., Levy D., Benjamin E.J., Blease S.J., Russ A., Larson M.G., Masaro J.M., D'Agostino R.B., Wolf P.A., Ellison R.C., *Long-term alcohol consumption and the risk of atrial fibrillation in the Framingham study*, *Am. J. Cardiol.*, 2004, 93: 710-713

Fernandez-Solà J., Lluís M., Sacanella E., Estruch R., Antunez E., Urbano-Marquez A., *Increased myostatin activity and decreased myocyte proliferation in chronic alcoholic cardiomyopathy*, *Alcohol Clin. Exp. Res.*, 2011, 35: 1220-1229

Klatsky A.L., *Alcohol, coronary disease, and hypertension*, *Annu. Rev. Med.*, 1996, 47: 149-160

Pearson M.T., *Alcohol and heart disease*, *Circulation*, 1996, 94: 3023-2025

Reynolds K., Lewis L.B., Nolen J.D.L., Kinney J.L., Sathya B., Jiang H.E., *Alcohol consumption and risk of stroke. A meta analysis*, *JAMA*, 2003, 289: 579-588

Uchiyama S., Shibata Y., Hirabayashi T., Mihara B., Hamashige N., Kitagawa K., Goto S., Origasa H., Shimada K., Kobayashi H., Isozaki M., Ikeda Y., Trace J., *Investigators. Risk factor profiles of stroke, myocardial infarction, and atrial fibrillation: a Japanese Multicenter Cooperative Registry*, *J. Stroke Cerebrovasc. Dis.*, 2010, 19:190-197

## 5. Gravidanza, allattamento. Malattia feto-alcolica

**Francesco Meli**

### Introduzione

La sindrome alcolico fetale è la più grave delle patologie indotte dal consumo di sostanze “legali” nel corso della gravidanza. Tuttavia, dal momento che lo spettro dei disordini morfologici e neuro-comportamentali può manifestarsi con aspetti di entità inizialmente moderata e clinicamente poco specifici, si corre il rischio di sottostimare la reale incidenza del fenomeno. Numerosi studi epidemiologici, condotti in popolazioni diverse, consentono di evidenziare almeno tre aspetti rilevanti:

- L'alcol è una sostanza teratogena. Non è chiaro attraverso quali meccanismi l'alcol esplichi la sua azione nociva, ma la peculiarità dei suoi effetti è patognomonica
- Non esistono dosi-soglia, sotto le quali si possano escludere effetti dannosi, né è accertato se prodotti alcolici diversi, quali birra o vino, possano ritenersi innocui. Sono stati documentati segni sfumati o ad insorgenza tardiva, e cofattori che aumentano la vulnerabilità del feto; non è pertanto possibile, allo stato attuale, definire la dose minima di alcol che non danneggi il feto o il periodo della gravidanza che non risenta dell'utilizzo di bevande alcoliche
- L'alcolismo materno in gravidanza è la causa più frequente di ritardo mentale infantile

La prima descrizione clinica di una sindrome sicuramente riconducibile ad abuso di alcol in gravidanza risale al 1968, e venne pubblicata in Francia; da allora, numerosi studi condotti in tutto il mondo, hanno consentito di definire la gamma dei diversi disturbi del feto correlati all'esposizione all'alcol, definita Spettro dei Disordini Feto Alcolici (FASD) e la loro diffusione nei diversi Paesi. La FASD descrive in realtà un quadro complesso e permanente di difetti fisici, mentali e comportamentali, ma si osservano spesso forme parziali o sfumate che rischiano di sfuggire alla diagnosi, e che giustificano le notevoli discrepanze nei dati epidemiologici. Negli Stati Uniti sono riportati dei tassi di prevalenza della FASD che variano da 0,3 a 3 ogni 1000 nati vivi, mentre forme subcliniche finiscono per essere classificate tra i Deficit di Attenzione o i Disturbi Cognitivo-Comportamentali. In Italia, i dati disponibili non sembrano esprimere la reale incidenza della patologia nella nostra popolazione. Dal 1978 al 2002 sono stati infatti accertati 24 casi di bambini affetti da FASD, ma considerando che oltre il 60% delle donne nel nostro Paese beve abitualmente alcolici ed il trend appare in crescita, il tasso risulta certamente sottostimato. In effetti, uno studio più recente rileva un'incidenza tra il 20 ed il 40 per 1000 nati vivi. La sindrome completa, che risponde a tutti i criteri diagnostici – e che in letteratura viene definita Sindrome Feto Alcolica (FAS) – presenta una prevalenza tra il 3 ed il 7 per 1000 nati vivi. Si tratta in tutta evidenza di un problema di salute sociale, che dovrebbe stimolare una maggiore attenzione delle Istituzioni e dei cittadini. Considerando che una mancata diagnosi

può ritardare o impedire l'accesso ad un intervento riabilitativo, appare evidente la necessità di individuare già alla nascita i neonati affetti, per intraprendere un percorso specialistico di sostegno che riduca gli effetti potenzialmente devastanti sullo sviluppo psicofisico dei bambini con FASD.

### 1. Fattori di rischio

Fortunatamente, non sempre le esposizioni all'alcol in gravidanza comportano l'insorgenza di gravi danni alla salute del bambino; il rischio di partorire un neonato con la sindrome completa sembra oscillare tra il 30 ed il 40% delle forti bevitrice. È stato peraltro a lungo sottovalutato il rischio associato all'uso di discrete o elevate quantità di alcol in occasioni sporadiche (binge drinking), abitudine poco diffusa in Italia. In realtà non è nota la causa della diversa suscettibilità del feto agli effetti dell'alcol, anche se è ragionevole ritenere che la diversa reazione possa essere correlata alla combinazione di uso di alcol, fattori genetici materni, deficit nutrizionali, associazione con fumo o altre droghe.

---

**Tabella 1 - Fattori di rischio correlabili all'insorgenza dei danni prenatali ed ai successivi disturbi neuro-comportamentali**

- La quantità di alcol consumato durante la gravidanza
  - La tipologia del consumo di alcol (cronico o occasionale)
  - Il periodo di esposizione e la sua intensità
  - L'associazione con altre sostanze (droghe, tabacco, farmaci)
  - Fattori alimentari e carenze nutrizionali
  - Predisposizione genetica
  - Condizioni sociali e livello d'istruzione della madre
- 

Si tratta di fattori che concorrono sinergicamente a potenziare i rischi; una donna con basso livello di informazioni, che fuma e beve, con dieta squilibrata ed utilizzo incongruo di farmaci avrà un alto rischio di FASD, anche se non potranno identificarsi fattori specifici di tipo genetico.

### 2. Sintomi e segni

L'esposizione prenatale all'alcol può provocare l'insorgenza di una serie di anomalie e disabilità che hanno conseguenze per tutta la vita. Possono manifestarsi segni fisici, disturbi mentali e comportamentali solo in parte recuperabili, e, nella migliore delle ipotesi, quando la diagnosi è posta tempestivamente. Inoltre, se l'abuso si verifica fin dal primo trimestre, possono verificarsi danni irreversibili nella delicata fase della morfogenesi – non solo cerebrale – con l'insorgenza di difetti congeniti talmente gravi che possono portare alla morte fetale in utero. Il tentativo di inquadrare in un unico quadro clinico l'intero spettro dei disturbi della FASD ha spesso comportato il rischio di escludere forme incomplete o di includere disturbi della sfera cognitiva che non rispondono compiutamente ai criteri diagnostici.

Per un riferimento pratico, è utilizzata correntemente la suddivisione di Streisguth, che distingue le disabilità alcol-correlate in:

- Primarie
- Secondarie

Le disabilità primarie riflettono i principali danni morfologici e neuropsicologici rilevabili alla nascita e nei primi anni dello sviluppo del bambino. Esse includono:

- I dismorfismi facciali
- Il ritardo di crescita
- Le anomalie nello sviluppo neurologico, con tutto il pattern di conseguenze comportamentali e cognitive
- Le malformazioni cardiache, in particolar modo rappresentate da difetti del setto interventricolare

Le disabilità secondarie sono tutte quelle che compaiono e si manifestano più tardi, nel corso della vita del paziente, e si evidenziano in tutta la loro gravità in conseguenza di una tardiva o mancata diagnosi. Ricordiamo:

- La cronicizzazione di problemi mentali
- La difficoltà di una gestione autonoma della vita quotidiana
- Una carriera scolastica problematica o fallimentare
- Tendenza all'isolamento sociale

#### **2.1 Anomalie cranio-facciali**

I bambini affetti da FASD presentano una serie di caratteri fenotipici specifici, soprattutto della testa e del volto che – se correttamente rilevati – rappresentano un indicatore univoco di esposizione intrauterina all'alcol etilico.

---

**Tabella 2 - Caratteri fenotipici specifici dei bambini affetti da FASD**

- Pieghe atipiche agli angoli degli occhi
  - L'ipoplasia medio-facciale
  - La rima palpebrale corta, con fessure oculari strette
  - Naso corto e piatto, con solco naso-labiale piatto e allungato
  - Labbro superiore sottile
  - Fronte lunga e stretta
  - Poplasia mascellare e mandibolare (micrognazia)
  - Anomalie morfologiche delle orecchie, con padiglioni poco modellati
-

Le anomalie oculari suggeriscono che gli occhi sono particolarmente sensibili all'alcol durante la fase di sviluppo fetale, infatti, ai segni visibili alla nascita si associano spesso ipoplasia del nervo ottico, capacità visive ridotte ed aumentata tortuosità dei vasi retinici. I due parametri più comunemente utilizzati sono la valutazione della rima palpebrale ed il solco naso-labiale. Viene considerato patologico un valore che si discosti di 2 deviazioni standard dal valore medio di popolazione. La lunghezza della rima palpebrale si misura in cm tra l'angolo palpebrale interno ed esterno dell'occhio. Il solco naso-labiale (o filtro) si estende dalla base del naso al vertice del labbro superiore, lungo la linea mediana del viso. In un viso di proporzioni normali, il filtro ed il labbro superiore rappresentano 1/3 della lunghezza tra la base del naso ed il mento. Tale lunghezza è a sua volta pari ad 1/3 della lunghezza totale del viso, indipendentemente dal gruppo etnico di appartenenza. Sebbene i dismorfismi facciali possano riconoscersi anche in un neonato, tuttavia i tratti diventano spesso marcati tra gli otto mesi e gli otto anni, mentre nell'età adulta non sono più facilmente riconoscibili.

## 2.2 Il ritardo di crescita

Per definire un ritardo di crescita deve essere accertato almeno uno dei seguenti parametri:

- Basso peso alla nascita per l'età gestazionale;
- Diminuzione del peso durante la crescita, non correlato a malnutrizione o altra patologia;
- Peso troppo basso rispetto all'altezza.

Anche per questo parametro vengono utilizzate le curve per età e specifiche per popolazione, con ritardo di crescita accertato per valori di peso, altezza e circonferenza cranica costantemente al di sotto del 10° percentile. Tuttavia, per questi aspetti, si rivela dirimente un ritardo rilevante dell'età media ossea dei bambini, che continua nell'adolescenza e si associa ad un grado variabile di microcefalia, ovvero una ridotta circonferenza cranica. Tale rilievo depone con elevata probabilità per un danno cerebrale, spesso confermato alla risonanza magnetica da riduzione delle dimensioni della volta cerebrale, dei gangli basali e del diencefalo.

## 2.3 Disturbi neurologici e comportamentali

Un'elevata percentuale di pazienti, esposti ad assunzione di alcol durante la gravidanza, che presenta caratteristici dismorfismi cranio-facciali, pur non manifestando evidenza di danno cerebrale organico, evidenzia significativi disturbi comportamentali e cognitivi.

Le anomalie comportamentali e cognitive possono essere rilevate attraverso test psicometrici specifici per l'età, eseguiti in genere dopo i 5 anni e ripetuti nel tempo, fondamentali non solo per definire la diagnosi ma anche per programmare un piano di trattamento specifico che consenta un recupero almeno parziale.

**Tabella 3 - Quadro clinico dei disturbi comportamentali e cognitivi: principali parametri**

- Presenza di disturbi del sonno, riflesso della suzione ridotto, pianto continuo
- Sintomi neurologici di gravità lieve o rilevante, inclusi segni sensitivo-motori
- Capacità cognitiva (quoziente intellettivo, Q.I.)
- Comunicazione espressiva e ricettiva
- Memoria e rendimento scolastico
- Disturbi dell'eloquio e dell'udito
- Deficit di attenzione/ipertattività
- Comportamento adattativo, abilità e comunicazione sociale

### 3. Diagnosi

Sono stati proposti numerosi marcatori che possano suggerire l'esposizione fetale all'alcol, in realtà la maggior parte dei test eseguiti sulla madre forniscono solo un'indicazione di consumo recente. Tuttavia, il riscontro di un Volume Corpuscolare Medio (MCV) elevato o di enzimi epatici alterati (GGT, rapporto AST/ALT) suggeriscono un prolungato consumo di alcol. Più recentemente è stato identificato un metabolita che si accumula nel meconio: l'etilglucuronide. Il meconio raccolto nei primi giorni di vita depone per un'esposizione intrauterina prolungata. In maniera altrettanto esclusiva il riscontro meconiale di Esteri Etilici degli Acidi Grassi (FAEEs) indica l'esposizione prenatale a questo teratogeno.

Nella pratica clinica, una diagnosi attendibile della FASD è probabile se è documentato un consumo di alcol ripetuto o prolungato della madre in associazione ai tre parametri seguenti:

- Ritardo prenatale e postnatale della crescita
- Peculiarità fisiche specifiche, soprattutto dismorfismi della testa e del volto
- Disfunzioni neuro-comportamentali e successive manifestazioni di ritardo mentale

La diagnosi di certezza deve combinare pertanto l'anamnesi materna, la valutazione psicologica, i segni fisici e gli accertamenti ecografici prenatali, i test post-natali. Tutto ciò richiede lo sforzo congiunto di genetisti, ostetrici, psicologi, neuropsichiatri e logopedisti. Purtroppo la sindrome viene solitamente confermata piuttosto tardi nell'infanzia, sebbene la diagnosi precoce risulti fondamentale per consentire al bambino l'accesso a programmi riabilitativi personalizzati, che in funzione della gravità del quadro complessivo possano garantire un recupero almeno in parte soddisfacente. Un'attenzione particolare va pertanto richiesta agli ecografisti, che possono rilevare precocemente il ritardo di crescita intrauterino, alcuni dismorfismi facciali, oltre ai più gravi segni a carico del Sistema Nervoso Centrale: malformazioni del corpo calloso e dei tessuti oculari, malformazioni cardiache e renali.

#### 4. Prevenzione

Durante la gravidanza si deve raccomandare di non bere alcolici. Il consumo di alcol potrebbe intervenire in un momento decisivo per la formazione e lo sviluppo degli organi. È accertato che l'alcol attraversa facilmente la placenta e raggiunge il feto in quantità proporzionale. È stato detto che se la mamma beve un bicchiere, il feto beve un bicchierino. E se il corpo femminile – a parità di statura – contiene una minor percentuale di acqua rispetto agli uomini, ciò significa che la concentrazione ematica risulta aumentata, e così il passaggio placentare è facilitato. A ciò si aggiunga l'impossibilità per il feto di metabolizzare il prodotto finale dell'assunzione alcolica – l'acetaldeide – e ne conseguirà un'esposizione più prolungata ai suoi effetti nocivi. Un'impressionante osservazione clinica di tali effetti è stata confermata durante studi ecografici: la madre che assume uno o due bicchieri di vino mostra un piacevole senso di benessere o relax, mentre il feto manifesta degli spasmi convulsivi prolungati. L'organo bersaglio dell'alcol è il cervello, e, su un organo in rapido sviluppo come il cervello fetale, anche piccole dosi possono avere effetti nefasti. Va pertanto ribadito che non esiste una quantità di alcol "sicuramente" priva di rischi in gravidanza; del resto non esiste una minima quantità di alcol che una madre consapevolmente aggiungerebbe al latte nel biberon. Va pertanto richiamata l'attenzione di tutti, soprattutto degli operatori sanitari, su un problema grave ma totalmente prevenibile raccomandando l'astensione totale dagli alcolici durante la gravidanza: zero alcol = zero rischio.

#### Bibliografia

Ceccanti M., Spagnolo P.A., Balducci G., FASD. *Linee guida per una corretta diagnosi della fetopatia da alcol*, Roma, Società Editrice Universo, 2007

Centro Nazionale di Epidemiologia, *Sorveglianza e Promozione della Salute, La sindrome alcolico fetale*, [www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)

Manna C., *La sindrome feto alcolica*, [www.fertilità.org](http://www.fertilità.org)

Ministero della Salute, *La Sindrome Feto Alcolica*, [www.salute.gov.it/portale/news](http://www.salute.gov.it/portale/news)

Osservatorio OSSFAD, *Guida alla diagnosi dello spettro dei disordini feto-alcolici*, (a cura) Simona Pichini et Al., [www.salute.gov](http://www.salute.gov).

Scafato E., *Consumi alcolici tra la popolazione femminile*, Giornata mondiale sulla sindrome feto alcolica

Scafato E., Russo R., *La donna e l'alcol. Tendenze nei consumi e strategie d'intervento*, Osservatorio OSSFAD – Fumo, Alcol e Droga, [www.iss.it](http://www.iss.it)



## 6. Immunità, metabolismo e aspetti nutrizionali

**Umberto Falconi, Giovanna Morelli**

### 1. Alcol e risposta immunitaria

È nota la capacità dell'alcol di influenzare la risposta immunitaria nell'uomo. Le persone con un disturbo da uso di alcol hanno una maggiore predisposizione ad ammalarsi ed un decorso più grave delle malattie infettive, inoltre si è evidenziata una maggiore incidenza di patologie neoplastiche. L'assunzione cronica di alcol è in grado di influenzare la risposta immunitaria a vari livelli. Gli alcolisti solitamente presentano:

leucopenia, linfopenia e alterazioni percentuali dei sottotipi linfocitari, diminuzione della mitogenesi delle cellule T, riduzione della attività NK attivazione policlonale aspecifica dei linfociti B e incremento della concentrazione sierica di IgG, diminuzione della produzione della risposta anticorpale, carenza di varie frazioni del complemento sierico. In numerosi soggetti alcolisti si è osservato come una riduzione della capacità di migrazione delle cellule del sistema immunitario a livello dei siti di infezione predisponga tali soggetti ad una maggiore suscettibilità alle infezioni da parte di numerosi patogeni con una maggiore incidenza di polmoniti batteriche da *Klebsiella pneumoniae*, di Tubercolosi, di infezioni da *Listeria monocytogenes* e di meningiti batteriche da *Streptococcus pneumoniae*. L'alcol favorisce la progressione ad AIDS nei soggetti HIV-positivi favorendo l'insorgenza di gravi infezioni mediate da patogeni opportunisti. L'etanolo è, infatti, in grado di interagire con la risposta immunitaria sia influenzando la cosiddetta immunità innata (fagociti, cellule NK, sistema del complemento), sia influenzando l'immunità acquisita (linfociti e risposta anticorpale). Le alterazioni immunitarie alcol-indotte sono nel complesso responsabili di uno stato immunodepressivo o di condizioni che facilitano l'insorgenza di infezioni e possono essere suddivise in:

- Alterazioni nutrizionali
- Alterazioni della I barriera immunologica (cute e mucose)
- Alterazioni della II barriera immunologica (funzione fagocitaria)
- Alterazioni della III barriera immunologica (immunità specifica umorale e cellulare)

Oltre alle interferenze dirette dell'etanolo sulla risposta immunitaria vanno aggiunte le interferenze legate alla malnutrizione alcol indotta e i danni derivanti da una eventuale epatopatia ad evoluzione cirrogena, condizioni cliniche frequenti nei quadri di disturbo da uso di alcol. La malnutrizione proteico-energetica è un esempio dell'effetto di un deficit assoluto di calorie e di proteine sul sistema immunitario. Questo pan-deficit nutrizionale è associato a profonde anomalie della risposta immunitaria che spesso simula, per gli aspetti immunologici, la Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS). I pazienti con siffatto deficit presentano linfopenia, anergia cutanea, depressione della funzione dei neutrofili, dei livelli del complemento sierico, della secrezione di anticorpi IgA e un basso rapporto CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup>.

L'alcol etilico interferisce in vario modo con il complesso sistema della immuno-modulazione nutrizionale agendo:

- sul meccanismo di barriera del tratto gastrointestinale, aumentando la permeabilità della parete intestinale, alla quale consegue una ridotta capacità di difesa dai patogeni
- sulla grave malnutrizione alcol-indotta che danneggia la granulocitopoiesi e sopprime varie risposte immunitarie
- sull'utilizzazione dell'energia derivante dall'alcol etilico, a cui consegue una inadeguata introduzione oltre che di proteine anche di alcune vitamine e oligoelementi

L'abuso di alcol altera non solo l'assorbimento ma anche l'utilizzazione, lo storage e l'eliminazione di sostanze nutritive. A tutto ciò consegue una malnutrizione ed una conseguente immunodepressione nutrizionale. L'elevata incidenza delle infezioni negli alcolisti è secondaria alla immunodepressione alcol-indotta, dove la malnutrizione gioca un ruolo importante, anche se non sempre correttamente valutabile. L'effetto dell'etanolo sul sistema immunitario si esplica attraverso numerosi meccanismi:

- azione tossica sulle strutture di membrana e sul metabolismo cellulare
- azione sui meccanismi che regolano la proliferazione, la maturazione e la migrazione cellulare
- produzione di metaboliti dell'etanolo in grado di interagire con molecole presenti sulla superficie cellulare determinando la formazione di neo-antigeni che, a loro volta, inducono una risposta di tipo auto-immune

Negli alcolisti è frequente il riscontro di una leucopenia ed in particolar modo di una neutropenia, specie nei pazienti affetti da cirrosi epatica, con ipertensione portale e/o splenomegalia. Il pool granulocitario è sostanzialmente alterato, come dimostra l'esame del midollo osseo dove, frequentemente, si riscontra una ridotta cellularità, con arresto della maturazione. L'alcol etilico sembra mostrare, inoltre, un effetto deprimente sia sui macrofagi fissi tissutali che sulle cellule fagocitiche mononucleari in coltura. I linfociti NK hanno la funzione di riconoscere ed eliminare cellule tumorali o infettate senza necessità di una precedente sensibilizzazione antigenica. I pazienti alcolisti non epatopatici pur non presentando modificazioni nella conta delle cellule NK soffrono di alterazioni funzionali a carico di questa funzione immunitaria. Il difetto va messo in relazione con la capacità dell'etanolo di inibire sia in vivo che in vitro la sintesi dei secondi messaggeri intracellulari a cui consegue una ridotta produzione delle citochine  $IL_2$  e  $IL_{18}$  (Interleuchina) preposte all'attivazione ed all'amplificazione della risposta NK. L'alterazione dei secondi messaggeri determina anche una diminuzione dell'espressione dei recettori di membrana e della trascrizione di proteine ad attività citolitiche come le perforine. L'abuso alcolico può indurre modificazioni del meccanismo di presentazione antigenica ai linfociti da parte delle cellule monocitarie e macrofagiche. Queste sono attribuibili sia ad una diminuzione dell'espressione delle

molecole del MHC di tipo I° e di tipo II° (Major-Hystocompatibility-Complex) sulla superficie cellulare sia ad una modificazione dell'omeostasi citochinica. I macrofagi infatti svolgono un ruolo chiave nella regolazione del profilo citochinico, in quanto a seconda dei diversi stimoli producono  $IL_{10}$  o  $IL_{12}$  inibendo l'attività cellulo-mediata ed antitumorale (attività anti-infiammatoria). Fra le varie alterazioni dell'omeostasi citochinica si può ricordare l'aumento dell' $IL_8$  osservabile sia nei soggetti alcolisti cronici non epatopatici ed in misura maggiore in quelli con epatopatia alcolica, patologia nella quale i livelli di  $IL_8$  correlano con la severità della malattia. Macrofagi tissutali epatici o cellule del kupffer svolgono un ruolo determinante nella genesi del danno epatico indotto da alcol. Nel fegato di alcolisti con danno epatico è rilevabile una iperplasia ed una attivazione delle cellule del Kupffer attribuibile direttamente all'alcol, ai suoi metaboliti e all'aumento di endotossine circolanti. Alla attivazione delle cellule del Kupffer conseguirebbe la liberazione di citochine ad azione pro-infiammatoria come  $TNF-\alpha$  (Tumor-Necrosis-Factor-alfa),  $TGF-\beta$  (Transformant-Growth-Factor- $\beta$ ), ed interleuchine 1-6-8, che oltre all'azione chemiotattica stimolerebbero l'espressione di molecole di adesione. Questa cascata di eventi produce il reclutamento di cellule leucocitarie sull'endotelio dei sinusoidi epatici e la liberazione di radicali liberi dell'ossigeno e di enzimi lisosomiali. L'aumentata produzione di citochine o un suo sbilanciamento nel tessuto epatico che consegue a stimoli qualitativamente e quantitativamente diversi si traduce in eventi cellulari altrettanto diversi come l'infiammazione, la necrosi o l'apoptosi epatocitaria, la colestasi, la fibrosi o la rigenerazione epatica. Questo scenario giustifica l'ampio spettro di danni epatici prodotti dall'alcol che vanno dalla steatosi all'epatite ed alla cirrosi. Anche l'aumento di alcune citochine multifunzionali può causare effetti diversi a seconda del contesto in cui esso avviene. Si può citare ad esempio il caso del  $TNF-\alpha$  che è uno dei principali mediatori del danno epatico e possiede molteplici effetti quali la capacità di stimolare proliferazione, necrosi ed apoptosi degli epatociti, nonché la produzione di fattori ad azione protettiva (SF: Survival Factor). Nel singolo caso l'effetto prevalente sarebbe determinato da cofattori come l'accumulo epatico di lipidi, la presenza di virus epatitici, endotossinemia, la quantità di fattori antiossidanti ed il grado di induzione degli enzimi epatici da parte dell'alcol. L'iposplenismo funzionale, può favorire lo sviluppo di infezioni nei soggetti con epatopatia alcolica, anche se di grado lieve (steatosi). I linfociti T costituiscono la maggior parte dei linfociti e svolgono un ruolo chiave nel regolare e nell'amplificare la risposta immunitaria. Queste cellule possono essere distinte in sotto-popolazioni dotate di caratteristiche funzionali diverse in base all'espressione di specifiche molecole di superficie. I marcatori di superficie sono stati standardizzati a livello internazionale mediante l'uso di anticorpi monoclonali e catalogati mediante numerazioni progressive in "cluster" di differenziazione (CD). Alcuni studi hanno dimostrato che la somministrazione di alcol in soggetti sani di controllo (bevitori moderati di alcol secondo gli standard indicati dall'OMS) non induceva una variazione significativa nel numero di linfociti T totali ( $CD3^+$ ), nonché nelle sotto-popolazioni  $CD4^+$  (Helper) e  $CD8^+$  (Citotossica/suppressor). Negli alcolisti sono state invece riscontrate modificazioni dei linfociti T,

soprattutto in coloro affetti anche da epatopatia alcolica. Numerosi studi hanno riportato inoltre modificazioni numeriche di alcune sottopopolazioni di linfociti in soggetti alcolisti (con e senza epatopatia) che si traducevano in disfunzioni funzionali. Diversi studi hanno evidenziato negli alcolisti cronici una correlazione tra le concentrazioni ematiche di TNF- $\alpha$ , IL1 e IL6 (citochine ad attività pro-infiammatoria) ed i parametri clinici e biochimici di danno epatico. Possibili cause dell'aumentata produzione di queste citochine sono:

- Lo stimolo continuo indotto dall'endotossinemia
- La minore disponibilità epatica di glutatione-ridotto
- La ridotta produzione di PG (ProstaGlandine) da parte dei monociti

Oltre a possedere una azione pro-infiammatoria alcune citochine come l'IL<sub>1</sub> e il TGF- $\beta$ , sembrano coinvolte nella fibrogenesi. Il TGF- $\beta$  è una citochina prodotta da diversi tipi cellulari come linfociti, macrofagi, cellule del Kupffer, fibroblasti. Nelle biopsie epatiche di soggetti alcolisti è dimostrabile un aumento della trascrizione di TGF- $\beta$ : la sua produzione sembra aumentare nelle cellule mesenchimale, nella maggior parte di quelle infiammatorie e talvolta anche negli epatociti. Il TGF- $\beta$  potrebbe svolgere un ruolo rilevante nell'incrementare la sintesi di collagene in corso di epatopatie alcoliche. L'etanolo altera inoltre l'espressione dei marker di attivazione delle cellule CD4<sup>+</sup> cioè il CD26. Le cellule Natural Killer, caratterizzate a livello periferico dalle Large Granular Lymphocytes (LGL), sono le cellule le cui caratteristiche funzionali giocano un ruolo immunologicamente importante nella sorveglianza delle neoplasie, dell'emopoiesi, dei trapianti, ma anche nelle infezioni batteriche e virali. La citotossicità NK dipendente è mediata dalla lisi delle cellule non MHC indotta e dalla lisi cellulare anticorpo dipendente, sviluppata contro bersagli NK sensibili ed insensibili.

L'alcol etilico sembra causare l'atrofia del timo tramite:

- Induzione dell'apoptosi (causa più frequente di atrofia timica)
- Alterazione delle funzioni mitocondriali dei timociti, come indicato dalla riduzione del potenziale mitocondriale di membrana e da un aumento di alcune sotto-popolazioni cellulari a bassa produzione di perossido di idrogeno
- Alterazione dei meccanismi di difesa intracellulare, come indicato dalla deplezione di glutatione
- Amplificazione dell'apoptosi timica causata dall'azione contemporanea di alcol ed infezioni

Questo effetto può essere responsabile di un sovraccarico dei normali meccanismi di clearance da parte delle cellule di Kupffer, con conseguente aumento della sintesi di anticorpi ad opera di altri organi del sistema reticoloendoteliale. Nei pazienti con cirrosi epatica alcolica è presente inoltre una riduzione dei tassi sierici di complemento, a causa forse di una loro ridotta sintesi da parte del fegato, che comporta anche una alterazione della chemiotassi dei leucociti polimorfonucleati. Il rapporto alcol etilico

e disordini immunitari è avvalorato anche dall'astinenza da alcol, che consente in due settimane di migliorare l'immunodepressione T correlata, anche se sono necessari almeno due mesi di sobrietà per normalizzare l'immunità, in particolar modo quella cellulare. Una netta diminuzione del numero di linfociti totali si osserva soprattutto nei soggetti affetti da epatite acuta alcolica; tale alterazione, comunque, si normalizza dopo la sospensione dell'assunzione di alcol. Nei soggetti con disturbo da uso di alcol lieve (abusi alcolici estemporanei) il numero di linfociti è mediamente ridotto anche se in maniera non clinicamente significativa.

## 2. Alcol metabolismo e aspetti nutrizionali

L'alcol è uno xenobiotico privo di alcun valore nutrizionale per l'uomo e, per tale ragione, non può essere immagazzinato all'interno del nostro organismo e viene rapidamente ossidato con consumo di zucchero e ATP. Il valore nutrizionale e gli effetti metabolici dell'etanolo differiscono in relazione alle modalità d'assunzione. Nei "bevitori sociali", l'uso in piccole quantità di alcol non sembra determinare alcuna modificazione sulla composizione corporea e/o sul metabolismo, invece l'assunzione di maggiori quantità di alcol da parte di soggetti abusatori occasionali comporta la riduzione dell'ossidazione lipidica con incremento del peso corporeo e della massa grassa, rappresentando un fattore di rischio per l'obesità. Al contrario, i dati della letteratura riguardanti l'effetto dell'abuso alcolico cronico sullo stato nutrizionale forniscono dati contrastanti. Queste discrepanze sono parzialmente spiegabili dalle differenze tra i campioni di soggetti esaminati (forti bevitori o soggetti affetti da dipendenza da alcol). Tuttavia, nella pratica clinica la malnutrizione, caratterizzata da riduzione del peso corporeo e della massa magra, rappresenta uno degli aspetti di più comune riscontro negli alcolisti. L'alterazione dello stato nutrizionale si verifica attraverso diversi meccanismi:

- Effetto anoressizzante
- Effetto "sostitutivo": l'etanolo, per il suo elevato contenuto calorico (7,1 Kcal/gr), supplisce più del 50% del fabbisogno energetico del paziente alcolista
- Alterazione dell'assorbimento di importanti nutrienti, come folati, tiamina ed altre vitamine dei gruppi B e C
- Cattiva digestione e/o malassorbimento dei substrati energetici, per danno a carico del fegato, pancreas ed intestino

Il malassorbimento di origine intestinale è presente in più del 60% degli alcolisti. Pertanto, è frequente riscontrare un'alterazione dei test che valutano la funzione assorbente dell'intestino, quale per esempio il test allo D-xiloso (indice di malassorbimento dei carboidrati), il test di assorbimento (ed i livelli circolanti) della vitamina B<sub>12</sub>, il breath-test al lattulosio (indice dell'alterazione del tempo di transito oro-cecale), la misurazione dei lipidi fecali (steatorrea dovuta ad insufficienza pancreatica). La molteplicità degli effetti dell'alcol sulle funzioni che modulano la digestione, l'assorbimento ed il metabolismo degli alimenti rappresenta un fattore di confondimento della valutazione

dell'impatto del consumo di etanolo sullo stato nutrizionale. In particolare, restano da definire molti degli effetti dell'abuso cronico di alcol sul metabolismo energetico, ossidazione dei substrati e composizione corporea dell'uomo; parimenti, rimane ancora dibattuto il ruolo relativo svolto dai danni organici provocati dall'etanolo e dai suoi effetti metabolici sulla patogenesi della malnutrizione di questi pazienti. A tal proposito, si possono ricordare le conclusioni raggiunte da alcuni studi che hanno analizzato l'effetto dell'abuso cronico di etanolo sul metabolismo energetico e sull'ossidazione dei substrati in soggetti che non utilizzavano l'alcol come un sostituto del cibo e non presentavano evidenze cliniche e laboratoristiche di epatopatia e/o malassorbimento. Tali pazienti mostrano un incremento del dispendio energetico a riposo in parte dovuto all'induzione del sistema di ossidazione microsomiale dell'etanolo (MEOS: Microsomal Ethanol Oxidative System) ed in parte correlato ad un'alterazione dell'ossidazione dei substrati, caratterizzata dall'utilizzazione preferenziale di lipidi e riduzione dell'ossidazione dei carboidrati, come indicato dal basso quoziente respiratorio non proteico. Quanto scritto può spiegare la frequente riduzione della massa grassa nei pazienti alcolisti. L'alcolista spesso presenta anche un'alterazione della distribuzione del grasso corporeo, testimoniata dall'incremento del rapporto vita-fianchi, indice di accumulo preferenziale di grasso nella regione intra-addominale. Si tratta di una informazione clinicamente rilevante, dal momento che è proprio l'incremento della quota di tessuto adiposo intra-addominale ad essere un fattore di rischio per la sindrome polimetabolica (o da insulino-resistenza), le cui principali espressioni fenotipiche sono l'ipertensione, le patologie cardiovascolari, la ridotta tolleranza glucidica/diabete, la steatosi epatica e la colelitiasi. Lo schema del possibile meccanismo fisiopatologico alla base dell'incremento del consumo energetico e dell'ossidazione lipidica, della riduzione della massa grassa e dell'alterazione della distribuzione del grasso corporeo vede come alterazione critica nei soggetti abusatori di alcol un aumento del release di glicocorticoidi e aumento dell'attività dell'ADH (Alcohol DeHydrogenase) che comporta a livello sistemico una alterazione fenotipica evidente con aumento del rapporto vita-fianchi e dello stress ossidativo con danni e ripercussioni anche a carico anche dell'attività cardiaca. Nei bevitori sociali, l'ossidazione dell'etanolo ad acetaldeide avviene principalmente attraverso il sistema enzimatico dell'alcol deidrogenasi (ADH) ed è associata alla produzione di NADH (Nicotinamide-Adenin-Dinucleotide-Ridotto) precursore che porta alla sintesi di ATP (Adenosin-Tri-Fosfato), con conseguente conservazione di energia. Negli alcolisti una gran quantità di etanolo (fino al 50%) è, invece, ossidata attraverso il sistema MEOS che utilizza un composto ad alto contenuto energetico, il NADPH (Nicotinamide-Adenin-Dinucleotide-Fosfato-Ridotto) che porta alla produzione di calore e non di ATP con incremento del dispendio di energia a riposo. A tale aumento possono contribuire:

- L'incremento di produzione delle catecolamine causato dall'acetaldeide
- L'azione tachicardizzante dell'acetato
- L'aumentata produzione di radicali liberi dell'ossigeno (acqua ossigenata ed anione

superossido) che attraverso l'induzione enzimatica del sistema mitocondriale (sede dell'ossidazione lipidica), provocano la formazione dei mitocondri giganti con incremento della ossidazione lipidica

- L'alterazione del bilancio ormonale in favore dei glicocorticoidi, favorente l'alterazione della distribuzione del grasso corporeo

Nei pazienti senza gravi patologie alcol-correlate, le alterazioni metaboliche e nutrizionali sono completamente reversibili dopo circa tre mesi di totale astensione da alcol, anche in assenza di terapia farmacologica e/o integrazione dietetica. Questo periodo rappresenta il tempo minimo necessario per normalizzare la funzione del sistema MEOS e dei mitocondri. La reversibilità delle alterazioni mitocondriali è, con ogni probabilità, legata all'interruzione dello stress ossidativo ed al ripristino di un adeguato patrimonio di sostanze antiossidanti, come confermano i risultati ottenuti di interruzione della somministrazione di etanolo in un nostro modello sperimentale.

### 3. Ricostituzione nutrizionale nel paziente alcol dipendente

Il principale obiettivo nutrizionale per i pazienti etilisti cronici è la riduzione della dispepsia e del malassorbimento al fine di prevenire l'aggravarsi della malnutrizione. La sofferenza epatica dovuta ad etilismo cronico porta a iponutrizione e a deficit dell'assorbimento di elementi essenziali quali le vitamine. Tale sofferenza è sostenuta dall'anoressia indotta dall'etanolo e da alterazioni metaboliche che portano ad uno stato ipercatabolico. Lo stato ipercatabolico e l'aumento del metabolismo basale sono causa dell'insorgenza di cirrosi epatica e pancreatiti nei soggetti etilisti. La steatorrea è molto severa e si sviluppa prima della maldigestione delle proteine e dei carboidrati. Un deficit multivitaminico di retinolo (vitamina A), colecalciferolo (vitamina D), fillochinone (vitamina K), tocoferolo (vitamina E), Coenzima Q10 o ubiquinone (Vitamina Q) si verifica in parallelo alla severità della steatorrea. Inoltre di frequente riscontro sono i deficit specifici di acido folico, zinco, magnesio e tiamina.

La riabilitazione nutrizionale del paziente etilista cronico ha due scopi principali:

- a) Compensare il bilancio nitrogenico negativo (dovuto a malnutrizione e catabolismo proteico): indicato un apporto calorico giornaliero di 2000-2500 Kcal con contenuto proteico di almeno 1,5 gr/Kg di peso corporeo.
- b) Apportare mediante integrazione multivitaminica i nutrienti necessari al corretto funzionamento dell'organismo dato il pandeficit vitaminico relativo, in particolare, alle vitamine del gruppo B come tiamina (vitamina B1), riboflavina (vitamina B2), vitamina PP o niacina (vitamina B3), piridossina (vitamina B5), acido pantotenico (vitamina B6), acido folico (vitamina B9) e cianocobalamina (vitamina B12) che è causato da iponutrizione e malassorbimento per alterazione della flora batterica intestinale determinata dall'abuso cronico di alcol.

Nella riabilitazione nutrizionale bisognerà tenere conto delle capacità funzionali



residue epatica e pancreatica poiché, frequentemente, i soggetti con etilismo cronico presentano quadri anche complessi di cirrosi e pancreatite cronica oltre che di diabete mellito di tipo II°. Valutata, pertanto, la capacità funzionale residua (gravità della malnutrizione e capacità digestiva residua mediante appositi nomogrammi come ESPEN-NRS-Nutritional-Risk-Score o più comunemente utilizzato l'SGA-Global Assessment Score) a seconda del quadro clinico presente si procederà attraverso tali protocolli:

a) Funzione pancreatica e epatica non compromesse con quadro di pancreatite acuta:

I pazienti con pancreatite acuta presentano un deficit multi organo con quadro ipermetabolico complicato dalla sepsi; il dispendio energetico a riposo di tali pazienti è notevolmente aumentato. L'approccio nutrizionale migliore a tale condizione è, come dimostrato da numerosi trials clinici, quello della nutrizione enterale digiunale (mediante PEG: gastrotomia percutanea endoscopica con apposizione di sondino e pompa di infusione se si prevede un periodo prolungato di nutrizione enterale assistita o mediante sondino naso-digiunale se il periodo non è superiore alle 2 settimane); si raccomandano 25-35 kcal/kg di peso corporeo/giorno con somministrazione di lisati a basso peso molecolare contenenti elementi nutrizionali elementari quali: zuccheri, idrolizzati proteico/amminoacidici e grassi. Monitorando con attenzione la glicemia e la colesterolemia plasmatica per evitare ipocolesterolemia e iperglicemia. Va sottolineato come, mentre l'infusione endovenosa in NPT (Nutrizione Parenterale Totale) di glucosio, lipidi o idrolizzati proteico/amminoacidici porta a stimolazione della secrezione pancreatica esocrina peggiorando il quadro pancreatitico, la somministrazione di tali nutrienti mediante nutrizione enterale digiunale o non stimola o stimola poco la secrezione esocrina pancreatica, costituendo in tal modo il miglior approccio nutrizionale per tale condizione allo stato attuale.

b) Funzione pancreatica ed epatica compromesse con quadro di pancreatite acuta non presente ma pancreatite cronica:

Circa l'80% dei soggetti in cui è presente pancreatite cronica, trae beneficio dal trattamento analgesico dei dolori post-prandiali, dalla integrazione dietetica, da raccomandazioni su un corretto regime dietetico con aumento dell'apporto calorico e da supplementazione orale di enzimi pancreatici. Il 10-15% di tali soggetti necessita di supplementazione orale con pasti contenenti idrolisati proteici, glucosio e lipidi; circa il 5% necessita di nutrizione enterale assistita (mediante PEG o mediante sondino naso-digiunale), meno dell'1% richiede una NPT (Nutrizione Parenterale Totale). La rialimentazione orale può essere avviata se il paziente è stabile, non sono presenti ostruzioni allo svuotamento gastrico ed il dolore è cessato o viene trattato con terapia analgesica, inoltre i valori di amilasi e lipasi sono diminuiti o poco alterati. Se la dieta è ben tollerata, la nutrizione può essere aumentata in modo continuo. Non devono essere utilizzati prodotti specifici. I requisiti nutrizionali dipendono dalla gravità della



malattia. Il dolore post-prandiale è un nodo cruciale nella riabilitazione nutrizionale dell'etilista ed è dovuto a flogosi cronica diffusa del tubo-digerente, presenza di stenosi piloro-duodenali, sviluppo di fistole o riacutizzazioni pancreatiche. Circa il 20-30% dei pazienti etilisti con pancreatite cronica sviluppano diabete insulino-dipendente e necessitano, pertanto, di apposito trattamento. La digestione lipidica è compromessa dalla riduzione della secrezione della lipasi e dalla diminuzione della quantità di bile rilasciata dopo i pasti: ciò, accanto alla diminuita secrezione di bicarbonati, porta il pH del duodeno ad abbassarsi fino a valori pari a 4 con conseguente malassorbimento (dovuto all'inattivazione o distruzione della lipasi) e sviluppo di quadri molto gravi di infiammazione. Tale condizione è alla base della progressiva e ingravescente steatorrea tipica degli etilisti cronici. La lipasi gastrica potrebbe compensare la ridotta attività della lipasi digiunale se non fosse che i gravi quadri di gastrite cronica compromettono il funzionamento anche di questo enzima. Le raccomandazioni dietetiche prevedono ovviamente l'astinenza da alcol, riposo assoluto, dieta ricca in carboidrati e proteine. I pasti devono essere non abbondanti e frequenti (4-5 pasti/die).

## Bibliografia

- Mantle D., Preedy V.R., *Free radicals as mediators of alcohol toxicity*, Adverse Drug React. Toxicol. Rev., 1999, 18: 235-252
- Molina P.E., Lang C.H., McNurlan M., Bagby G.J., Nelson S., *Chronic alcohol accentuates simian acquired immunodeficiency syndrome-associated wasting*, Alcohol Clin. Exp. Res., 2008, 32:138-147
- Nelson S., Bagby G.J., *Alcohol and HIV Infection*, Trans. Am. Clin. Climatol. Assoc., 2011, 122: 244-253
- Schirmer M., Widerman C., Konwalinka G., *Immune system In "Handbook of Alcoholism"* (Zernig G., Saria A., Kurz M., O'Malley S., eds.), Boca Raton, FL, CRC Press, 2000, pp. 225-230
- Spitzer J.A., Zhang P., Bagby G.J., Stouwe C.V., Nelson S., *Sex differences in the modulation by ethanol of lung chemotaxis*, Alcohol. 2002, 28: 95-102
- Zhang P., Bagby G.J., Happel K.I., Raasch C.E., Nelson S., *Alcohol abuse, immunosuppression, and pulmonary infection: a review*, Curr. Drug Abuse Rev., 2008, 1: 56-67

## 7. Altre patologie d'organo e apparato

**Giovanna Morelli**

L'abuso di alcol comporta un danno a carico di vari organi e apparati determinando quadri patologici diversi a seconda che si tratti di una intossicazione acuta o di un quadro di intossicazione cronica.

### 1. Alcol e tubo digerente

L'apparato digerente è spesso colpito precocemente dall'alcol. Il danno da abuso alcolico può determinare lesioni reversibili e funzionali accanto a lesioni irreversibili e disfunzionali che sono correlate al tipo e alla frequenza dell'assunzione degli alcolici.

A carico della cavità orale l'alcol può modificare la flora batterica saprofitica provocando **stomatiti carenziali** e **parodontopatia**.

#### 1.1 Alcol e Esofago

L'abuso cronico degli alcolici determina alterazione della motilità dell'esofago e alcuni studi ne hanno in gran parte chiarito gli effetti fisiopatologici. L'alterazione più caratteristica è rappresentata dall'aumentata ampiezza delle onde di contrazione del corpo esofageo che può essere considerata un marker manometrico di alcolismo. Le contrazioni del corpo esofageo sono, in alcuni casi, di ampiezza così elevata da consentire la diagnosi manometrica di esofago "a schiaccianoci", il cosiddetto "nutcracker esophagus" degli Autori anglosassoni.

Certamente i disordini della motilità esofagea non sono, a differenza di quanto creduto fino a pochi anni fa, in rapporto con la neuropatia alcolica poiché sono presenti anche in alcolisti cronici senza segni di danno neurologico.

I disordini della motilità indotti dall'alcol contribuiscono, tramite il rilassamento dello sfintere esofageo superiore e inferiore e le alterazioni della peristalsi primaria e secondaria, a determinare un aumento dell'acido refluito e a favorire l'insorgere di **reflusso gastroesofageo** e di **esofagite acuta e cronica**.

La sintomatologia di tali condizioni è caratterizzata da dolore retrosternale, piroisi, rigurgiti acidi e disfagia. Una delle manifestazioni più temibili a livello esofageo da abuso di alcol è la **sindrome di Mallory Weiss** caratterizzata da lacerazione longitudinale della mucosa esofagea in sede sopracardiale che si manifesta in occasione di ripetuti conati di vomito o attacchi di tosse. Gli eventi che si susseguono sono rappresentati da abuso alcolico, nausea, vomito ed ematemesi. La patogenesi è rappresentata da un elevato gradiente pressorio causato dalla capacità dell'alcol di provocare incoordinazione motoria e mancato rilasciamento del tratto gastroesofageo.

## 1.2 Alcol e Stomaco

Le bevande alcoliche sono alla base della comparsa di alterazioni funzionali e morfologiche dello stomaco anche a causa dell'elevata concentrazione dell'etanolo a livello del lume gastrico. Le dosi di alcol, il tipo di bevanda e la durata dell'abuso possono modificare l'attività secretiva e l'effetto può essere sia stimolante che inibente. È stato dimostrato che la mucosa gastrica è dotata di un sistema enzimatico capace di metabolizzare circa il 20% di etanolo e quindi costituire un effetto barriera capace di opporsi al passaggio eccessivo di alcol nel circolo sistemico. Tale effetto è ridotto nei gastrosesecati, nelle donne e nei soggetti che abusano cronicamente di alcol. In corso di intossicazione alcolica acuta è possibile l'insorgenza di **gastropatia erosiva** con comparsa di erosioni superficiali a livello antrale ed **emorragia digestiva**. Le lesioni compaiono circa 1 ora dopo l'ingestione e si risolvono in 16-72 ore dalla sospensione dell'assunzione. Negli assuntori cronici è frequente la **gastrite cronica** inizialmente caratterizzata da un infiltrato infiammatorio superficiale della mucosa gastrica che in seguito coinvolge l'intero spessore. In questa fase è presente ipertrofia della mucosa, successivamente compare atrofia ghiandola con riduzione dello spessore della mucosa gastrica, ridotta secrezione di acido cloridrico e di fattore intrinseco con ridotti livelli sierici di vitamina B12. La gastrite cronica non sembrerebbe reversibile alla sospensione del potus e da un punto di vista fisiopatologico non espressione dell'effetto dell'etanolo ma di più fattori concomitanti come deficit nutrizionali, assunzione di farmaci gastrolesivi, alterata motilità e infezione da *Helicobacter Pylori*. L'incidenza di **ulcera gastrica** nei soggetti dediti all'abuso di alcol non differisce molto da quella presente nella popolazione generale. Non è mai stata documentata una aumentata frequenza di ulcera gastroduodenale in soggetti alcolisti esenti da cirrosi epatica e da pancreatite cronica.

## 1.3 Alcol e Intestino

A livello intestinale l'alcol esercita un'azione lesiva in modo differente a seconda dei tratti interessati. A livello del digiuno avviene gran parte dell'assorbimento dell'alcol. Dopo assunzione acuta di quantità elevate di alcol si verifica una lesione morfologica costituita da un accumulo di liquidi sottoepiteliali dovuto ad un incremento della permeabilità microvascolare della mucosa per rilascio di mediatori chimici in risposta all'azione dell'alcol. L'alcol mette in atto una azione lesiva diretta ed una azione lesiva indiretta; quest'ultima è dovuta alla stimolazione della secrezione di citochine, istamina e leukotrieni che danneggiano il microcircolo, inducono trombosi e, alterando i villi, determinano la possibilità di ingresso nel circolo di macromolecole che in genere non possono passare (come la emoglobina) e di endotossine (queste a loro volta provocano la secrezione di citochine come il TNF-alfa). Lo sviluppo della flora batterica intestinale patogena fa parte del quadro dei danni epatici dell'alcolismo anche quando non è presente cirrosi o pancreatite. Si osservano, inoltre, inibizione del trasporto sodio-dipendente di glucosio e galattosio attraverso la mucosa digiunale, riduzione del trasporto di elettroliti e acqua e riduzione dell'assorbimento di tiamina, acido folico e acido ascorbico. L'aumentata motilità per stimolazione diretta delle fibrocellule muscolari lisce della parete

intestinale da parte dell'alcol, determina un aumento della velocità di transito che può spiegare la diarrea che spesso segue ad un abuso acuto. Queste alterazioni sono reversibili se la mucosa viene sottratta al contatto con l'etanolo.

In corso di etilismo cronico, è possibile evidenziare un quadro di malassorbimento caratterizzato da aumento dell'assorbimento degli zuccheri e riduzione dell'assorbimento di tiamina, calcio, magnesio, zinco, folati e vitamina B12.

## **2. Alcol e pancreas**

### **2.1 Pancreatite acuta**

Si è osservato come gli episodi di pancreatite acuta in soggetti dediti all'abuso di alcol fossero da considerare come forme di pancreatite cronica in fase iniziale.

Casi di pancreatite acuta sarebbero correlati all'assunzione di notevoli quantità di superalcolici soprattutto in soggetti giovani (consumo eccessivo episodico). Momento chiave del danno pancreatico alcolcorrelato si rileva a seguito delle modificazioni funzionali a carico dello sfintere di Oddi, un complesso di fibrocellule muscolari lisce che avvolgono la porzione terminale del coledoco, del dotto pancreatico e l'ampolla duodenale. Per quanto si desume dalla letteratura a riguardo, l'etanolo secondo alcuni potrebbe essere responsabile di uno spasmo della muscolatura liscia sfinteriale, altri invece addebitano all'alcol il rilievo di un'incontinenza dello sfintere di Oddi per riduzione del tono basale associata ad una aumentata secrezione enzimatica.

Il quadro clinico è caratterizzato da dolore addominale intenso irradiato a cintura, nausea e vomito, subittero sclerale. Nelle forme severe è presente peritonismo con riduzione o assenza di peristalsi, febbre con leucocitosi, aumento dei valori di amilasemia, amilasuria, lipasemia. La pancreatite acuta decorre per lo più in forma lieve e autolimitante con prognosi buona.

Nel 20% dei casi evolve nella forma necrotica con alto rischio di mortalità.

### **2.2 Pancreatite cronica**

L'abuso di alcol è riconosciuto come causa di pancreatite cronica (80%). La maggior parte dei pazienti è di sesso maschile con un consumo alcolico di almeno 150 g/die per un periodo di 10-15 anni. La pancreatite cronica è la diretta conseguenza di ripetuti episodi di pancreatite acuta. Il consumo alcolico determina modificazioni strutturali della ghiandola pancreatica dovute istologicamente ad un processo infiammatorio cronico caratterizzato da atrofia della componente acinare, un'alterazione del calibro dei duttuli di natura regressiva ed un aumento della componente fibrosa interlobulare del parenchima.

Almeno inizialmente la distribuzione delle lesioni è di tipo focale per cui tra lobuli distrutti, non è raro rilevare aree di parenchima ghiandolare non interessate dalla malattia (spotty lesion). È noto come l'abuso cronico di alcol sia in grado di modificare la

capacità secretoria degli acini pancreatici condizionando la normale composizione del secreto. Si hanno pertanto precipitati proteici con formazione di aggregati intraduttali, processi ostruttivi e conseguente flogosi periduttale. Il quadro clinico è caratterizzato da dolore addominale epigastrico a barra, trasversale, continuo. Le crisi sono scatenate da pasti ricchi di grassi e alcol.

Vi è aumento di amilasemia, amilasuria, lipasemia anche se in misura minore rispetto alla pancreatite acuta. Talvolta si manifesta ittero di grado lieve, aumento della Gamma GT e fosfatasi alcalina. Le crisi inizialmente sono frequenti e possono complicarsi con formazione di cisti, pseudocisti e stenosi del coledoco terminale. In seguito con la progressiva atrofia della ghiandola le crisi si fanno meno frequenti e di più lieve intensità e si instaura uno scompenso metabolico con segni di insufficiente secrezione esocrina che comporta dispepsia, malassorbimento, steatorrea e dimagrimento. Nelle fasi più tardive la ridotta produzione di insulina comporta un quadro progressivo di diabete mellito tipo 2. Un consumo basso o moderato di alcol, in alcuni soggetti, mostra invece un effetto protettivo nei confronti del diabete di tipo 2 attraverso una maggiore sensibilità periferica all'insulina.

### 3. Alcol e sistema endocrino

L'abuso di alcol ha gravi effetti negativi sui diversi componenti del sistema endocrino dovuti sia all'azione diretta dell'alcol e dei metaboliti sulle cellule endocrine con inibizione-stimolazione della loro attività funzionale sia alla compromissione epatica con alterazione dei processi metabolici di ormoni e proteine. L'alcol provoca disturbi ormonali che determinano conseguenze a livello fisiologico e comportamentale.

#### 3.1 Asse ipotalamo ipofisi gonadi

L'ipotalamo, attraverso l'ormone rilasciante gonadotropine GnRH, stimola la produzione ipofisaria degli ormoni luteinizzante (LH) e follicolostimolante (FSH) che regolano la produzione di ormoni gonadici, testosterone nel maschio, estrogeni e progesterone nella femmina.

L'abuso cronico di alcol, nella femmina, causa dispareunia, disturbi mestruali e anovulazione con riduzione della fase luteale. La ridotta fertilità nella donna alcolista appare correlata alla soppressione della secrezione gonadotropica, con aumentati livelli di prolattina, con riduzione degli estrogeni nella prima fase ciclica e del progesterone nella seconda e con aumentata produzione di androgeni surrenalici. Nell'uomo provoca riduzione dei livelli circolanti di testosterone e 5-diidrotosterone con conseguente oligospermia, ginecomastia, impotenza, declino della libido e atrofia testicolare. Nel maschio la riduzione di testosterone e aumento dell'estradiolo potrebbe spiegare la comparsa di segni di femminilizzazione.

#### 3.2 Asse ipotalamo ipofisi surrene

L'asse ipotalamo ipofisi surrene è sotto il controllo delle monoamine cerebrali che

regolano la produzione di CRH ipotalamico che stimola l'increzione di ACTH capace di secrezione corticosurrenalica.

Numerosi studi hanno dimostrato che l'assunzione acuta di alcol attiva l'asse ipotalamo ipofisi surrene che porta ad un aumento dose correlato di glucocorticoidi che determina, a sua volta, una manifestazione clinica simili al morbo di Cushing detta pseudo Cushing con strie rubre, facies lunare, astenia muscolare, acne, diabete, ipertensione e disturbi psicologici legati all'eccesso di cortisolo non sopprimibile col test al desametasone. Una normale risposta del cortisolo plasmatico all'ipoglicemia indotta dalla somministrazione di insulina può distinguere tali pazienti da quelli affetti da sindrome di Cushing. Nelle femmine si hanno irsutismo e disturbi mestruali. La sindrome può recedere dopo 3-4 mesi dalla sospensione del potus.

### **3.3 Asse ipotalamo ipofisi e prolattina**

Il ruolo dell'ipotalamo è di inibizione sul release della prolattina mediata dalla dopamina. Siccome l'alcol riduce gli effetti inibitori della dopamina la prolattina aumenta dopo assunzione acuta o cronica di alcol. L'iperprolattinemia può portare a ipogonadismo, oligo o azospermia, impotenza e ginecomastia nel maschio e alterazione del ciclo ovarico e galattorrea nella femmina.

### **3.4 Asse ipotalamo ipofisi tiroide (HPT)**

L'asse ipotalamo ipofisi tiroide è sotto il controllo delle vie monoaminergiche cerebrali (noradrenergiche ipotalamo infundibulare) che regolano la produzione dell'ormone rilasciante tireotropina TRH ipotalamico capace di stimolare l'ormone tireostimolante TSH ipofisario che stimola la produzione di ormoni tiroidei tiroxina e triiodotironina. L'assunzione di alcol non comporta alterazioni significative nei livelli degli ormoni ma negli alcolisti cronici si verifica un'attenuazione della risposta del TSH al TRH per probabile effetto dell'eccesso di dopamina indotto dall'alcol. Tale attenuazione avviene durante la sindrome di astinenza iniziale ed è correlata in modo significativo alla gravità dei sintomi astinenziali. Dopo una variabile fase di astinenza i livelli ormonali e la risposta del TSH al TRH ritornano nella norma. La dopamina svolge un ruolo di neurotrasmettitore e di ormone che inibisce il rilascio di TSH e prolattina dall'ipofisi. Ciò è dimostrato dal fatto che negli alcolisti in sindrome di astinenza il rilascio della prolattina in risposta a TRH è ridotto.

Nei pazienti abusatori cronici con o senza compromissione epatica si può evidenziare una diminuzione dei livelli di T3. Nei pazienti con compromissione epatica è possibile evidenziare livelli di T3 sia aumentati che diminuiti, facendo supporre un'alterazione dell'attività dell'enzima 5-desiodasi tipo I.

### **3.5 Asse ipotalamo ipofisi e ormone della crescita**

L'ipotalamo secreta il fattore di rilascio dell'ormone della crescita GR, ma produce anche la somatostatina che inibisce la secrezione del GH. Il GH ha come organo

bersaglio il fegato che provoca la produzione di IGF-1 cioè del fattore di crescita insulino-simile 1, una sostanza chimica che svolge a livello cellulare le funzioni del GH quali regolarizzazione del sistema immunitario, metabolismo del carboidrati e dei lipidi, accrescimento dell'osso. L'IGF agisce retroattivamente sull'ipotalamo per ridurre la secrezione di GH; il GH inibisce se stesso attraverso il blocco della secrezione del GRF e la produzione di somatostatina. Il consumo cronico o acuto di alcol riduce i livelli di GH e IGF-1 e tale abbassamento può determinare arresto dello sviluppo somatico negli adolescenti e astenia muscolare e abbassamento delle difese immunitarie, specie negli anziani.

## Bibliografia

- Wienbeck M., Bergers W., *Oesophageal lesions in the alcoholic*, Clin Gastroenterol 1981; 10: pp 375-388
- Keshawarziana A., Iber F.L., Ferguson Y., *Esophageal monometry and radionuclide emptyng in chronic alcoholics*. Gastroenterol 1987; 92: pp 651-657
- Grade L., Monferote R., Ros E. et al., *High amplitude contractions in the middle third of the oesophagus: a monometric marker of chronic alcoholism*, Gut 1996; 38: pp 655-662
- Uppal R., Lateef S.K., Korsten M.A., Paronetto F., Lieber C.S., *Chronic alcoholic gastritis. Roles of alcohol and helicobacter pylori*, Arch. Inter Med 199;1 151(4): pp 760-764
- Roberts D.M., *Chronic gastritis, alcohol, and non ulcer dyspepsia*, Gut 1972; 13: pp 768-774
- Persson J., *Alcohol and the small intestine*, Scand jGastroenterol 1991; 26: 3
- Bujanda L., *The effect of alcohol consumption upon the Gastrintestinal Tract*. Am J Gastroenterol 2000;95: pp3374-82
- Tapia J.A., Salido G.M., Gonzales A., *Ethanol consumption as inductor of pancreatitis*. World Gastrointestinal Pharmacol Ther 2010; 1: pp 3-8
- Apte M.V., Wilson J.S., *Alcohol-induced pancreatic injury*, Best Pract Res Clin Gastroenerol 2003; 17(4): pp 593-612
- Koppes L.L., Dekker J.M., Hendriks H.F., et al., *Moderate alcohol consumption lowers the risk of type 2 diabetes: a metanalysis of prospective observational studies*, Diabetes Care 2005; 28: pp 719-725
- Rivier C., Lee S., *Acute alcol administration stimulates the activity of hypothalamic neurons that express corticotropin-releasing factor and vasopressin*, Brain Res 1996; 726: pp 1-10
- Jensen T.K., Hjollund N.H., Henriksen T.B., et al., *Does moderate alcohol cosumption affect fertility? Follow up study among couplet planning first pregnancy*, BMJ, 1998; 317: pp 505 -510
- Mthusami K.R., Chinnaswamy P., *Effect of chronic alcoholism on male fertility hormones and semen quality*, Fert. Steril, 2005; 84: pp 919-924

Sarkar D.K., *Hyperprolactinemia. following chronic alcohol administration*, Front Horm Res 2010; 38: pp 32-41

Lippas I, Piperi C., Malitas P.N., et al., *Interrelationship of hepatic function, thyroid activity and mood status in alcohol-dependent individuals*, In Vivo 2006; 20: pp 293-300

Pienaar W.P., Roberts M.C., Emseley R.A., et al., *The thyrotropin releasing hormone*

ASL BRESCIA



# Alcol e disturbo mentale

# 4

**Antonio Vita, Stefano Barlati, Giacomo Deste,  
Francesca Milani, Ida Nardandrea**

## Introduzione

Nonostante l'utilizzo di bevande alcoliche sia noto fino dai tempi antichi, presso le popolazioni dei sumeri, babilonesi, egizi, greci e romani, soltanto nei primi anni del XIX secolo si assiste ad un aumento di interesse per gli effetti dannosi derivanti dall'assunzione di quantità eccessive di alcol. Ciò si verifica, peraltro, non per motivazioni primariamente sanitarie: nell'Inghilterra della rivoluzione industriale, l'abuso di alcol assume rilevanza sociale non tanto per i danni alla salute dei cittadini quanto per gli effetti sui livelli della produzione. Il primo autore a parlare di alcolismo nella medicina moderna è stato il medico svedese Magnus Huss che, nella sua opera *Alcoholismus chronicus*, pubblicata in Svezia ed in Germania nel 1849, definiva il disturbo nel suo duplice versante fisico e mentale (Knight et al., 1994). Nel 1970 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito la "Sindrome da Dipendenza da Alcol" sulla base delle caratteristiche della dipendenza farmacologica e l'ha inserita, con l'ICD-9 (1970), nella categoria nosografica dell'alcolismo cronico, della dipsomania e dell'ubriachezza in corso di alcolismo. Nelle prime due edizioni del DSM (1952 e 1968), l'alcolismo è stato classificato fra i disturbi della personalità e considerato uno specifico sottotipo della personalità sociopatica: è soltanto con il DSM-III (1980) e con il DSM-III-R (1987) che i disturbi da uso di sostanze, tra cui rientrano i disturbi da uso di alcol, vengono separati dai disturbi di personalità e posti rispetto a questi su un asse diverso (Asse I). Inoltre a partire dal DSM III viene operata una distinzione tra abuso e dipendenza da alcol (Cassano GB et al., 1999). Nella quinta edizione del DSM è stata eliminata la distinzione tra abuso e dipendenza da alcol, che è stata sostituita con la nuova categoria "Disturbo da Uso di Alcol (AUD)". Secondo i criteri diagnostici del DSM V, il Disturbo da Uso di Alcol è caratterizzato da un pattern problematico di uso di alcol che provoca disagio clinicamente significativo, come indicato dalla presenza di almeno due dei seguenti sintomi nell'arco di un periodo di 12 mesi:

1. L'alcol è spesso assunto in quantità maggiori o per un periodo più lungo di quello previsto
2. Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso di alcol
3. Una grande quantità di tempo viene spesa in attività volte a procurarsi l'alcol, assumerlo o riprendersi dai suoi effetti

4. Craving o forte desiderio o bisogno di assumere alcol
5. L'uso ricorrente di alcol provoca un'incapacità a portare a termine i propri compiti principali di ruolo sul lavoro, a scuola o a casa
6. Uso di alcol continuato nonostante persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o aggravati dagli effetti dell'alcol
7. Attività sociali, professionali, o ricreative importanti sono interrotte o ridotte a cause del consumo di alcol
8. Uso di alcol ricorrente in situazioni pericolose
9. L'uso di alcol è continuato nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico causato o esacerbato dall'alcol
10. Tolleranza, come definita da uno dei seguenti:
  - a) la necessità di un marcato aumento della quantità di alcol per raggiungere livelli di intossicazione o l'effetto desiderato
  - b) un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità di alcol
11. Astinenza, come definito da uno dei seguenti:
  - a) caratteristica sindrome da astinenza da alcol
  - b) l'alcol (o una sostanza strettamente correlata, ad esempio una benzodiazepina) è assunto per alleviare o evitare i sintomi di astinenza

Il Disturbo da Uso di alcol (abuso e dipendenza alcolica) è molto frequente: negli Stati Uniti, la prevalenza di questo disturbo si attesta infatti intorno al 4,6% tra i 12 e i 17 anni di età e all' 8,5% sopra i 18 anni. Il disturbo si presenta più spesso nei maschi (12,4%) che nelle femmine (4,9%), con un picco nell'età compresa tra 18 e 29 anni (16,2%) e diminuisce progressivamente fino alle fasce di età più anziane (dai 65 anni prevalenza 1,5%), con differenze a seconda dei diversi gruppi etnici (APA, 2013).

## 1. Il problema della “doppia diagnosi”

Con il termine Dual Disorder (Dual Diagnosis o Doppia Diagnosi) ci si riferisce alla presenza contemporanea di disturbi legati all'assunzione di sostanze d'abuso e disturbi psichiatrici, in particolare Disturbi di Personalità, Disturbi dell'Umore, Disturbi Psicotici e alcuni Disturbi d'Ansia. Sin dal 1960 molti studi hanno indagato la prevalenza dell'abuso di sostanze voluttuarie tra i pazienti psichiatrici (Blumberg et al, 1971). Tuttavia l'interesse per la comorbidità tra disturbi psichiatrici e disturbi da uso di sostanze è aumentato solo a partire dagli ultimi due decenni, quando una serie di studi sulla popolazione generale ha documentato sia una elevata prevalenza di disturbi psichiatrici nella popolazione generale, sia una elevata prevalenza di comorbidità, in particolare tra disturbi da uso di sostanze e disturbi d'ansia e dello spettro dell'umore (Grant et al., 2006; Regier et al., 1990). La comorbidità tra abuso di sostanze e disturbi psichiatrici è una condizione comune: la presenza di disturbi psichiatrici in pazienti con abuso di sostanze è documentata con tassi di prevalenza variabili tra il 50% e il

93% (Regier et al, 1990). Uno studio epidemiologico condotto negli USA dal National Institute of Mental Health (Regier et al, 1990) sulla comorbidità tra abuso di alcol o altre sostanze e disturbi psichiatrici ha rilevato che il 29% dei soggetti con diagnosi di disturbi psichiatrici presentava una diagnosi lifetime di disturbo da abuso-dipendenza da sostanze. In particolare, tra i pazienti con diagnosi di schizofrenia la presenza di comorbidità con una diagnosi di dipendenza da sostanze saliva fino al 47%, con una percentuale maggiore a carico dell'alcol (33,7%) e minore per tutte le altre sostanze (13,3%).

Abuso di sostanze è stato inoltre riscontrato nell'83,6% di pazienti con disturbo antisociale di personalità, nel 23,7% di pazienti con disturbo d'ansia e nel 60,7% di pazienti con disturbo bipolare tipo I. (Regier et al, 1990). Questi dati evidenziano come persone affette da disturbi psichiatrici presentino un rischio maggiore di sviluppare disturbi da uso di sostanze rispetto alla popolazione generale, per la quale la prevalenza dell'abuso/dipendenza da sostanze è compresa tra il 15 ed il 18% (Galanter et al, 1998). La presenza di una "doppia diagnosi" aggrava la prognosi del paziente, associandosi a un maggiore tasso di ricoveri in ambito psichiatrico (Hunt et al, 2002), ad un aumento dei comportamenti violenti, aggressivi ed anticonservativi, ad un incremento della spesa sanitaria e ad un peggioramento degli esiti di trattamento. Inoltre, la presenza di un disturbo psichiatrico associato ad un disturbo da abuso di sostanze comporta una serie di difficoltà non soltanto da un punto di vista strettamente clinico (maggiore gravità dei sintomi psichiatrici, richiesta di maggiori dosaggi farmacologici per il controllo dei sintomi, maggiore difficoltà dei trattamenti terapeutici non farmacologici e riabilitativi), ma anche da un punto di vista sociale, medico-legale ed economico.

## 2. Disturbo da uso di alcol e Disturbo bipolare

La comorbidità di disturbo da uso di alcol in pazienti affetti da disturbo bipolare può arrivare al 45% (Cardoso et al., 2008), e risulta essere più elevata nei pazienti affetti da disturbo bipolare I che in quelli affetti da disturbo bipolare II (Hasin et al., 2007). Nei pazienti bipolari l'uso di alcol è prevalente nei soggetti di sesso maschile (Frye et al., 2003). Alla presenza dei due disturbi in comorbidità si associa una maggiore gravità dei due disturbi, con minore capacità del paziente a mantenere astinenza da alcol, maggiore gravità dei sintomi depressivi e maniacali, aumentato rischio di suicidio, peggiore prognosi, maggiori costi sanitari e peggiore livello di funzionamento globale (Cardoso et al., 2008; Strakowski et al, 2005a). È possibile una varietà di presentazioni dei due disturbi in comorbidità: i pazienti nei quali esordisce prima il disturbo da uso di alcol tendono ad avere un'età più elevata e ad avere remissioni più rapide, mentre in quelli in cui esordisce prima il disturbo bipolare i sintomi affettivi tendono a essere più duraturi e i problemi legati all'uso di alcol sono più evidenti (Strakowski et al., 2005a).

Per quanto riguarda i correlati neurobiologici, evidenze di una componente genetica sono disponibili sia per il disturbo bipolare (Craddock et al., 2009), che per il disturbo da uso di alcol (Kendler et al., 2009): entrambi i disturbi presentano anomalie nelle vie di trasmissione serotoninergica e dopaminergica, suggerendo l'ipotesi di una base fisiopatologica comune (Yassee et al., 2010). Anche gli studi di neuroimaging hanno evidenziato similitudini tra i due disturbi: nel disturbo bipolare sono state individuate anomalie in alcune aree cerebrali tra cui la corteccia prefrontale, il corpo striato e l'amigdala (Strakowski et al., 2005b). Inoltre, anomalie del verme cerebellare, dei ventricoli laterali e di alcune aree prefrontali possono svilupparsi con il ripetersi degli episodi affettivi e rappresentano effetti della progressione di malattia (Strakowski et al., 2005b). Nel disturbo da uso di alcol diversi studi hanno evidenziato anomalie della corteccia frontale e prefrontale, del cingolo anteriore, del talamo, e dei gangli della base (Farren et al., 2001).

## **2.1 Disturbo da uso di alcol e Disturbo bipolare: trattamento farmacologico**

Sebbene i disturbi dell'umore e i disturbi da uso di sostanze si ritrovino spesso in comorbidità, ad oggi non sono disponibili linee guida di trattamento farmacologico per pazienti con doppia diagnosi. Negli studi farmacologici eseguiti su pazienti con questo tipo di comorbidità sono stati utilizzati soprattutto farmaci stabilizzatori dell'umore e antipsicotici atipici. L'uso del valproato di sodio, oltre alla provata efficacia anti-maniacale, è in grado di alleviare i sintomi di astinenza alcolica (Hammer et al., 1996) e favorire la riduzione dell'assunzione di alcol (Johnson et al., 2003). Gli antipsicotici atipici, in particolare la quetiapina (Kampman et al., 2007), possono essere utili nel trattamento dei due disturbi in comorbidità.

Inoltre è stato evidenziato un effetto positivo del naltrexone sulla riduzione del consumo di alcol; altri autori hanno dimostrato la sicurezza dell'uso di naltrexone in pazienti con disturbo da uso di alcol in comorbidità con gravi disturbi psichiatrici (Morris et al., 2001). In un trial randomizzato a dodici settimane con disulfiram e naltrexone per il trattamento di 254 partecipanti con dipendenza alcolica e comorbidità per disturbi di Asse I (tra cui il 19,3% con disturbo bipolare), i pazienti in trattamento farmacologico presentavano periodi di astinenza più lunghi e minor craving rispetto ai pazienti in cui veniva usato placebo. Inoltre, non vi erano differenze significative tra l'utilizzo dei due farmaci in associazione rispetto all'uso di ognuno dei due singolarmente (Petrakis et al., 2005). L'utilizzo di naltrexone in aggiunta ad altre terapie già in atto si è dimostrato efficace nel migliorare la sintomatologia affettiva, nonché l'intensità del craving e l'assunzione di alcol in pazienti con disturbo bipolare e dipendenza alcolica (Brown et al., 2006). Relativamente all'acamprosato, il suo utilizzo in aggiunta ad un trattamento con stabilizzatori dell'umore in soggetti con dipendenza alcolica e disturbo bipolare, ha determinato una riduzione significativa della quantità di alcol consumata ogni settimana, ma nessun effetto sui sintomi affettivi (Tolliver et al., 2009), anche se uno studio successivo dello stesso autore, non ha confermato tali

risultati (Tolliver et al., 2012). Per quanto riguarda il trattamento non farmacologico, gli approcci psicosociali (inclusa la psicoterapia) per i pazienti con doppia diagnosi comprendono il trattamento sequenziale, parallelo o integrato. Il trattamento sequenziale si focalizza sul disturbo in fase acuta, per poi trattare l'altro disturbo quando il più acuto si sia stabilizzato: questo trattamento viene utilizzato più frequentemente nei setting ospedalieri. Il trattamento parallelo, generalmente applicato ambulatorialmente, consiste nel trattare i due disturbi in setting separati. In questo caso, nonostante i pazienti ricevano cure adeguate per ciascun disturbo, è possibile che possano ricevere consigli conflittuali relativamente alla sovrapposizione dei due disturbi. Nel trattamento integrato, entrambi i disturbi vengono trattati contemporaneamente dallo stesso curante o dalla stessa équipe terapeutica.

### 3. Disturbo da uso di alcol e Depressione maggiore

Secondo i dati del National Comorbidity Survey, uno studio americano eseguito su un campione molto vasto (<http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs>), tra gli individui con Disturbo da uso di alcol la prevalenza di depressione maggiore (MD) lifetime è del 24,3% nei maschi e del 48,5% nelle femmine. Secondo altri studi, i tassi di prevalenza lifetime sono ancora più alti, variando dal 50% al 70% (Curran et al., 1999). La maggiore prevalenza nel sesso femminile è confermata anche da altri studi, (Compton et al., 2006). Questa differenza potrebbe riflettere il più alto tasso di depressione osservato tra le donne nella popolazione generale (Hasin et al., 2005; Kessler et al., 2003), oppure, potrebbe suggerire un ruolo diretto della differenza di genere nell'influenzare la relazione tra i due disturbi. È ipotizzabile che questo possa essere dovuto alla maggiore propensione delle donne ad utilizzare sostanze psicoattive come tentativo di coping (Rubonis et al., 1994). A conferma di questi dati, in due studi eseguiti su adolescenti (Strandheim et al., 2009), è emersa un'associazione tra alcol e sintomi depressivi nelle femmine, ma non nei maschi.

Marmorstein et al. (2009), tuttavia, hanno rilevato come le differenze di genere nell'associazione tra AUD e MD diminuiscano con l'aumentare dell'età.

Una serie di studi che ha utilizzato i dati di un ampio campione canadese, ha concluso che il legame tra MD e AUD è presente solo nelle femmine. Al contrario, altri autori, utilizzando misure ripetute di AUD e MD da tarda adolescenza alla prima età adulta, non hanno rilevato differenze di genere nell'associazione tra AUD e MD.

Una possibile ragione della discrepanza di questi risultati può essere sia la presenza di un rischio maggiore di sviluppare depressione in adolescenza nelle femmine rispetto ai maschi (Cyranowski et al., 2000), sia la maggiore rapidità con cui le femmine possono progredire da un uso di alcol ad un disturbo da uso di alcol conclamato. (Holdcraft et al., 2002).

Alcuni studi dimostrano che la comorbidità tra depressione e disturbo da uso di alcol si associa ad una prognosi peggiore per il disturbo da uso di alcol, con tassi più elevati di abbandono dei trattamenti (Curran et al., 2002), maggior rischio di recidiva nelle condotte di abuso (Hodgins et al., 1999), rapida ricaduta dopo un trattamento (Svanum et al., 1989), e aumentato rischio di comportamento suicidario (Schneider et al., 2006).

I dati suggeriscono inoltre che la depressione è associata ad un maggiore ricorso ai trattamenti e all'utilizzo di più tipi di trattamento.

Come emerge da quanto detto sopra, esiste una stretta relazione tra i due disturbi: tuttavia, ad oggi, nonostante siano stati indagati vari meccanismi alla base della comorbidità, non è ancora stato trovato nessun fattore eziologico unico alla base di entrambi i disturbi (Schuckit et al., 2006).

Ci sono tre possibili ipotesi relative alle relazioni esistenti tra depressione maggiore e disturbo da uso di alcol:

1. il disturbo da uso di alcol come causa di depressione: gli effetti farmacologici dell'alcol possono provocare sintomi depressivi in modo più o meno diretto sia nelle fasi di intossicazione che di astinenza (Brown et al., 1995). A conferma di ciò, studi di laboratorio hanno dimostrato che sintomi depressivi possono spontaneamente emergere con l'assunzione di elevate quantità di alcol e scomparire con l'astinenza (Tamerin et al., 1970). L'uso di alcol potrebbe inoltre favorire indirettamente lo sviluppo di depressione, ad esempio, favorendo eventi vitali stressanti.
2. la depressione come causa del disturbo da uso di alcol (ipotesi dell'automedicazione): secondo questa ipotesi, gli individui depressi sarebbero indotti ad assumere alcolici nel tentativo di ridurre i sintomi depressivi (Schuckit et al., 2006).
3. relazione causale reciproca tra i due disturbi: la presenza di ciascun disturbo aumenterebbe la possibilità di sviluppare l'altro.

Numerosi studi epidemiologici hanno fornito evidenze in grado di spiegare i rapporti causali tra i due disturbi utilizzando domande retrospettive formulate ai pazienti affetti da uno o entrambi i disturbi.

Hasin et al. (2007) hanno utilizzato i dati del 2001-2002 provenienti dal NESARC (indagine epidemiologica nazionale su alcol e condizioni correlate negli USA), in cui i partecipanti venivano sollecitati a ricordare sintomi suggestivi di depressione o di disturbo da uso di alcol. I soggetti con sintomi depressivi avevano maggiori probabilità di soddisfare i criteri per disturbo da uso di alcol rispetto a coloro che non avevano sintomi depressivi.

Un approccio alternativo è stato illustrato da Bazargan-Hejazi et al. (2008), i quali, in uno studio eseguito su pazienti afferenti a reparti di emergenza, hanno indagato i

sintomi da uso di alcol e la presenza di recenti sintomi depressivi. Coloro che rispondevano ai criteri di abuso di alcol nell'ultimo anno avevano maggiori probabilità di ottenere elevati punteggi nelle scale di valutazione relative alla presenza di depressione in atto.

Un altro tipo di studi epidemiologici ha tentato di indagare la relazione causale intercorrente tra i due disturbi utilizzando la storia longitudinale dei soggetti, per capire quale dei due disturbi fosse insorto per primo (Flensburg-Madsen et al., 2009). Dai risultati di alcuni di questi studi il ruolo causale dell'alcolismo nell'insorgenza della depressione sarebbe evidente.

### 3.1 Disturbo da uso di alcol e Depressione maggiore: trattamento

Il trattamento dei pazienti con AUD e MD in comorbidità rappresenta una questione aperta; in particolare è dibattuta l'opportunità del trattamento farmacologico della depressione durante le fasi di uso di alcol.

Le più recenti indicazioni suggeriscono che l'uso attivo di alcol non deve rappresentare una controindicazione a trattare la depressione. In particolare, gli antidepressivi si sono mostrati efficaci in pazienti con doppia diagnosi, se usati a dosi e per tempi adeguati (Nunes et al., 2004), nel migliorare i sintomi affettivi e, più limitatamente, nel ridurre l'assunzione di alcol.

Evidenze di efficacia di trattamento sono inoltre disponibili per quanto riguarda l'associazione tra terapie farmacologiche e psicoterapie (Moak et al., 2003).

## 4. Disturbo da uso di alcol e Disturbi psicotici

I disturbi da uso di alcol sono comuni nei pazienti affetti da schizofrenia: i dati disponibili in letteratura evidenziano una prevalenza variabile dal 12% al 55% (Mueser et al., 1990; Cantor-Graae et al., 2001).

Il consumo eccessivo di alcol e il disturbo da uso di alcol sono comuni non solo nella schizofrenia, ma in tutti gli individui affetti da disturbi dello spettro psicotico (disturbo schizoaffettivo, disturbo schizofreniforme, disturbo delirante) (Regier et al., 1990; Johns et al., 2004) con tassi di prevalenza compresi tra il 13% e il 43% (Barnett et al., 2007).

La presenza dei due disturbi in comorbidità tende a peggiorare la sintomatologia psicotica (Potvin et al., 2006; 2007) e l'outcome nei pazienti con disturbi psicotici.

Infatti, rispetto ai pazienti psicotici senza AUD, i pazienti affetti da entrambi i disturbi presentano una minore compliance al trattamento, una aumentata comorbidità somatica, un rischio più elevato di criminalità, violenza e suicidio, una maggiore frequenza di eventi vitali stressanti (es. divorzi e disoccupazione), un maggior numero



di ricoveri e periodi di ospedalizzazione più lunghi, con un conseguente incremento dei costi sanitari.

Koskinen et al. (2009), in una recente metanalisi, hanno raccolto dati da 60 studi che riportavano informazioni sulla prevalenza di AUD in pazienti schizofrenici e con disturbi dello spettro schizofrenico in un periodo compreso tra il 1996 e il 2008 in paesi del Nord America e dell'Europa. Il campione escludeva pazienti reclutati dalle carceri o dagli ospedali psichiatrici giudiziari, per evitare fattori di confondimento, in quanto in questa popolazione di pazienti la prevalenza di uso di sostanze è solitamente maggiore rispetto alla popolazione generale (Kanato et al., 2008).

La prevalenza di AUD lifetime in pazienti schizofrenici risultava essere 20,6%, mentre la prevalenza di AUD in atto 9,4%.

I risultati di questo studio mostrano valori di prevalenza inferiori rispetto a due importanti studi (Mueser et al., 1990; Cantor-Graae et al., 2001) relativi a periodi precedenti (1960-1989 e 1990-1995). Questo potrebbe essere dovuto al cambiamento dei sistemi diagnostici utilizzati o a un'effettiva riduzione del consumo di alcol in questa popolazione di pazienti, verosimilmente grazie all'utilizzo di trattamenti specifici per la doppia diagnosi.

La prevalenza di AUD in Europa è analoga a quella degli USA: in linea generale, nei paesi in cui è maggiore il consumo di alcol, lo è anche la prevalenza di AUD negli schizofrenici, con l'eccezione del Regno Unito, in cui vi è un largo consumo di alcol e una bassa prevalenza di AUD nei pazienti affetti da schizofrenia e in Svezia, dove si delinea un andamento opposto (WHO, 2004).

Nonostante Koskinen et al. non abbiano riscontrato differenze di genere significative nella distribuzione dell'AUD nei pazienti psicotici, alcuni studi mostrano una prevalenza maggiore nei maschi che nelle femmine (De Lisi et al., 2001).

#### **4.1 Disturbo da uso di alcol e Disturbi psicotici: aspetti genetici**

Alcuni studi hanno evidenziato una correlazione tra un polimorfismo di un singolo nucleotide della sequenza del BDNF, un fattore neurotrofico cerebrale implicato nella schizofrenia, e l'abuso di alcol (Benzerouk et al., 2013).

Studi effettuati sugli animali hanno mostrato che bassi livelli di BDNF sono correlati alla dipendenza alcolica e che il BDNF è coinvolto nella down regulation dell'aumento della dopamina indotto da alcol (Matsushita et al., 2004).

Un recente studio, ha evidenziato la presenza di una associazione tra due polimorfismi del BDNF e la presenza di comorbidità tra AUD e schizofrenia, mentre tale associazione non era presente nei soggetti con AUD non affetti da schizofrenia.

Ciò suggerisce che questi due polimorfismi genici del BDNF possano rivestire un



ruolo nella patogenesi di un particolare fenotipo di schizofrenia, ossia quello in cui è presente comorbidità con dipendenza da alcol.

### 4.2 Motivazioni all'uso di alcol nei pazienti psicotici

Nonostante siano stati sviluppati numerosi trattamenti per la doppia diagnosi, le evidenze disponibili in letteratura non supportano l'ipotesi di una completa efficacia di tali interventi (Drake R.E. Et al., 2004; 2008), suggerendo invece che differenti tipi di trattamento possano essere utili per diversi tipi di sostanze (Baker et al., 2009). Al fine di migliorare questi interventi, diversi autori sottolineano l'importanza di comprendere le motivazioni sottese all'utilizzo di sostanze (Chabrol et al., 2005). Tali motivazioni sono da ricercare principalmente nel tentativo da parte dei pazienti di utilizzare le sostanze a scopo auto-terapeutico, soprattutto per ridurre la disforia (Gregg et al., 2007), e per l'effetto rilassante dell'alcol (Pencer et al., 2008).

### 4.3 Disturbo da uso di alcol e Psicosi: trattamento

Nei pazienti psicotici che hanno un concomitante disturbo da uso sostanze, gli approcci tradizionali di trattamento in parallelo sono spesso inefficaci, e la non aderenza ed i drop-out sono frequenti (Clark R.E. et al., 1998). I risultati negativi associati agli approcci tradizionali hanno portato a sviluppare trattamenti integrati, mirati alla comorbidità tra disturbi psichiatrici e uso di sostanze contemporaneamente (Drake R. et al., 2000; 2001).

Diversi studi di coorte (Archie S. et al., 2007; Baeza et al., 2009) su pazienti al primo episodio di psicosi hanno evidenziato riduzioni significative del consumo di alcol e altre sostanze in assenza di trattamenti specifici per la dipendenza: circa la metà dei pazienti in questi studi diventava astinente o riduceva significativamente l'uso di sostanze (principalmente cannabis e alcol).

La riduzione nell'assunzione tendeva ad avvenire rapidamente (entro sei settimane di follow-up in uno studio) e ad essere stabile.

I pochi studi esistenti relativi all'utilizzo di trattamenti specifici per l'abuso di sostanze non hanno mostrato differenze significative nell'ottenere astinenza o riduzione dell'uso di sostanze.

Una spiegazione di questi risultati potrebbe essere che una percentuale significativa di soggetti psicotici con abuso di alcol riduca il consumo della sostanza o raggiunga l'astinenza dopo avere sperimentato un primo episodio di psicosi, come risultato dell'esperienza traumatica della psicosi e dell'educazione ricevuta relativamente alla prevenzione delle recidive (Drake et al., 2011).

È anche possibile che il trattamento per la psicosi determini una riduzione nell'abuso di sostanze attraverso l'efficacia di elementi che entrambi i tipi di trattamento hanno in comune (Mueser et al., 1998).

Il trattamento dovrebbe preferibilmente procedere in più fasi: secondo questi autori, gli interventi mirati per la dipendenza dovrebbero essere introdotti dopo tre o sei mesi di trattamento per le psicosi per coloro che continuano a utilizzare sostanze e per i pazienti che sono dipendenti da droghe, che hanno problemi legali a causa di uso di sostanze, o per i quali vi è una familiarità significativa per uso di sostanze.

## 5. Disturbo da uso di alcol e Disturbi d'ansia

L'associazione tra disturbi d'ansia e AUD è stata ben documentata. Secondo uno studio condotto negli anni '90, il 19,4% dei soggetti con un AUD nella vita soddisfa anche i criteri per una diagnosi di Disturbo d'Ansia ed il 17,9% degli individui con un Disturbo d'Ansia presenta anche un AUD in comorbidità (Regier et al., 1990).

Secondo i dati più recenti riportati dallo studio National Comorbidity Survey (NCS), il 17,5% dei soggetti con diagnosi di disturbo da uso di alcol soddisfa anche i criteri per un disturbo d'ansia, ed il 13% dei soggetti con disturbi d'ansia presenta anche un disturbo da uso di alcol in comorbidità.

Esistono varie evidenze a favore del rapporto tra ansia e ricerca di sostanze sedative, ma l'ipotesi dell'automedicazione spiegherebbe solo una parte dei casi: le interazioni tra Disturbi d'Ansia e AUD potrebbero essere infatti più complesse e bidirezionali.

### 5.1 Disturbo da uso di alcol e Fobia sociale

Secondo i dati del National Comorbidity Survey (NCS) il 4,25% di soggetti con AUD presenta in comorbidità una diagnosi di Fobia Sociale, ed il 13,5% di soggetti con diagnosi di Fobia Sociale mostra in comorbidità un AUD.

Secondo uno studio che ha preso in esame un campione rappresentativo della popolazione generale americana, il tasso di comorbidità tra Fobia sociale e disturbi legati all'uso di alcol è del 2,4%.

La Fobia sociale è stata associata ad un significativo aumento del tasso di dipendenza da alcol (odds ratio (OR) = 2,8) e di abuso di alcol (OR = 1,2). La fobia emerge prima della dipendenza da alcol nel 79,7% dei casi, precedendo l'insorgenza della dipendenza anche di 10 anni. Inoltre la presenza di comorbidità con la fobia Sociale sembra essere associata ad una maggiore gravità della patologia legata all'uso di alcol.

Stime sulla prevalenza di comorbidità tra fobia Sociale e AUD indicano che circa il 20% dei pazienti trattati per il disturbo d'ansia sociale e il 15% delle persone che ricevono trattamento dell'alcolismo presentano entrambi i disturbi.

Una possibile ipotesi per spiegare questo alto tasso di comorbidità è che le perso-

ne con Fobia Sociale usino l'alcol come auto-medicazione per il timore di affrontare situazioni sociali, proseguendo con comportamenti di abuso dopo aver sperimentato sollievo dallo stress in seguito a consumo di alcol.

### **5.2 Disturbo da uso di alcol e Disturbo di Panico**

Secondo i dati del NCS (2004), i tassi di prevalenza di Disturbo di Panico (DAP), in comorbidità con AUD, sono rispettivamente 18,81% (DAP con agorafobia) e 15,25% (DAP senza agorafobia).

Secondo una recente review che ha voluto analizzare la relazione tra abuso alcolico e disturbo di panico (Cosci et al., 2007) la causa di questa comorbidità rimane controversa.

Tre possono essere le spiegazioni principali: il disturbo di panico promuove l'uso di alcol come auto-medicazione; l'uso cronico di alcol e l'astinenza da alcol inducono cambiamenti neurochimici che promuovono il panico; ed un terzo fattore, come ad esempio trasmissione familiare, promuove entrambe le condizioni. I risultati potrebbero indicare che il DAP e i AUD possano rappresentare uno il trigger dell'altro, manifestandosi per vie indipendenti. L'associazione tra DAP e AUD sembra essere giustificata dall'ipotesi dell'automedicazione o dagli effetti cognitivi della sostanza che, restringendo il campo d'attenzione, proteggerebbe il soggetto dalla sopraffazione degli stimoli ambientali.

### **5.3 Disturbo da uso di alcol e Disturbo d'Ansia Generalizzata**

Il DAG e i disturbi da uso di sostanze (SUD) compreso l'abuso alcolico, mostrano un alto tasso di comorbidità, associato a più scarsi esiti psicosociali, tra cui alti tassi di ospedalizzazione, disabilità, compromissione funzionale e esiti di trattamento peggiori sia per il DAG che per il SUD.

I dati di prevalenza di DAG in comorbidità con qualsiasi tipo di disturbo alcol correlato sono del 3,6%; mentre tra i pazienti con diagnosi di DAG il 14,82% mostra in comorbidità un disturbo alcol-correlato. Accade spesso però che la comorbidità tra DAG e disturbi legati all'uso di alcol venga sottostimata, come evidenziato da un recente studio condotto in Francia che ha cercato di valutare un sotto-riconoscimento del DAG in pazienti ricoverati per dipendenza da alcol (Charriau et al., 2012).

### **5.4 Disturbo da uso di alcol e Disturbi d'ansia: trattamento**

Alcuni trattamenti sono controindicati per le persone con AUD. Ad esempio, i pazienti che assumono IMAO devono evitare alimenti contenenti tiramina, un amminoacido presente in alcune bevande alcoliche. Anche le benzodiazepine, comunemente usate nei disturbi d'ansia, pongono dei problemi di utilizzo nei pazienti con AUD. In primo luogo, le benzodiazepine possono causare disinibizione comportamentale, che può rendere più difficile per una persona limitare il consumo di alcol. In secondo luogo,

go, le benzodiazepine e l'alcol influenzano negativamente l'attività respiratoria. Infine, il rischio di abuso o di dipendenza da benzodiazepine ne limita l'utilizzo in persone con AUD. Tra tutti i trattamenti farmacologici, quello con SSRI può rivelarsi maggiormente idoneo per i pazienti con entrambi i tipi di disturbi. Questi farmaci sono relativamente sicuri, non creano dipendenza, e non interagiscono con l'alcol a livello cerebrale. La sertralina si è mostrata efficace nel migliorare l'outcome in un sottogruppo di pazienti con problemi legati all'alcol (Pettinati et al. 2000). La paroxetina, efficace nella sintomatologia ansiosa, tenderebbe a diminuire la frequenza e la gravità del consumo di alcol.

## 6. Disturbo da uso di alcol e Disturbi di Personalità

La presenza di comorbidità tra AUD e disturbi di personalità si associa a un uso di alcol più precoce ed a un maggiore consumo dello stesso, tassi più elevati di antisocialità e inabilità lavorativa. Nonostante il crescente interesse per i disturbi alcol-correlati, resta difficile stimare con precisione il grado di comorbidità con Disturbi di Personalità. La prevalenza di Disturbi di Personalità riportata in associazione all'alcolismo varia tra il 22 e il 40% ed un massimo di 58-78% (Echeburua et al., 2005; 2007).

Nonostante la letteratura scientifica si sia concentrata principalmente sui Disturbi di Personalità Antisociale e Borderline, quasi l'intero spettro dei disturbi di personalità presenta comorbidità con l'alcolismo (Echeburua et al., 2005).

Secondo i dati del National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) (Grant & Dawson Alcohol Research & Health), il 28,6% degli individui con una diagnosi di AUD presenta almeno un disturbo di personalità, e viceversa, il 16,4% degli individui con almeno un disturbo di personalità presenta anche un AUD (Grant et al., 2006).

Il disturbo Antisociale di personalità (12,3%), il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di personalità (12,1%) e il Disturbo Paranoide di personalità (10,1%) sono i disturbi maggiormente rappresentati nei soggetti con AUD intervistati (Grant et al., 2006).

Diversi studi europei hanno indagato il tasso di comorbidità tra AUD e disturbi di personalità.

Nel Regno Unito, in uno studio trasversale per valutare Disturbi di Personalità in una popolazione clinica trattata per problemi di droga e alcol, più della metà dei pazienti alcolisti presentava almeno un disturbo di personalità ed i disturbi di personalità del cluster C risultavano essere i più frequenti, seguiti dai disturbi del cluster B (Bowden-Jones et al., 2004).

Un altro studio condotto in Spagna, da Echeburua e collaboratori (2007), ha individuato tra i Disturbi di Personalità più diffusi tra gli alcolisti il Disturbo Osses-

sivo-Compulsivo di personalità (12%), seguito dai disturbi Antisociale, Paranoide e Dipendente di personalità (7%).

Infine, in Germania, Preuss e collaboratori (2009), hanno studiato la prevalenza di diagnosi di disturbo di personalità in un campione di oltre mille individui ospedalizzati alcol-dipendenti provenienti da tre centri di trattamento delle tossicodipendenze. Quasi il 60% del campione totale presentava almeno un disturbo di personalità. I disturbi con maggiore prevalenza erano il disturbo di personalità Ossessivo-Compulsivo, Borderline, Narcisistico e Paranoide; in particolare: le donne risultano avere più frequentemente una diagnosi di disturbo Borderline di personalità, mentre gli uomini mostravano tassi di prevalenza più elevati per il disturbo Antisociale e Narcisistico della personalità.

### 6.1 Disturbi di personalità: implicazioni per il trattamento

Quando è presente una patologia della personalità questa si associa spesso a difficoltà nella relazione terapeutica, una scarsa aderenza al trattamento e maggiori drop-out (Bowden-Jones et al., 2004).

La maggior parte dei dati disponibili in letteratura a riguardo si riferisce al trattamento del Disturbo Borderline di Personalità in comorbidità con AUD.

Gli obiettivi del trattamento di questi due tipi di disturbo sono diversi. Da un lato il trattamento degli AUD prevede la prevenzione e la limitazione dei comportamenti di abuso, dall'altro il trattamento del disturbo borderline di personalità si focalizza sul controllo delle diverse dimensioni sintomatologiche del disturbo stesso: disregolazione affettiva, impulsività e disturbi della sfera cognitivo-percettiva. I dati più recenti suggeriscono come queste tre diverse dimensioni psicopatologiche caratteristiche del disturbo borderline di personalità possano essere trattate con l'utilizzo di diverse classi di farmaci: rispettivamente antidepressivi, anticonvulsivanti e antipsicotici (Vita et al., 2011). Esistono alcune evidenze circa l'efficacia di farmaci anticonvulsivanti e antipsicotici nel migliorare comportamenti legati all'abuso alcolico in pazienti affetti da disturbo borderline di personalità (Gianoli et al., 2012). In particolare il topiramato si è dimostrato efficace nel ridurre la rabbia e il consumo di alcol; la lamotrigina è risultata efficace nel ridurre la rabbia, l'impulsività e nella stabilizzazione dell'umore; l'aripiprazolo, oltre alla riduzione della rabbia e dell'aggressività, assunto prima dell'esposizione all'alcol sarebbe in grado di aumentare la sedazione e ridurre l'euforia derivante dall'assunzione di alcolici; l'olanzapina, oltre alla riduzione della rabbia, dell'aggressività, dell'impulsività, dell'ansia e della paranoia, sarebbe in grado di favorire la riduzione del consumo e della ricerca di alcol in pazienti con disturbo borderline di personalità (Gianoli et al., 2012).

Per quanto riguarda la psicoterapia, due approcci psicoterapeutici hanno dimostrato la loro efficacia in casi di comorbidità tra abuso di sostanze e Disturbi di Personali-

tà: la Schema Therapy (DFST; Young et al., 1994); e la Terapia Dialettica Comportamentale (DBT-S; Linehan et al., 1999).

Alcuni studi suggeriscono che per pazienti con AUD in comorbidità con una personalità Antisociale, sia raccomandato un programma di trattamento altamente strutturato basato su tecniche cognitive; mentre la Terapia Dialettica Comportamentale sia raccomandata per i casi di comorbidità con il disturbo Borderline (Nordholm et al., 2007).

## Bibliografia

American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fifth edition)*, Washington, DC: Author, 2013

Archie S., Rush B.R., Akhtar-Danesh N., Norman R., Malla A., Roy P., Zipursky R.B., *Substance use and abuse in first-episode psychosis: prevalence before and after early intervention*, Schizophrenia Bulletin, 2007, 33: 1354–1363

Baeza I., Graell M., Moreno D., Castro-Fornieles J., Parellada M., González-Pinto A., Payá B., Soutullo C., De la Serna E., Arango C., *Cannabis use in children and adolescents with first episode psychosis: influence on psychopathology and short-term outcome (CAFEPS study)*, Schizophrenia Research, 2009, 113:129–137

Baker A., Turner A., Kay-Lambkin F., Lewin T., *The long and the short of treatments for alcohol or cannabis misuse among people with severe mental disorders*, Addiction Behavior; 2009, 34: 852

Barnett J.H., Werners U., Secher S.M., Hill K.E., Brazil R., Masson K., Pernet D.E., Kirkbride J.B., Murray G.K., Bullmore E.T., Jones P.B., *Substance use in a population-based clinic sample of people with first-episode psychosis*, British Journal of Psychiatry, 2007, 190: 515–520

Bazargan-Hejazi S., Bazargan M., Gaines T., Jemanez M., *Alcohol misuse and report of recent depressive symptoms among ED patients*, American Journal of Emergency Medicine, 2008, 26: 537–44

Benzerouk F., Gierski F., Gorwood P., Ramoz N., Stefaniak N., Hübsch B., Kaladjian A., Limosin F., *Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) Val66Met polymorphism and its implication in executive functions in adult offspring of alcoholdependent probands*, Alcohol, 2013, 47: 271–4.

Blumberg A.G., Cohen M., Heaton A.M., Klein D.F., *Covert drug abuse among voluntary hospitalized psychiatric patients*, Journal of the American Medical Association, 1971, 217(12): 1659–61

Bowden-Jones O., Iqbal M.Z., Tyrer, P., Seivewright N., Cooper S., Judd A., & Weaver T., *Prevalence of personality disorder in alcohol and drug services and associated comorbidity*, Addiction, 2004, (10), 1306-1314

Brown S.A., Inaba R.K., Gillin J.C., Schuckit M.A., Stewart M.A. & Irwin M.R., *Alcoholism and affective disorder: Clinical course and depressive symptoms*, American Journal of Psychiatry, 1995, 152, 45–52

Brown E.S., Beard L., Dobbs L., Rush A.J., *Naltrexone in patients with bipolar disorder and alcohol dependence*, Journal of Depression & Anxiety, 2006, 23: 492–495

Cantor-Graae E., Nordström L.G., McNeil T.F., *Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden*, Schizophrenia Research, 2001, 48: 69–82

Cardoso B.M., Kauer S.M., Dias V.V., Andreazza A.C., Cereser K.M., Kapczinski F., *The impact of comorbid alcohol use in bipolar patients*, Drug Alcohol Dependence, 2008, 42: 451–457

Cassano G.B., Pancheri P., Pavan L., Pazzagli A., Ravizza L. et al., *Trattato italiano di psichiatria*, 1999, Vol. 2 (41): 1439-41

Chabrol H., Duconge E., Casas C., Roura C., Carey K.B., *Relations between cannabis use and dependence, motives for cannabis use and anxious, depressive and borderline symptomatology*, Addiction Behaviour, 2005, 30: 829–840

Charriau V., Elyakoubi M., Millet B., Drapier D., Robin D., Moirand R., *Generalized anxiety disorder is under-recognized in clinical practice in patients with alcohol dependence in France*, Alcohol, 2003, 47(1): 15-9

Clark R.E., Teague G.B., Ricketts S.K., *Cost-effectiveness of assertive community treatment versus standard case management for persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorders*, Health Services Research, 1998, 33:1285–1303

Compton W.M., Conway K.P., Stinson F.S. & Grant B.F., *Changes in the prevalence of major depression and co-morbid substance use disorders in the United States between 1991–1992 and 2001–2002*, American Journal of Psychiatry, 2006, 163, 2141–2147

Cosci F., Schruers K.R., Abrams K., & Griez E.J., *Alcohol use disorders and panic disorder: a review of the evidence of a direct relationship*, The Journal of clinical psychiatry, 2007, 68(6), 874-880

Craddock N., Sklar P., *Genetics of bipolar disorder: successful start to a long journey*, Trends in Genetics, 2009, 25: 99–105

Curran G.M., & Booth B.M., *Longitudinal changes in predictor profiles of abstinence from alcohol use among male veterans*, Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 1999, 23, 141–143

Curran G.M., Kirchner J.E., Worley M., Rookey C. & Booth B.M., *Depressive symptomatology and early attrition from intensive outpatient substance use treatment*, Journal of Behavioral Health Services & Research, 2002, 29, 138–143

Cyranowski J.M., Frank E., Young E., Shear M.K., *Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model*, Archives of General Psychiatry, 2000, 57: 21–7

De Lisi L., Mesen A., Rodriguez C., *Clinical characteristics of schizophrenia in multiply affected Spanish origin families from Costa Rica*, Psychiatric Genetics, 2001, 11: 145–152

Drake R., Essock S., Shaner A., *Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness*, Psychiatric Services, 2001, 52: 469–476

Drake R.E., Mueser K.T., Brunnette M.F., Mchugo G.J., *A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders*, Psychiatric Rehabilitation Journal, 2004, 27: 360–374



Drake R.E., Oneal E.L., Wallach M.A., *A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders*, Journal of Substance Abuse Treatment, 2008, 34: 123–138

Drake R.E., Caton C.L.M., Xie H., *A prospective 2-year study of emergency-department patients with early-phase primary psychosis or substance-induced psychosis*, American Journal of Psychiatry, published online Mar 31 2011, available at DOI 10.1176/appi.ajp.2011.10071051

Echeburúa E., De Medina R.B., & Aizpiri J., *Alcoholism and personality disorders: An exploratory study*, Alcohol and Alcoholism, 2005, 40(4), 323-326

Echeburúa E., De Medina R.B., & Aizpiri J., *Comorbidity of alcohol dependence and personality disorders: A comparative study*, Alcohol and Alcoholism, 2007, 42(6), 618-622

Farren C.K., Buchsbaum M., Hazlett E., Banks A., *FDG-PET scanning in newly abstinent alcoholics: Fronto-striatal abnormalities*, Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 2011, 25; (Suppl): 78A

Flensburg-Madsen T., Mortensen E.L., Knop J., Becker U., Sher L., Gronbaek M., *Comorbidity and temporal ordering of alcohol use disorders and other psychiatric disorders: results from a Danish register-based study*, Comprehensive Psychiatry, 2009, 50: 307–14

Fromme K., Wit H., Hutchison K., Ray L., Corbin W.R., Cook T.A., Goldman D., *Biological and behavioral markers of alcohol sensitivity*, Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 2004, 28(2), 247-256

Frye M.A., Altschuler L.L., McElroy S.L., Suppes T., Keck P.E., Denicoff K., Nolen W.A., Kupka R., Leverich G.S., Pollio C., Grunze H., Walden J., Post R.M., *Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder*, American Journal of Psychiatry, 2003, 160:883–889. 2003

Galanter M., Kleber H.D., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*, Milano, Masson, 1998

Gianoli M.O., Jane J.S., O'Brien E., Ralevski E., *Treatment for comorbid borderline personality disorder and alcohol use disorders: a review of the evidence and future recommendations*, Experimental and Clinical Psychopharmacology, 2012, 20(4): 333-44

Grant B.F., Stinson F.S., Dawson D.A., Chou S.P., Dufour M.C., Compton W., *Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders*, Alcohol Research & Health, 2006, 29(2), 107-120

Guillin O., Diaz J., Carroll P. et al., *BDNF controls dopamine D3 receptor expression and triggers behavioural sensitization*, Nature, 2001, 411: 86–9

Hammer B.A., Brady K.T., *Valproate treatment of alcohol withdrawal and mania*, American Journal of Psychiatry, 1996, 153:1232

Hasin D.S., Goodwin R.D., Stinson F.S. & Grant B.F., (2005). *Epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions*, Archives of General Psychiatry, 2005, 62, 1097–1106

Hasin D.S., Stinson F.S., Ogburn E., Grant B.F., *Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of*



*DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*, Archives of General Psychiatry, 2007, 64: 830–42

Hodgins D.C., El-Guebaly N., Armstrong S. & Dufour M., *Implications of depression on outcome from alcohol dependence: A 3- year prospective follow-up*, Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 1999, 23, 151–157

Holdcraft L.C., Iacono W.G., *Cohort effects on gender differences in alcohol dependence*, Addiction, 2002, 97: 1025–36

Hunt G.E., Bergen J., Bashin M., *Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: impact of community survival 4 years after relapse*, Schizophrenia Research, 2002, 54: 253-264

ICD-10, *International Classification of Diseases*, Geneva, World Health Organization, 1992 (tr. it. Milano, Masson, 1995)

Johnson B.A., Ait-Daoud N., Bowden C.L., DiClemente C.C., Roache J.D., Lawson K., Javors M.A., Ma J.Z., *Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomized controlled trial*, The Lancet, 2003, 361: 1677–1685

Johns L.C., Cannon M., Singleton N., Murray R.M., Farrell M., *Prevalence and correlates of self-reported psychotic symptoms in the British population*, British Journal of Psychiatry, 2004, 185: 298–305

Kampman K.M., Pettinati H.M., Lynch K.G., Whittingham T., Macfadden W., Dackis C., Tirado C., Oslin D.W., Sparkman T., O'Brien C.P., *A double-blind, placebo-controlled pilot trial of quetiapine for the treatment of type A and type B alcoholism*, Journal of clinical psychopharmacology, 2007, 27: 344–351

Kanato M., *Drug use and health among prison inmates*, Current Opinion in Psychiatry, 2008, 21: 252–254

Kelly T.M., Daley D.C., Douaihy A.B., *Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders*, Addictive Behaviors, 2012, 37: 11–24

Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Koretz D., Merikangas K.R., *The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)*, Journal of the American Medical Association, 2003, 289, 3095–3105

Knight R.G., Longmore B.E., *Clinical Neuropsychology of Alcoholism*, Lawrance Erlbaum Associates Edition Ltd., 1994

Koskinen J., Lohonen J., Koponen H., *Prevalence of alcohol use disorders in schizophrenia - a systematic review and meta-analysis*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 2009, 120: 85–96

Luo X., Kranzler H.R., Zuo L., Wang S., Blumberg H.P., Gelernter J., *CHRM2 gene predisposes to alcohol dependence, drug dependence and affective disorders: results from an extended case–control structured association study*, Human Molecular Genetics, 2005, 14: 2421–34

Marmorstein N.R., *Longitudinal associations between alcohol problems and depressive symptoms: early adolescence through early adulthood*, Alcoholism Clinical and Experimental Research, 2009, 33: 49–59

Matsushita S., Kimura M., Miyakawa T., *Association study of brain-derived neurotrophic factor gene poly-*

- morphism and alcoholism*, Alcoholism Clinical and Experimental Research, 2004, 28: 1609–12
- Moak D.H., Anton R.F., Latham P.K., Voronin K.E., Waid R.L. & Durazo-Arvizu R. *Sertraline and cognitive behavioral therapy for depressed alcoholics: Results of a placebo-controlled trial*, Journal of Clinical Psychopharmacology, 2003, 23: 553–562
- Morris P.L., Hopwood M., Whelan G., Gardiner J., Drummond E., *Naltrexone for alcohol dependence: a randomized controlled trial [comment]*, Addiction, 2001, 96: 1565–1573
- Mueser K.T., Yarnold P.R., Levinson D.F., *Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates*, Schizophrenia Bulletin, 1990, 16: 31–55
- Mueser K.T., Drake R.E., Noordsy D.L., *Integrated mental health and substance abuse treatment for severe psychiatric disorders*, Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health, 1998, 4: 129–139
- Nunes E.V., Levin F.R., *Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: a meta-analysis*, Journal of the American Medical Association, 2004, Vol.291 nr 15 (1887-96)
- Pencer A., Addington J., *Reasons for using substances in adolescents with and without psychosis*, Early Intervention in Psychiatry, 2008, 2: 42–44
- Petrakis I.L., Poling J., Levinson C., Nich C., Carroll K., Rounsaville B., *Naltrexone and disulfiram in patients with alcohol dependence and comorbid psychiatric disorders*, Biological Psychiatry, 2005, 57: 1128–1137
- Volpicelli J.R., Pettinati H.M., Kranzler H.R., Luck G., Rukstalis M.R., Cnaan A., (2000). *Sertraline treatment for alcohol dependence: interactive effects of medication and alcoholic subtype*, Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 2000, 24(7): 1041-9
- Potvin S., Sepehry A.A., Stip E., *A meta-analysis of negative symptoms in dual diagnosis schizophrenia*, Psychological Medicine, 2006, 36: 431–440
- Potvin S., Sepehry A., Stip E., *Meta-analysis of depressive symptoms in dual-diagnosis schizophrenia*, Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 2007, 41: 792–799
- Preuss U.K., Johann M., Fehr C., Koller G., Wodarz N., Hesselbrock V., Wong W.M. and Soyka M., *Personality disorders in alcohol-dependent individuals: relationship with alcohol dependence severity*, European Addiction Research, 2009, 15(4): 188-195
- Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study*, Journal of the American Medical Association, 1990, 264: 2511–2518
- Rubonis A.V., Colby S.M., Monti P.M., Rohsenow D.J., Gulliver S.B. & Sirota A.D., *Alcohol cue reactivity and mood induction in male and female alcoholics*, Journal of Studies on Alcohol, 1994, 55: 487–494
- Schneider B., Georgi K., Weber B., Schnabel A., Ackermann H. & Wetterling T., *Risk factors for suicide in substance-related disorders*, Psychiatrische Praxis, 2006, 33: 81–87
- Schuckit M.A., Smith T.L., Chacko Y., *Evaluation of a depression-related model of alcohol problems in 430 probands from the San Diego prospective study*, Drug and Alcohol Dependence, 2006, 82: 194–203

Strakowski S.M., Del Bello N., Fleck D.E., Adler C.M., Anthenelli R.M., Keck P.E., *Effect of co-occurring alcohol abuse on the course of bipolar disorder following a first hospitalization for mania*, Archives of General Psychiatry, 2005, 62:851–858

Strakowski S.M., Del Bello M.P., Adler C.M., *The functional neuroanatomy of bipolar disorder: a review of neuroimaging findings*, Molecular Psychiatry, 2005, 10: 105–116

Strandheim A., Holmen T.L., Coombes L., Bentzen N., *Alcohol intoxication and mental health among adolescents—a population review of 8983 young people, 13–19 years in North-Trøndelag, Norway: the Young– HUNT Study*, Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 2009, 3:18

Svanum S. & McAdoo W.G., *Predicting rapid relapse following treatment for chemical dependence: A matched-subjects design*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1989, 57: 222–226

Tamerin J.S., Weiner S. & Mendelsohn J.H., *Alcoholics' expectancies and recall of experiences during intoxication.*, American Journal of Psychiatry, 1970, 126: 1697–1704

Tolliver B., McRae A., Sonne S.C., Brady K.T., *Safety and tolerability of acamprosate in alcoholdependent individuals with bipolar disorder. An open-label pilot study*, Addiction Disorders Treatment, 2009, 8: 33–38

Tolliver B.K., De Santis S.M., Brown D.G., Prisciandaro J.J., Brady K.T., (2012). *A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of acamprosate in alcohol-dependent individuals with bipolar disorder: a preliminary report*, Bipolar Disorders, 2012, 14: 54–63

Vita A., De Peri L., Sacchetti E., *Antipsychotics, antidepressants, anticonvulsants, and placebo on the symptom dimensions of borderline personality disorder: a meta-analysis of randomized controlled and open-label trials*, Journal of Clinical Psychopharmacology, 2011, 31(5): 613–24

WHO. *Global Status Report on Alcohol*, Geneva: Switzerland: Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, 2004

Yasseen B., Kennedy J.L., Zawertailo L.A., Busto U.E., *Comorbidity between bipolar disorder and alcohol use disorder. Association of dopamine and serotonin gene polymorphisms*, Psychiatry Research, 2010, 176: 30–33

ASL BRESCIA

# Alcolismo e trauma psichico

# 5

**Mario Franzini**

Crescenti evidenze di letteratura scientifica rilevano che persone con Disturbi correlati ad alcol e sostanze hanno sperimentato nella loro esistenza traumi psicologici con una prevalenza maggiore rispetto alla popolazione generale.

## 1. L'esperienza traumatica

L'esperienza traumatica è, per definizione, un evento intenso, improvviso, capace di modificare il continuum esperienziale del soggetto rompendo bruscamente il suo equilibrio psichico.

Secondo Janet essa è un evento “non integrabile” nel sistema psichico del soggetto, che viene minacciato nella sua coesione mentale e viene posto a rischio di dissociazione.

Citando Andreasen (*Comprehensive Textbook of Psychiatry, 1985*), tratto distintivo del trauma psichico è “un insieme di sentimenti e di sensazioni che comprendono intensa paura, impotenza, perdita di controllo e minaccia di annichilimento”. Il DSM a partire dalla terza edizione, alla metà degli anni 70, ha introdotto il concetto di Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD), sulla base di numerosi lavori condotti sui traumi da guerra e da catastrofe (in particolare dopo la guerra del Vietnam), dando notevole rilievo all'intensità oggettiva ed al tipo di evento traumatico. Per certi aspetti la differenza tra evento stressante ed evento traumatico sta nelle caratteristiche particolarmente acute dell'evento, che di per sé, nel caso del trauma, costringe la persona a mettere in atto intensi meccanismi difensivi per il suo superamento. Tuttavia sia nel caso delle reazioni agli stressors che nel caso delle reazioni a eventi potenzialmente traumatici è fondamentale la valutazione dell'impatto soggettivo, delle capacità difensive e di adattamento del soggetto (resilienza), delle conseguenze che l'evento esercita sul funzionamento psichico successivo. La letteratura riporta un'elevata prevalenza di esperienze traumatiche nella popolazione. Uno studio epidemiologico su larga scala, come il Developmental Victimization Study (DVS, Finkelhor et al, 2005) ha esaminato l'esposizione a 34 forme di esperienze di vittimizzazione in un campione rappresentativo a livello nazionale (popolazione americana) di 2.030 bambini e giovani di età dai 2 ai 17 anni. Oltre all'esposizione a vittimizzazione criminale, il DVS ha valutato l'esposizione ad aggressioni di coetanei e fratelli, ad aggressioni non sessuali

ai genitali, oltre che a violenza, pregiudizi, odio, crimini e furti di proprietà. I risultati hanno mostrato una diffusa esposizione ad incidenti di vittimizzazione, con il 71% degli intervistati che risultavano esposti ad uno o più episodi di vittimizzazione nel corso dell'anno precedente. Quasi il 70% dei bambini vittimizzati aveva sperimentato esposizioni multiple, con una media di 3 diversi tipi di vittimizzazione.

Ciò nonostante la prevalenza lifetime del Disturbo Post Traumatico da Stress risulta dell'8,7% nella popolazione americana (DSM-5): ciò può fare pensare da un lato che vi sia una capacità di elaborazione del trauma nella maggior parte della popolazione, dall'altro che il fenomeno del disturbo post traumatico potrebbe essere sottostimato.

La letteratura più recente, a partire dai lavori della Hermann nel 1992, mette sempre più in evidenza l'importanza oltre che dell'intensità oggettiva dell'evento anche della componente soggettiva dell'esperienza traumatica, nonché di alcuni aspetti tipologici dell'evento, introducendo il concetto di trauma relazionale, di trauma ripetuto, con particolare riferimento ai traumi da abuso e violenza sessuale, soprattutto in età evolutiva.

I fattori implicati nello sviluppo e nel mantenimento del disturbo post traumatico, in seguito ad un evento stressante, possono quindi essere i seguenti:

- intensità dell'evento
- ripetitività dell'evento
- età di manifestazione dell'evento
- natura dell'evento (traumi di natura interpersonale, ad esempio)

Oltre ad essi M.Gianantonio, (2009) segnala altre componenti soggettive di risposta all'evento potenzialmente traumatico:

- variabili relative alla vittima ( ad esempio l'aver già subito traumi)
- risposta soggettiva all'evento
- supporto percepito od oggettivo
- risorse sociali

Il DSM-5 include parzialmente alcuni dei citati fattori definendoli come “fattori di rischio” per lo sviluppo di Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD):

- *fattori pretraumatici*, (come problemi emotivi infantili precedenti i 6 anni, status socioeconomico basso, avversità infantili quali deprivazione economica, disfunzione familiare, separazione o morte dei genitori)
- *fattori peritraumatici*, come la gravità del trauma e le sue caratteristiche, ad esempio la percepita minaccia di vita, le lesioni personali, la violenza interpersonale, compreso il trauma perpetrato da un “caregiver” nei bambini
- *fattori post-traumatici* come inappropriate strategie di coping e successive esposizioni a fattori che rievocano il trauma, o successivi eventi di vita avversi.

## 2. Epidemiologia del Disturbo Post traumatico da stress

### 2.1. Prevalenza nella popolazione generale

Il DSM-5 riporta una prevalenza lifetime di PTSD dell'8,7% della popolazione americana, all'età di 75 anni, mentre la prevalenza annuale tra gli adulti statunitensi risulta del 3,5%. Nei paesi europei la prevalenza annuale sarebbe più bassa, dello 0,5-1%. Lo studio ESEMeD riporta nella popolazione italiana una prevalenza lifetime del PTSD del 2%, indagando 4712 soggetti intervistati nel 2001-2002, attraverso la somministrazione della CIDI (International Diagnostic Interview, OMS), un'intervista strutturata per la diagnosi dei Disturbi Mentali. Per quanto concerne il rapporto tra prevalenza di PTSD e genere, le donne sembrano molto più soggette a sviluppare PTSD in seguito all'esposizione ad un trauma con una probabilità circa doppia per la donna di mostrare i sintomi del disturbo (Kessler, 1995).

### 2.2. Prevalenza di PTSD e Disturbi correlati ad alcol e sostanze

L.Najavits (2002) riporta una prevalenza di PTSD semplice e complesso in pazienti in trattamento per abuso-dipendenza da sostanze del 12-34%, che aumenta per le donne fino al 30-59%.

In una ricerca epidemiologica condotta dall'Health Maintenance Organisation dal 1989 al 1994 su 955 individui tra i 21 ed i 30 anni si è rilevato che il 25% dei soggetti che abusavano di sostanze presentavano una storia di disturbo post traumatico da stress, rispetto al 9% di coloro che non presentavano abuso di sostanze.

Uno studio condotto presso il Center for Disease Control di Atlanta, (1989) mostra che i veterani del Vietnam con diagnosi di PTSD presentavano abuso o dipendenza da alcol nel 39% dei casi, contro il 13,7% dei veterani del Vietnam in generale ed il 9,2% dei veterani non impiegati in Vietnam. Secondo Helzer et al. (1987), il rischio di abuso alcolico nei soggetti con PTSD rispetto ai controlli è pari a 1.6 volte.

### 2.3. Stressors e abuso di sostanze

Kilpatrick e coll, (2001-2002) analizzando un gruppo di 4023 adolescenti tra i 12 ed i 17 anni hanno trovato che osservare od essere coinvolti in prima persona in episodi di violenza nell'anno precedente l'intervista aumentava il rischio di abuso di sostanze. Avere un disturbo post traumatico da stress aumentava di almeno 3 volte il rischio di abuso di sostanze. Secondo Dube e coll. (2003) l'abuso fisico e sessuale è strettamente correlato alla tossicodipendenza. Analizzando le risposte ad un questionario (Adverse Childhood Experience) di 8613 persone relativamente ad esperienze traumatiche nei primi 18 anni di vita, hanno notato che esperienze di abuso, abbandono, negligenza emotiva e fisica da parte dei genitori, episodi di violenza sulla madre, separazioni e divorzi ove si verificavano nell'infanzia aumentavano da 2 a 4 volte la possibilità di contatto con le sostanze illecite nell'età adulta. Numerosi altri autori (Dembo 1992; Famularo et al. 1992; Jellinek e Murphy 1991) analizzando diversi tipi di popolazioni

hanno evidenziato la connessione tra vittimizzazione nell'infanzia e dipendenza da alcol nell'età adulta.

Ancora Kilpatrick (1990) mettendo a confronto donne esposte a un crimine che avevano sviluppato PTSD con donne esposte ad un crimine che non avevano sviluppato PTSD, ha trovato che le prime avevano un rischio di abuso di alcol di 3,2 volte maggiore. Il rischio di abuso di alcol per le donne vittimizzate con PTSD era invece di 13,7 volte maggiore rispetto alle donne non vittimizzate.

### 3. Ipotesi dell'automedicazione

Presuppone che l'alcol e le sostanze siano utilizzate per alleviare i sentimenti negativi ed i disturbi psichici in generale. L'ipotesi dell'automedicazione costituisce inoltre, come vedremo, il presupposto teorico per intraprendere un trattamento specifico del Disturbo Post-traumatico nei soggetti che hanno comorbidità con l'abuso di sostanze.

In generale non si riscontra una specifica correlazione tra eventi traumatici ed abuso di specifiche sostanze. Tuttavia in uno studio di Bremner (1996) su 91 veterani del Vietnam ammessi ad un trattamento del PTSD l'uso di alcol, benzodiazepine, eroina, marijuana, oppiacei, ma non cocaina erano riferiti di beneficio per i sintomi del PTSD. L'alcol migliorava gli incubi notturni ed i disturbi del sonno, il sentirsi isolato, lo stare sempre in guardia, il sentirsi facilmente spaventato ed i ricordi intrusivi. L'eroina dimostrava una specifica attività contro i flashbacks, gli incubi notturni, l'irritabilità. Le benzodiazepine miglioravano in particolare l'irritabilità. La cocaina, al contrario, aumentava i sintomi di ipereccitazione (arousal).

L'ipotesi dell'automedicazione può spiegare l'uso dell'alcol per utilizzarne la specifica azione contro alcuni dei sintomi del disturbo posttraumatico. La scelta dell'alcol rispetto ad altre sostanze deve essere ricondotta tuttavia a variabili multidimensionali: fattori anamnestici individuali, familiari e sociali oltre che ad una vulnerabilità individuale in cui l'esperienza traumatica gioca un ruolo importante e scatenate.

Nel caso dell'abuso alcolico tuttavia il tentativo di autoriduzione dei sintomi da PTSD fallirebbe per effetto di meccanismi di tolleranza con conseguente aumento di assunzione di alcol, dipendenza ed insorgenza di sintomi astinenziali capaci alla fine di causare aumenti di arousal ed aggravamento dei sintomi da PTSD.

## 4. Nosografia

### 4.1 Il PTSD secondo il DSM-5

Il DSM-5 colloca il PTSD tra i Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti, a differenza del DSM-IV TR, che lo aveva collocato tra i Disturbi d'ansia. Caratteristica essenziale è lo sviluppo di sintomi tipici che seguono l'esposizione ad un fattore traumatico estremo. I criteri diagnostici per la nuova edizione del manuale identificano



tra le cause di PTSD l'esposizione a morte reale, la minaccia di morte, lesioni gravi e violenza sessuale.

L'esposizione deve risultare da uno o più dei seguenti scenari in cui l'individuo:

- sperimenta direttamente l'evento traumatico;
- testimonia l'evento traumatico in prima persona;
- viene a sapere che l'evento traumatico si è verificato ad un membro della famiglia o un amico stretto (in questo caso la morte o la sua minaccia devono verificarsi in modo violento o accidentale);
- ha esperienza diretta di esposizione ripetuta o estrema ai dettagli spiacevoli dell'evento traumatico (non attraverso i media, le immagini, la televisione).

Il disturbo, a prescindere dalla sua attivazione, causa disagio clinicamente significativo o compromissione delle interazioni sociali individuali, della capacità di lavorare o di altre aree importanti del funzionamento.

Il DSM-5, a differenza del DSM IV- TR, include la violenza sessuale, anche ripetuta, tra le possibili cause, mentre non contempla più, nel criterio A, la reazione di paura intensa, il senso di impotenza o di orrore, poiché non predittive di PTSD.

Nel DSM-5 viene maggiormente dettagliato lo sforzo di evitamento che il soggetto deve compiere per evitare il disagio, con le sue implicazioni negative sulla cognitività e sui vissuti emotivi negativi, più che il sentimento di distacco o di estraneità verso gli altri.

I criteri diagnostici (esposti in modo abbreviato) sono i seguenti:

**A) Esposizione a morte reale, minaccia di morte, grave lesione, violenza sessuale in uno o più modalità**

Il soggetto:

- 1) ha fatto esperienza diretta dell'evento
- 2) assiste direttamente all'evento
- 3) viene a conoscenza dell'evento accaduto ad un membro della famiglia o ad un amico stretto (in questo caso l'evento deve essere stato violento od accidentale)
- 4) fa esperienza di una esposizione ripetuta o estrema di dettagli crudi dell'evento

**B) Presenza di uno o più sintomi intrusivi associati all'evento, che hanno inizio successivamente all'evento stesso**

- 1) ricordi spiacevoli ricorrenti, involontari ed intrusivi dell'evento
- 2) sogni ricorrenti spiacevoli dell'evento, in cui il contenuto e/o le emozioni del sogno sono collegate all'evento
- 3) reazioni dissociative (per es flashbacks) in cui il soggetto agisce o sente come se l'evento si stesse ripresentando (tali reazioni possono verificarsi lungo un continuum, la cui espressione estrema è la completa perdita di consapevolezza dell'ambiente circostante)

- 4) intensa o prolungata sofferenza all'esposizione a fattori scatenanti interni od esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico
- 5) marcate reazioni fisiologiche a fattori scatenanti interni od esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico

**C) Evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma o alterazioni negative di pensieri od emozioni associati all'evento che iniziano o peggiorano dopo il trauma**

- 1) evitamento di ricordi spiacevoli, pensieri, sentimenti relativi o strettamente associati all'evento
- 2) evitamento di fattori esterni (persone, luoghi, situazioni, oggetti) che suscitano ricordi spiacevoli, pensieri, sentimenti relativi o strettamente associati all'evento
- 3) sostanziale aumento della frequenza di stati emotivi negativi (paura, collera, vergogna, ecc)
- 4) marcata riduzione di interesse o partecipazione ad attività significative
- 5) comportamento socialmente ritirato
- 6) persistente riduzione dell'espressione di emozioni positive

**D) Alterazioni negative di pensieri od emozioni seguenti all'evento:**

- 1) incapacità a ricordare aspetti importanti dell'evento
- 2) aspettative negative verso sé stessi o gli altri
- 3) distorta elaborazione delle cause o delle conseguenze dell'evento (con sensi di colpa, ad esempio)
- 4) stati emotivi negativi persistenti
- 5) riduzione degli interessi ad attività significative
- 6) sentimenti di distacco od estraneità verso gli altri
- 7) incapacità a provare emozioni positive

**E) alterazioni dell'arousal e della reattività associati all'evento traumatico e peggiorate dopo l'evento:**

- 1) comportamento irritabile, scoppi di collera per minime provocazioni con aggressioni verbali o fisiche verso oggetti o persone
- 2) ipervigilanza
- 3) esagerate risposte di allarme
- 4) difficoltà a concentrarsi
- 5) difficoltà relative al sonno (difficoltà di addormentamento, nel rimanere addormentati o sonno non ristoratore)

I criteri successivi menzionano la durata superiore ad 1 mese, l'insorgenza entro 6 mesi dall'evento, ed il causare disagio clinicamente significativo.

Tra le specifiche, è importante rilevare la presenza di sintomi dissociativi di depersonalizzazione o di derealizzazione.

## 4.2 PTSD Complesso

La definizione di PTSD, recentemente modificata dal DSM-5, ponendo come criterio centrale la presenza di sintomi intrusivi dell'evento traumatico porta ad escludere un serie di condizioni cliniche post traumatiche occorse in età infantile o conseguenza di traumi ripetuti e prolungati. La necessità di una classificazione più ampia, che comprenda anche casi attualmente sottosoglia per la classificazione DSM era già stata sentita da Judit Herman, nel 1992, che introdusse la classificazione di Disturbo Post Traumatico complesso (PTSDc). Esso individua una reazione a traumi che possono essere di intensità grave e devastante ma anche di intensità minore, comunque aventi caratteristiche di ripetitività e con possibile insorgenza in età infantile (prigionia, tortura, violenza sulle donne da parte del partner, abuso infantile cronico).

Successivamente Luxenberg, Spinazzola, Van der Kolk hanno introdotto il concetto di Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS", 2001), che individua alterazioni nel funzionamento di sei aree: regolazione degli affetti e degli impulsi; attenzione o coscienza; percezione di sé; relazioni interpersonali; somatizzazione; sistemi dei valori.

**Tabella 1 - Criteri diagnostici del "Disordine da stress estremo non altrimenti specificato" (DESNOS)**  
(Tradotto da Luxenberg e Coll,2001)

(I) Alterazione nella regolazione degli affetti e degli impulsi (A e uno di B-F richiesti)	A regolazione degli affetti B modulazione della rabbia C comportamento autodistruttivo D preoccupazione suicida E difficoltà nel modulare il coinvolgimento sessuale (assenza di piacere sessuale, n.d.r.) F eccessiva assunzione di rischi
(II) Alterazioni nell'attenzione o nella coscienza (A o B richiesti)	A amnesia B episodi dissociativi transitori e depersonalizzazione
(III) Alterazioni nella percezione di sé (Due tra A-F richiesti)	A inefficacia B danni permanenti C senso di colpa e di responsabilità D vergogna E nessuno mi può capire F minimizzazione
(IV) Alterazioni nelle relazioni interpersonali (Uno tra A-C richiesti)	A incapacità di fidarsi B vittimizzazione C vittimizzare altri
(V) Somatizzazione (due tra A-E richiesti)	A problemi con il sistema digestivo B il dolore cronico C sintomi cardiopolmonari D sintomi di conversione E sintomi sessuali
(VI) Alterazioni nei sistemi di significato (A o B richiesti)	A disperazione o la mancanza di speranza B perdita di precedenti convinzioni e valori

Il PTSDc può manifestare, oltre ai consueti sintomi del PTSD, anche sintomi psicopatologici cronici ed insidiosi, capaci di alterare le capacità di sviluppo del sistema dell'attaccamento e di alterare la regolazione delle emozioni e degli affetti. Alcuni sintomi che possono essere compresi nel PTSD c sono: somatizzazione, dissociazione, alterazione del controllo degli impulsi, tendenza autolesionistica, tendenza a mettersi in comportamenti a rischio (anche in senso sessuale), coinvolgimento in situazioni relazionali frustranti, inadeguate, vittimizzanti, tendenza a vittimizzare, alterazione nella modulazione degli affetti e della rabbia, presenza di sintomi intrusivi e di evitamento.

Pur non essendo correlato a specifici eventi traumatici e non soddisfacendo di conseguenza i criteri tipici del PTSD, il PTSDc ha dimostrato, nella ricerca clinica, forti correlazioni con storie di vittimizzazione interpersonale, eventi traumatici multipli o di durata prolungata, eventi avvenuti in particolare in età evolutiva. Il PTSDc si correla inoltre a condizioni di comorbidità, come depressione maggiore, disturbo correlato a sostanze, disturbi d'ansia, disturbi da somatizzazione, disturbi della personalità.

Il PTSDc, quindi, pur costituendo una categoria sottosoglia rispetto alla classificazione DSM, sembra avere un impatto clinico importante, correlato frequentemente all'utilizzo di alcol e sostanze. Costituisce un elemento di fragilità nel quadro clinico che, se non trattato, può portare ad evoluzione cronica, assumendo le caratteristiche di una vera e propria "personalità post-traumatica" ed aumentare il rischio di ricaduta nell'abuso di sostanze.

## 5. Gestione clinica del PTSD nelle persone con Disturbo correlato ad alcol e sostanze

Il paziente con Disturbo Post Traumatico rientra nei casi di "doppia diagnosi", in cui la comorbidità di un Disturbo correlato a sostanze con un disturbo psichiatrico aumenta la complessità della gestione clinica. Sono pazienti che spesso richiedono interventi multidisciplinari coinvolgendo frequentemente diversi servizi (ad esempio Servizi per le Dipendenze e Servizi per la Salute Mentale). Uno dei primi problemi nella gestione clinica è riconoscere la diagnosi di PTSD e di PTSDc. Il clinico può trascurare un'approfondita anamnesi circa gli eventi traumatici, così come il paziente può tendere ad omettere il dato anamnestico, se non addirittura a cancellarlo per effetto di una amnesia difensiva. La presenza di un Disturbo Post traumatico può presentarsi in comorbidità con altri disturbi, come Disturbi o Episodi Depressivi Maggiori o persistenti, Disturbi d'ansia, Disturbi di personalità (in particolare il Disturbo Borderline di personalità); tendenza a comportamenti autolesivi; difficoltà nelle relazioni sociali ed affettive. La diagnosi differenziale tra Disturbo Post Traumatico e Disturbo Borderline di Personalità è spesso difficile e controversa. Disturbo Borderline e PTSDc hanno alcuni sintomi sovrapponibili, ma nel complesso costituiscono due profili sintomatologici diversi: ove la disregolazione affettiva è il sintomo caratteristico del PTSDc, essa è secondaria ai disturbi dell'identità e delle relazioni nel Disturbo Bor-

derline di personalità. Essenzialmente il Borderline è un disturbo dell'attaccamento, mentre il PTSDc è un disordine della regolazione affettiva e dell'adattamento (Luxenberg 2001). Alcuni strumenti diagnostici testali auto compilativi possono aiutare nella diagnosi di PTSD e di PTSDc: L.Najavits (Basic Handouts – Seeking Safety, 2012) cita: PTSD Checklist Civilian Version, Trauma Symptom Checklist-40, Stressful Life Experiences Screening (non validati in Italia). È possibile utilizzare in versione italiana l'“Inventario degli eventi stressanti e traumatici della vita”, riadattato e tradotto dal Life Stressor Checklist-Revised di Wolfe e Coll (1997), da M. Gianantonio (2009), per individuare in modo preciso la presenza di eventi traumatici nella storia anamnestica. La CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale, Giunti OS) è invece una intervista strutturata per valutare il Disturbo Post traumatico da stress elaborata sulla base della corrispondenza con gli item del DSM.

## 6. Trattamento del Disturbo Post Traumatico in comorbidità con Disturbi Correlati a sostanze

Per quanto concerne il trattamento psicoterapico del PTSD sono da citare tecniche psicoterapiche brevi come la Psicoterapia Cognitivo Comportale (CBT) e l'EMDR (Eyes Movement Desensitization and Reprocessing). Le linee guida del World Health Organization (2013) relative al trattamento delle condizioni cliniche correlate specificatamente allo stress consiglia la CBT focalizzata sul trauma e l'EMDR per bambini, adolescenti ed adulti con diagnosi di PTSD. Dal punto di vista del trattamento psicoterapico del Disturbo Correlato a Sostanze, premesso che non esiste una vasta letteratura sull'efficacia delle diverse forme di psicoterapia, esistono evidenze che la psicoterapia in associazione con un trattamento farmacologico produca migliori esiti che nessuna terapia o il solo trattamento medico.

La CBT dimostra la sua efficacia nel migliorare il controllo degli abusi alcolici, insieme alla Facilitazione in Dodici Passi ed alla terapia Familiare. (S.Wanigaratne e coll.). Alcuni autori riportano studi metanalitici che depongono per l' utilizzo preferenziale di CBT rispetto ad altre tecniche psicoterapiche (Millen & Wilbourne 2002), mentre uno studio RCT dimostra l' efficacia della CBT (Kadden 1999).

### 6.1. Trattamento integrato

Recentemente sono state introdotte tecniche di trattamento integrato in pazienti con comorbidità di PTSD e Disturbo Correlato a Sostanze. L'ipotesi di intraprendere un trattamento integrato dell'abuso di alcol o di sostanze e del Disturbo Post Traumatico si basa sul presupposto che la sola riduzione dell'abuso possa aggravare il disturbo post Traumatico riducendo l'effetto di automedicazione che l'alcol può esercitare, con conseguente rischio di ricaduta. Secondo L.Najavits 2/3 dei pazienti con abuso di sostanze e PTSD utilizzerebbero le sostanze per automedicazione. Su questa base il trattamento integrato dell'abuso e del disturbo post-Traumatico potrebbe migliorare gli esiti di entrambe le condizioni cliniche. Sebbene l'efficacia di trattamenti cogni-

tivi o comportamentali per PTSD o Disturbo Correlato a Sostanze, sia ben provata, poca letteratura è reperibile per il trattamento di PTSD in comorbidità con Disturbo Correlato a Sostanze. Un protocollo di McGovern 2009 prevede 8 moduli di CBT in 8-12 sessioni. Applicato ad 11 pazienti con comorbidità di PTSD e Disturbi correlati a sostanze, ha registrato una significativa diminuzione del punteggio della gravità del PTSD alla CAPS. Sebbene non diminuissero in modo significativo i giorni di abuso alcolico, si osservava una diminuzione della gravità all'ASI (Addiction Severity Index). Denise A. e coll, (2010), in uno studio condotto su 353 donne assegnate a caso a sedute per il trattamento del PTSD, ha mostrato che il miglioramento dei sintomi del PTSD si associava ad un miglioramento del Disturbo Correlato a Sostanze solo quando i soggetti erano forti abusatori e quando il miglioramento dei sintomi del PTSD era deciso. Lo studio conclude che la terapia integrata di PTSD e Disturbo Correlato a Sostanze contribuisce a migliorare gli esiti del trattamento nei soggetti con sintomi severi.

## 6.2. Seeking Safety

Seeking Safety (L.Najavits) è un trattamento integrato che tratta sia il Disturbo Post Traumatico da stress che la sua correlazione con l'abuso di sostanze, attraverso una serie di sedute individuali o di gruppo, utilizzando 25 temi di discussione sviluppati con approccio cognitivo, comportamentale o interpersonale. Molta enfasi ha il recupero di "messa in sicurezza" attraverso la riacquisizione di un atteggiamento positivo verso di sé ed il prossimo, così come di valori ed ideali di sé potenzialmente compromessi. Tra i trattamenti integrati Seeking Safety ha 3 studi RCT, con risultati positivi sia nella riduzione dei sintomi del PTSD, sia nella prevenzione delle ricadute da sostanze. (Hien DA e coll, 2004; Desai RA et al., 2008; Najavits L. e coll, 2006). Inoltre 17 studi, portati a termine in varie nazioni, hanno dato risultati positivi sia per la riduzione dei sintomi del PTSD che della riduzione dell'abuso di sostanze (L. Najavits, 2012). Tra di essi uno studio di Joseph J. Cocozza, (2004) mostra che "Seeking Safety", condotto per 6 mesi, produce un miglioramento della severità dell'abuso di sostanze e di alcol oltre ad un miglioramento dei sintomi del PTSD. Boden MT e coll (2012), studiando un gruppo di 98 veterani del Vietnam con abuso di alcol e PTSD trattati con Seeking Safety rispetto ad un trattamento standard, ha riportato un miglioramento nella riduzione dell'abuso di alcol e della severità del PTSD. Miglioravano inoltre l'aderenza al trattamento, la soddisfazione soggettiva e le strategie di coping attivo.

## 7. Conclusioni

Il PTSD ed il PTSDc sono frequentemente rappresentati nella popolazione degli utenti che accedono ai servizi per le Dipendenze ed ai servizi di Alcologia. Il PTSD, se non trattato, costituisce un elemento di peggioramento prognostico e di aumentato rischio di ricaduta per l'abuso di sostanze. Dal punto di vista nosografico esiste il rischio di sottodiagnosi di PTSD e di PTSDc e di misdiagnosi con il Disturbo Borderline di

personalità o con altri disturbi psichici nei pazienti con comorbidità psichiatrica. È importante continuare a studiare l'efficacia dei trattamenti psicoterapici del PTSD e del PTSDc in pazienti che abusano di alcol o sostanze ed ottenere maggiori dati sulla prevalenza di tali disturbi nelle persone con Disturbi correlati a sostanze.

## Bibliografia

Andreasen N.C., *Post traumatic stress disorder*, Comprehensive Textbook of psichiatty, NY William and Wilkins, 1985, 918-924

Boden M.T., Kimerling R., Jacobs-Lentz J., Bowman D., Weaver C., Carney D., Walser R., Trafton J.A., *Seeking Safety treatment for male veterans with a substance use disorder and PTSD symptomatology*, Addiction, 2012, 107, 578-586

Bremner J.D. et al, Chronic, in Am J P., *Vietnam combat veterans: course of illness and substance abuse*, PTSD, 1996, 153-3, 369-375

*Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD10)*, Ministero della Salute, 2000

Cocozza J.J., Jackson E.W., Hennigan K., Morrissey J.P., Reed B.G., Fallot R., et al. (2995), *Outcomes for women with co-occurring disorders and trauma: program-level effects*, Journal of Substance Abuse Treatment, 28(2):109-119

De Girolamo G. e coll., *La prevalenza dei disturbi mentali in Italia. Il progetto ESEMED-WMH. Una sintesi*, National Data Archive on Child Abuse and Neglect, 2002-3

Dembo et al, E.D., & Kern. J., *A longitudinal study of the relationships among alcohol use, marijuana/ hashish use, cocaine use, et emotional/psychological functioning problems in a cohort of high-risk youths*, The International Journal of the Addictions, 1990, 25, 1341-1382

Denise A. e coll, *Do Treatment Improvements in PTSD Severity Affect Substance Use Outcomes? A Secondary Analysis From a Randomized Clinical Trial in NIDA's Clinical Trials Network*, (Am J Psychiatry 2009; 167:95–101)

Desai R.A. et al., *Il trattamento per i veterani senzatetto femminile con disturbi psichiatrici e abuso di sostanze: Impatto di "Cerco di sicurezza" sugli esiti clinici di un anno*, Servizi psichiatrici, 2008, 59, 996-1003.

Desai, RA et al., *Cerco terapia Sicurezza: Chiarimento dei risultati*, Servizi psichiatrici, 2009, 60, 125

Dube et al, *Childhood abuse, neglect and household disfunction and the risk of illicit drug use. The adverse childhood experiences study*, Pediatrics, 111,564-572, 2003

DSM-5, Milano, Raffaello Cortina, 2014

Famularo et al., *Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder*. Child Abuse and Neglect, Vol 20, issue 10, Oct 1996, pages 953-961

Finkelhor et al., *The Developmental Victimization Survey 2002-2003*, National Data Archieve on Child Abuse and Neglect, Famil Life Development Center, Cornell University

Gianantonio M., *Psicotraumatologia, fondamenti e strumenti operativi*, CSE, 2009



Helzer J.E., *The Co-Occurrence of Alcoholism with other Psychiatric Disorders in the General Population and Its Impact on Treatment*, J of Studies on alcohol and drugs, Volume 49, 1988 > Issue 03: May 1988

*Health status of Vietnam veterans. I. Psychosocial characteristics*, The Centers for Disease Control Vietnam Experience Study, JAMA, 1988 May 13;259(18):2701-7

Hien D.A., Cohen L.R., Litt L.C., Miele G.M., Capstick C., *Promettendo trattamenti empiricamente supportati per le donne con disturbi da uso di sostanze PTSD e comorbidità*, American Journal of Psychiatry, 2004, 161: 1426-1432

Herman J., *Trauma and recovery*, Basic books, 1992

Janet, P. (1893-4), *The Mental State of the Hysterics*, Paris, Rueff

John A., *The Epidemiology of Trauma and Trauma Related Disorders in Children and Youth* Fairbank, PTSD Research Quarterly, 2008

Kessler R.C., *Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*, Arch Gen Psychiatry, 1995

Killpatrick e coll, *International Handbook of Victimology, Drugs and alcohol in relation to victimisation*, M Clark, International Handbook of Victimology, 2010

Luxenberg T. e coll, *Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS)*, Diagnosis, Part One: Assessment; Diagnosis, Part Two: Treatment: directions in Psychiatry, vol 21, lessons 25-26

Murphy J., Jellinek M., *Substance abuse and serious child mistreatment, prevalence, risk and outcome in a court sample*, Child abuse and neglect, 1991, 15, 197-211

Najavits L.M. (202), *Seeking Safety. Terapy for trauma and substance abuse*, Correction Today, 64, 136-141

Najavits L.M. (202), *Seeking Safety. A treatment manual for PTSD and substance abuse*, New York, Guildford Press Najavits LM , Seeking Safety. Basic Handouts, 2012

Najavits L.M., Gallop R.J., Weiss R.D., *Cerco terapia sicurezza per le ragazze adolescenti con PTSD e abuso di sostanze: Uno studio randomizzato controllato*, Journal of Behavioral Salute Servizi & Research, 2006, 33, 453-463

Wanigaratne S., Davis P., Pryce K., Brotchie J., *L'efficacia delle psicoterapie nel trattamento dell'abuso di sostanze*, NHS - National Treatment Agency for Substance Misuse



# Alcol e dipendenze comportamentali: il gambling

## 6

**Anna Maria Martinelli**

## 1. Caratteristiche Cliniche e Classificazione

Le caratteristiche cliniche che definiscono il “Disturbo da Gioco d’Azzardo” sono presenti all’interno del quinto Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5)<sup>1</sup> pubblicato dall’Associazione Americana di Psichiatria (APA) nel maggio del 2013. La valutazione della problematica del gioco d’azzardo ha subito delle importanti variazioni rispetto alla precedente versione dello stesso manuale (DSM-IV-TR), cambiamenti che partono dalla stessa ridefinizione delle attuali diagnosi di abuso da sostanze e dipendenza a favore della nuova categoria “Disturbi da dipendenza e correlati all’uso di sostanze”. Nella nuova edizione sono state unite le categorie di abuso e dipendenza, così che ogni tipo di sostanza viene definita con la propria specifica categoria diagnostica, i cui criteri per la diagnosi si configurano in un unico elenco di 11 sintomi misurati su un continuum da lieve a grave. Uno di questi sintomi, che accomuna il Disturbo da Gioco d’Azzardo e l’Alcolismo, è il cosiddetto “craving” (il forte desiderio di utilizzare la droga o agire la dipendenza comportamentale). Ulteriore novità della categoria delle dipendenze è quella della creazione della nuova categoria per le “dipendenze comportamentali”, dove si inserisce appunto il “Gambling”, ufficialmente noto come un “Disturbo non correlato all’uso di sostanze”. I criteri stabiliti dall’APA sono il principale strumento utilizzato nella diagnosi da “Disturbo da Gioco d’Azzardo” perché permettono di stabilire con quanta intensità questo comportamento incide sulla vita dell’individuo. Inoltre l’esame del problema di gioco secondo questi criteri mette in luce le conseguenze vissute dai soggetti nei diversi ambiti: familiare, professionale, sociale, scolastico, finanziario e legale.

### 1.1 I Criteri Diagnostici del DSM-V per il Gioco d’Azzardo Problematico

Come detto il DSM-V classifica il disturbo in lieve, moderato e grave. I criteri diagnostici sono i seguenti:

- A) Comportamento da gioco d’azzardo problematico ricorrente e persistente che porta a stress o a un peggioramento clinicamente significativo, come indicato**

---

1 - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 5<sup>th</sup> Edition. American Psychiatric Publishing, 5<sup>th</sup> Edition (Maggio 2013).

dalla presenza nell'individuo di 4 (o più) dei seguenti sintomi per un periodo di 12 mesi;

- 1) Necessità di giocare una quantità crescente di denaro con lo scopo di raggiungere l'eccitazione desiderata.
- 2) È irritabile o irrequieto quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.
- 3) Ha effettuato ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.
- 4) È spesso preoccupato per il gioco d'azzardo (per esempio, ha pensieri persistenti di rivivere esperienze passate del gioco d'azzardo, di problematiche o di pianificazioni future, pensando come ottenere denaro con cui giocare).
- 5) Spesso gioca quando si sente in difficoltà (per esempio, assenza di speranza, in colpa, ansioso, depresso).
- 6) Dopo aver perso soldi al gioco, spesso torna un altro giorno (perdite "inseguite").
- 7) Racconta bugie per nascondere il coinvolgimento nel gioco d'azzardo.
- 8) Ha messo a repentaglio o ha perso una relazione significativa, il lavoro, lo studio o una opportunità di carriera a causa del gioco d'azzardo.
- 9) Si basa su altri per cercare denaro per alleviare le disperate situazioni finanziarie causate dal gioco d'azzardo.

**B) Il comportamento da gioco d'azzardo non è meglio descritto da un episodio maniacale.**

Inoltre è necessario specificare se il disturbo sia episodico/persistente e in remissione precoce/in remissione continua.

Infine la gravità attuale si configura secondo la seguente suddivisione:

- MEDIA (soddisfa 4-5 criteri)
- MODERATA (soddisfa 6-7 criteri)
- GRAVE (soddisfa 8-9 criteri).

## 1.2 Gli Strumenti per la valutazione clinica

In che modo è possibile distinguere correttamente, mediante un procedimento validato scientificamente, il giocatore sociale da quello patologico? Uno dei primi studiosi ad affrontare questa distinzione fu Dickerson<sup>2</sup>. Sostanzialmente la differenza principale è che il giocatore sociale, pur traendo piacere dall'attività di gioco, può smettere di farlo in qualsiasi momento, mentre il giocatore patologico mostra una sintomatologia più radicata e specifica riguardante tre aspetti dell'individuo:

- Psicologico: ossessione del gioco con conseguenti ricadute su pensieri, cognizioni e umore;
- Fisico: come alterazione dell'alimentazione, cefalea, uso di sostanze psicoattive quali

---

2 - Dickerson, M.G. *La dipendenza da gioco*. Edizioni Gruppo Abele, Torino (1993).

- alcol e sintomi fisici dell'ansia;
- Sociale: danni economici, sociali, lavorativi, difficile gestione del denaro e isolamento sociale.

Questa distinzione non deve essere considerata “rigidamente” poiché le problematiche del gioco patologico interessano, per la maggior parte dei giocatori, ognuna di queste tre sfere. È necessario allora che gli strumenti per la valutazione diagnostica tengano conto dei diversi aspetti multifattoriali già citati in precedenza, al fine di poter essere veramente utili per il monitoraggio dei fattori che fungono da mediatori per il trattamento. Inoltre, analogamente ad altre categorie del DSM, la diagnosi di GAP è complicata da due problemi essenziali: a) i casi sottosoglia, b) l'ampia comorbidità con altre patologie (tra cui l'abuso di alcol).

Di seguito vengono citati alcuni dei più noti e validati strumenti clinici per la diagnosi di Gioco d'Azzardo Patologico (GAP):

- South Oaks Gambling Screen (SOGS)
- Diagnostic Interview for Gambling Severity (DIGS)
- Lie/Bet Questionnaire
- Addiction Severity Index For Pathological Gamblers (ASI-PG)
- Le 20 Domande dei Giocatori Anonimi (GA-20).

### 1.3 Comorbidità: Disturbi dell'Umore e da Abuso di Sostanze

Il disturbo da gioco d'azzardo si configura come un problema multifattoriale dove elementi genetici, ambientali, strutture di personalità e storie di vita si intrecciano creando un quadro clinico causale complesso e peculiare. Una dimostrazione di questa multifattorialità è evidente nella frequente comorbidità del GAP con una interessante area di disturbi psichiatrici che possono essere contemporaneamente causa e conseguenza della patologia, o più semplicemente ulteriori elementi chiarificatori di un quadro psicopatologico complesso. Il concetto di comorbidità indica la presenza di più di un disordine psicologico diagnosticato nello stesso individuo ed è molto importante dal momento che essa potrebbe assumere le caratteristiche di un fattore di confondimento nella diagnosi del disturbo principale e anche come fonte di complicazione nel decorso dello stesso. Le ricerche volte ad indagare la presenza di altre classi di patologie presenti in concomitanza alla sindrome da GAP rappresentano uno dei campi di sviluppo più interessanti per lo studio di questo problema, soprattutto nella valutazione sul singolo individuo, alla scoperta di quelle caratteristiche che possano delinearsi come eventuali fattori scatenanti e, di conseguenza, utili per ricostruire dall'origine il percorso compiuto dalla persona per poter poi intervenire all'origine del problema. Per esempio, il 76% di un campione ricoverato per gioco d'azzardo patologico soddisfaceva i criteri per un attuale disturbo da depressione maggiore. I risultati di alcuni studi<sup>3</sup>

3 - Bland, R.C. et al. (1993). *Epidemiology of Pathological Gambling in Edmonton*. Canadian Journal of Psychiatry, 38, pp: 108-12 (1993).

sulla correlazione tra GAP e sintomi depressivi “lifetime”, cioè che si manifestano in diversi periodi della vita del soggetto, sembrano suggerire che questi ultimi possano essere antecedenti ai problemi di gioco, questo risultato può essere confermato dal fatto che in molti casi il gioco ha la capacità di alleviare le sensazioni negative. Un altro problema che è stato costantemente riportato nei soggetti con GAP è la dipendenza cronica da alcol e/o droghe. In letteratura risulta più studiata la comorbidità con l'abuso di alcol, anche se in realtà la maggior parte degli studi hanno indagato la comorbidità con GAP in soggetti con prima diagnosi di dipendenza o abuso di sostanze. Nel caso di abuso di sostanze, questa insorgerebbe nella fase avanzata di malattia detta da Custer “di perdita della speranza” in cui il giocatore è fuori controllo e ricorrerebbe all'alcol per sfuggire ai propri problemi. I pazienti con doppia diagnosi presentano poi livelli maggiori di gravità sintomatologica iniziale e avrebbero una prognosi peggiore sia in termini di risposta al trattamento che in termini di ricadute e adesione alla terapia. Questi studi possono essere interpretati come dimostrazione della doppia comorbidità tra GAP e altre sindromi. Esse possono essere infatti secondarie al gioco patologico e rappresentare un tentativo dannoso di far fronte alle conseguenze dirette del “gambling” oppure è il gioco stesso che, a sua volta, si configura come tentativo disadattivo di fronteggiare i disturbi dell'umore in pazienti con scarse capacità di “coping” o con sottostante disturbo di personalità.

Quindi è stato riscontrato come il GAP mostri comorbidità con diverse patologie psichiatriche, in particolare disturbi dell'umore e da uso di sostanze, più altri disturbi del controllo degli impulsi e di personalità antisociale. Studi recenti stanno focalizzando l'attenzione sulla ricerca di un eventuale assetto genetico che predisporrebbe allo sviluppo di tutte queste patologie. Uno studio di Ibàñez e colleghi ha indagato le differenze nel gene del recettore della dopamina  $D_2$  tra i giocatori con e senza comorbidità con altri disordini, giungendo a sostenere il ruolo di questo gene come fattore di responsabilità per la presenza di disturbi psichiatrici associati al gambling. I risultati di questi studi sottolineano la necessità di condurre una completa valutazione dei giocatori d'azzardo patologici e di concepire il piano di trattamento in modo più che adeguato, in base alla presenza di eventuali malattie concomitanti. Ad esempio, studi retrospettivi suggeriscono che il trattamento simultaneo del gioco d'azzardo patologico con quello per la dipendenza da alcol migliorerebbe il percorso di guarigione del primo.

## 2. L'abuso di Alcol e il Disturbo da Gioco D'Azzardo

### 2.1 Le Patologie della Dipendenza nella Doppia Diagnosi

Il termine “doppia diagnosi” acquisisce i caratteri di una parola chiave quando si tratta di patologie legate alla dipendenza con e senza sostanza. Questa parola rappresenta la traduzione italiana del termine “dual disorders” ed è sempre più utilizzata per descrivere situazioni di coesistenza nello stesso soggetto di un doppio disturbo

psichiatrico di cui almeno uno è costituito da un abuso di sostanze. Il tema della comorbidità psichiatrica nei disturbi da uso di sostanze sta prendendo sempre più piede all'interno dei contesti professionali quali Ser.T., Comunità Terapeutiche o centri che si adoperano per la riabilitazione dei tossicodipendenti, dove gli operatori sanitari si trovano sempre più spesso a contatto con le difficoltà inerenti alla cura e alla terapia dei pazienti complessi, come quelli ad alto indice di recidiva.

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo e la dipendenza da sostanze alcoliche presentano numerose e importanti similitudini nella loro sintomatologia. Le due condizioni sono frequentemente comorbili dal punto di vista clinico ed epidemiologico poiché entrambe presentano i noti fenomeni della tolleranza, della dipendenza, del craving e dell'astinenza; oltre che le ovvie e pesanti ricadute sulla quotidianità del soggetto che non riesce più a mantenere un controllo sulle proprie abitudini.

Numerosi studi<sup>4</sup> evidenziano che le persone con un problema di gioco d'azzardo compulsivo tipicamente hanno altri disturbi in comorbidità come, ad esempio, disturbi d'ansia, disturbi dell'umore, disturbo borderline e disturbo antisociale di personalità. In particolare è l'abuso di sostanze, come quelle alcoliche, ad accompagnare il disturbo da gioco d'azzardo. Tra gli aspetti più evidenti che si possono notare come caratterizzanti queste due dipendenze (con e senza sostanza) è il fenomeno del craving.

Il termine "craving" (letteralmente fame), in quanto appetizione compulsiva, sembra rappresentare il comune denominatore, l'essenza stessa, delle dipendenze patologiche. Il "craving" viene associato ad un ampio spettro di condizioni psico-patologiche, che spaziano dai disturbi mentali organici, ai disturbi dell'umore (depressione stagionale), ai disturbi dell'alimentazione (bulimia), ai disturbi del controllo degli impulsi (come il gambling) ma il campo in cui viene maggiormente studiato è la clinica delle dipendenze patologiche da sostanze. Il "craving" da sostanza rappresenta il desiderio di assumere una sostanza psicotropa, i cui effetti sono stati già sperimentati, in precedenza. Questo desiderio può assumere le caratteristiche dell'impellenza e della compulsività, soprattutto in presenza di stimoli e rinforzi interni o esterni. Probabilmente, la caratteristica principale del "craving" è rappresentata proprio dal sommarsi di sintomi somatici, psichici e comportamentali. Il "craving" da sostanze si caratterizza per la presenza di alcuni aspetti fondamentali:

- forte attrazione compulsiva verso situazioni che permettono l'assunzione di sostanze;
- presenza di una complessa e variabile costellazione di sintomi somatici e neurovegetativi;
- presenza di una complessa e variabile costellazione di sintomi emotivi (ansia,etc.);
- presenza di una complessa e variabile costellazione di sintomi cognitivi (ideazione compulsiva,etc.);

---

4 - Ibàñez, A. et al. Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 158, pp: 1733-35 (2001).

- attivazione comportamentale per la ricerca delle sostanze e per la loro assunzione;
- incapacità ad interrompere questa attivazione comportamentale anche in presenza di forti ostacoli sociali o legali (comportamenti criminali) e/o di pericoli per la propria salute e per la propria integrità fisica;
- comportamenti di evitamento fobico delle condizioni di astinenza. È possibile, perciò, distinguere, nel “craving”, una componente tesa a facilitare l’approccio ed il contatto con lo stimolo ambientale gratificante (sostanza) ed una componente tesa ad allontanare condizioni spiacevoli o dolorose (astinenza come stimolo avversivo).

Anche solo intuitivamente è facile provare ad associare i vari aspetti caratterizzanti il craving al disturbo da gioco e all’abuso di alcol e notare come entrambi li rivestano alla perfezione. Così come l’alcolista, nel corso del tempo, ha sviluppato una forte tolleranza alla sostanza alcolica e spesso si assiste ad un incremento sostanziale del consumo di quest’ultima, anche il giocatore ha bisogno di giocare con quantità crescenti di denaro (o sempre più spesso) per raggiungere l’eccitazione o lo stato di “sospensione” desiderato. Stessa analogia che può essere applicata alla perdita di controllo e al ritiro nel quale spesso si vengono a trovare i soggetti afflitti da queste dipendenze.

Nel tentativo di resistere al craving si nota l’incapacità dell’individuo di controllare l’impulso. Il dipendente riuscirà a frenarsi solo per breve tempo e tornerà repentinamente ad indulgere nel comportamento distruttivo. L’illusione di potere, l’esaltazione iniziale cede il passo alla constatazione dell’incapacità di controllarsi. In questi momenti sono presenti tutti i sintomi tipici della crisi d’astinenza quali irritabilità, ansietà, insonnia, sudorazione, tremori.

La progressività del disturbo che può dar vita a periodici o continui sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o interrompere la dipendenza problematica conduce alla cosiddetta “perdita del controllo” in cui la continuazione del comportamento problematico prosegue in un’escalation con conseguenze negative e disastrose sulla qualità della vita. I giocatori d’azzardo associano più facilmente l’uso di alcol alla vincita piuttosto che alla perdita; le vincite al gioco sembrano rafforzare l’uso di bevande alcoliche e ciò spiega perché gioco d’azzardo e alcolismo spesso sembrano andare di pari passo. Chi beve anche moderate quantità di alcol mentre gioca d’azzardo, tende a giocare più a lungo, spendere più soldi e correre maggiori rischi rispetto a chi non beve. Le ricerche affermano che l’uso di alcol diminuisce la percezione della soglia di rischio.

## 2.2 Alcol e Azzardo: quale relazione?

Nonostante comorbilità e somiglianze tra il Disturbo da gioco d’azzardo e Dipendenza da sostanze alcoliche siano state evidenziate da molti studi, le relazioni tra questi comportamenti restano ancora da chiarire. Molti studi riportano una incidenza di gioco d’azzardo patologico da otto a dieci volte maggiore in pazienti alcol-dipendenti rispetto alla popolazione generale. Tra il gioco d’azzardo e l’alcolismo esistono molte affinità. Spesso il bere e l’assunzione di droghe accompagnano il gioco d’azzardo. La

presenza di patologie relative al gioco d'azzardo pone questi pazienti ad un maggior rischio di ricadute nell'alcol (in molti casinò le bevande alcoliche sono distribuite gratuitamente) e allo stesso modo li espone al pericolo di un mutamento di dipendenza: è possibile, infatti, che i giocatori sostituiscano lo "stato" che deriva dall'assunzione di alcol con quello provocato dall'azione del gioco d'azzardo.

Le ricerche presenti in letteratura fanno riferimento a tre ipotesi principali:

- Secondo la prima il gioco d'azzardo potrebbe causare o peggiorare i problemi con l'alcol. In questa prospettiva l'alcol, facilmente reperibile nei luoghi dove si gioca d'azzardo, sarebbe una forma di autocura per le tensioni causate dai problemi con il gioco. L'alcol potrebbe inoltre essere usato per abbassare l'attivazione emotiva e l'ansia causate dal gioco eccessivo e da tutti i problemi che ne derivano; allo stesso scopo è frequente anche l'uso di benzodiazepine. Un trattamento basato sul contenimento del gioco d'azzardo, riducendo il distress, tenderebbe ad agire positivamente anche sui problemi con l'alcol, riducendo quindi le necessità di autocura.
- Una seconda ipotesi sostiene che i problemi con l'alcol potrebbero causare o peggiorare il ricorso al gioco. Per esempio l'alcol potrebbe aumentare la tendenza a prendersi rischi, inibendo l'autocontrollo e il pensiero critico del soggetto. In questo caso il comportamento di gioco problematico si configurerebbe come una conseguenza o una variabile collaterale all'abuso di alcol. Un trattamento basato sul gioco d'azzardo, secondo questo modello, potrebbe non incidere significativamente sulle due problematiche poiché, non trattando l'assunzione di alcol come sintomo "principale", non si andrebbe ad agire sulla causa o su una delle possibili cause del gioco compulsivo. Negli studi di Hodgins<sup>5</sup> e Potenza<sup>6</sup> giocatori con problemi ricorrenti nel gioco d'azzardo avevano una storia passata di abuso di alcol. Studi come questi pur restando all'interno di un'ipotesi causale dell'alcol sul gioco d'azzardo suggeriscono che i problemi con l'alcol possono risolversi mentre il comportamento di gioco eccessivo continuare, essendo mantenuto da altri fattori.
- Nella terza categoria rientrano gli studi per i quali non vi è una necessaria relazione causale tra alcolodipendenza e gioco d'azzardo. Entrambi sarebbero influenzati da fattori comuni sottostanti alla persona come, ad esempio, la vulnerabilità genetica, i problemi di controllo degli impulsi, la comune regolazione di base nel sistema dopaminergico e le caratteristiche di personalità. In alcuni studi è emerso come entrambi i disturbi da dipendenza sarebbero associati ad anomalie nella corteccia prefrontale ventromediale, un'area implicata nel controllo degli impulsi. Questi soggetti sarebbero inoltre caratterizzati da una condizione denominata "Alessiti-

---

5 - Hodgins, D. C., Peden, N., & Cassidy, E. *The association between comorbidity and outcome in pathological gambling: A prospective follow-up of recent quitters*. Journal of Gambling Studies. (2005)

6 - Potenza, M. N., Steinberg, M. A., & Wu, R. *Characteristics of gambling helpline callers with self-reported gambling and alcohol use problems*. Journal of Gambling Studies (2005).



mia” termine che indica la difficoltà a identificare e comunicare i propri vissuti emotivi.

### 2.3 Un fattore di rischio per l'alcolismo e le Dipendenze Comportamentali: L'Alessitimia

Il costrutto dell'Alessitimia (dal greco “A” mancanza, “Lexis” parola e “Thymos” emozione: letteralmente “non avere le parole per le emozioni”) nasce negli anni 70 dall'osservazione di pazienti con disturbi psicosomatici per indicarne l'incapacità di riconoscere ed esprimere i propri vissuti emotivi. Il termine, coniato da Sifnoes nel 1973, identifica un problema riguardante la “regolazione affettiva”, costrutto che indica la capacità di autoregolare le proprie emozioni e di tollerare gli affetti negativi. I soggetti definiti “alessitimici” presentano:

- Difficoltà a identificare i propri sentimenti ed a distinguerli dalle sensazioni somatiche delle emozioni;
- Difficoltà nel descrivere e comunicare emozioni e sentimenti agli altri;
- Processi immaginativi limitati;
- Stile cognitivo orientato esternamente (locus of control esterno).

L'Alessitimia si configura quindi come un deficit sia del sistema cognitivo-esperienziale di risposta emotiva che del sistema di regolazione degli affetti. I soggetti alessitimici non riescono a interpretare le emozioni degli altri o a dare significato alle proprie e non riescono a utilizzare le altre persone o la propria immaginazione come conforto e modulazione dagli affetti negativi o dagli stati angosciosi.

Recenti ricerche neuroscientifiche indicano la fondamentale importanza delle emozioni, vissute inizialmente come sensazioni fisiche, nella formazione del proprio sé. L'incapacità dell'individuo di identificare le emozioni porterebbe a distorsioni nel processo che porta alla formazione del sé e la sua incapacità di modularle porterebbe a reagire agli affetti spiacevoli tramite comportamenti eterogenei. Oggi si ritiene l'alessitimia come un importante fattore di rischio per numerosi disturbi tra cui i disturbi psicosomatici, l'uso di droghe o alcol, le abbuffate di cibo e il gioco d'azzardo.

Numerosi studi hanno evidenziato una correlazione tra alessitimia e alcolismo<sup>7</sup>. Benché Haviland<sup>8</sup> sostenga che l'alessitimia sia una risposta alle emozioni negative causate dalla dipendenza da sostanze, altri autori<sup>9</sup> sostengono che l'alessitimia sia preesistente e un possibile fattore di rischio per l'abuso di sostanze. Per quanto riguarda la

7 - Thorberg, F.A., Young, R.M., Sullivan, K.A., Lyvers, M. *Alexithymia and alcohol use disorders: a critical review*. *Addict Behav*; 34: 237-45 (2009).

8 - Haviland MG, Hendryx MS, Shaw DG, Henry JP. *Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence*. *Compr Psychiatry* 1994; 35: 124-8.

9 - Handelsman L, Stein JA, Bernstein DP, Oppenheim SE, Rosenblum A, Magura S. *A latent variable analysis of coexisting emotional deficits in substance abusers: alexithymia, hostility, and PTSD*. *Addict Behav*; 25: 423-8 (2000).



possibile correlazione tra Alessitimia e gioco d'azzardo gli studi di Lumley<sup>10</sup>, in particolare, hanno sottolineato come sia gli aspetti cognitivi che quelli emotivi dell'Alessitimia sono associati al gioco d'azzardo problematico. Gli autori concordano su quanto l'incapacità di esprimere i propri vissuti e gli stati di confusione emotiva che ne possono derivare siano un forte stimolo e un fattore di rischio per il gioco patologico.

Altri studi<sup>11</sup> sottolineano come specifici geni che potrebbero essere coinvolti nella regolazione degli affetti, contribuiscano al disturbo da gioco d'azzardo.

L'uso patologico di alcol o di gioco sembrerebbero, quindi, in molti casi, delle condizioni dettate da incapacità di identificare e regolare i vissuti emotivi e verrebbero utilizzati per attuire le emozioni disforiche che non possono essere mentalizzate, oppure, fornirebbero quel tipo di esperienze che permetterebbero al soggetto dipendente di esperire quegli stati personali e vissuti di eccitazione che fatica a provare senza "l'aiuto" della sostanza o della dipendenza comportamentale.

## Bibliografia

Cibin, M., Vanini S., Hinnenthal I., Benevegnù A. e Nante N., *Il gioco problematico in un programma residenziale per la dipendenza da alcol/cocaina: effetti sugli esiti e sui processi terapeutici*, Italian Journal of Addiction, Vol.2, 3-4, 2012

Conte G. et al., *Gioco d'azzardo, una patologia della dipendenza*, (In) Difesa Sociale, Numero 1/07, Anno LXXXVI

Grant J., Kushner M.G. & Kim S.W., *Pathological gambling and alcohol use disorder*, Alcohol Health and Research World, 26, 143–150, 2002

Kyngdon A. & Dickerson M., *An experimental study of the effect of prior alcohol consumption on a simulated gambling activity*, Addiction, 94, 697–707, 1999

Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C., e Doucet C., *Il gioco d'azzardo eccessivo*, Torino, Centro Scientifico Editore, 2007

Lesieur H.R. e Blume S.B., *Evaluation of patients treated for pathological gambling in a combined alcohol, substance abuse and pathological gambling treatment unit using the Addiction Severity Index*, Br J Addict, 86, 1991, pp: 1017-28

Manna V. e Ruggiero S., *Dipendenze patologiche da sostanze: comorbidità psichiatrica o continuum psicopatologico?*, Rivista di psichiatria, 36, I, 2001, pp: 1-13

McCormick R.A. et al., *Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment*, Am J. Psychiatry, 141, 1984, pp: 215-18

---

10- Lumley MA, Roby KJ. *Alexithymia and pathological gambling*. Psychoter Psychosom; 63: 201-6 (1995)

11- Giddens, J. L., Xian, H., Scherrer, J. F., Eisen, S. A., & Potenza, M. N. *Shared genetic contributions to anxiety disorders and pathological gambling in a male population*. Journal of Affective Disorders, 132 (3) (2001).

Pani R. e Biolcati R., *La dipendenza senza droghe*, Novara, De Agostini, 2006, pp: 112-183

Petry NM., *Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling?*, *Addiction*, 101 (Suppl.1), 152-160, 2006

Slutske W.E., Eisen S., True W.R., Lyons M.J., Goldberg J. & Tsuang M., *Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men*, *Archives of General Psychiatry*, 57, 666–673, 2000

Stewart S.H., McWilliams L.A., Blackburn J.R. & Klein R., *A laboratory-based investigation of relations among video lottery terminal (VLT) play, negative mood, and alcohol consumption in regular VLT players*, *Addictive Behavior*, 27, 819–835, 2002

Stewart, S. H., Collins, P., Blackburn, J. R., Ellery, M., & Klein, R. M. *Heart rate increase to alcohol administration and video lottery terminal (VLT) play*. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 94–98, 2005  
1306-1314

ASL BRESCIA

# Alcol e tabagismo

# 7

**Mario Franzini**

## 1. Epidemiologia dell'uso di tabacco

In Italia la prevalenza di fumatori è del 22% della popolazione, di cui il 25,4% Maschi ed il 18,9% Femmine, per un totale di 11,3 milioni di persone (Dati OSSFAD 2014).

La prevalenza di comorbilità di abuso di alcol e tabagismo è, secondo varie fonti, elevata.

In generale il 68-76% di bevitori è anche fumatore. In particolare forti bevitori sono spesso anche fumatori. I dati epidemiologici NESARC (D. Falk, 2006) rilevano come aumenti il rischio di sviluppare un uso rischioso/dannoso di alcol nei fumatori in modo direttamente proporzionale: nei fumatori quotidiani ed occasionali aumenta di tre volte, nei fumatori con dipendenza da tabacco aumenta di 5 volte (56% della popolazione), mentre nella popolazione generale l'uso rischioso/dannoso di alcol è del 26%.

Aumentano di intensità gli effetti dell'alcol nei fumatori e questi tendono a consumare alcolici per periodi più lunghi (Mitchell 1995). Il rischio di uso rischioso/dannoso di alcol aumenta di 7 volte nei fumatori quotidiani nell'età che va dai 18 ai 25 anni, mentre aumenta di 14 volte nei fumatori non quotidiani della stessa età. Il rischio di sviluppare abuso di alcol nei giovani fumatori dai 18 ai 25 anni aumenta di 4-5 volte. Anche il Binge Drinking (con episodi mensili) aumenta nella fascia di età dai 21 ai 25 anni dal 27 al 51% se si tratta di fumatori non quotidiani.

Un elemento di sicuro interesse è la prevalenza di tabagismo e di uso rischioso/dannoso di alcol negli adolescenti: la prevalenza di uso di tabacco negli adolescenti di 15-24 anni in Italia è del 19,7%, con una riduzione rispetto al 2009 di solo l'1%, contro una riduzione nella fascia di età media della popolazione del 13% negli stessi anni (OSSFAD). Si rileva quindi la tendenza a mantenere l'abitudine tabagica e l'abuso di alcol nella fascia di età adolescenziale.

I dati dell'I.S.S. (Istituto Superiore di Sanità) confermano il legame alcol-fumo negli adolescenti, configurando una preoccupante co-dipendenza tra le due sostanze.

Per contro si assiste ad una progressiva riduzione dell'età di inizio dell'uso di tabacco. Ciò richiama l'attenzione sull'importanza di implementare i programmi di prevenzione contro alcol e tabacco in questa fascia di età.

Non si deve trascurare infatti come in età adolescenziale l'uso di tabacco diventi spesso la porta di ingresso all'utilizzo di altre sostanze. Il fumo di tabacco per la sua accettabilità sociale è in questo senso la droga iniziale ideale.

## 2. Effetti dannosi per la salute dell'uso di alcol e tabacco

Alcuni studi riportano con molta chiarezza come l'associazione di alcolici e tabacco aumenti in modo esponenziale il rischio cancerogeno per alcuni tipi di tumore, in particolare i tumori del cavo orofaringeo. In generale l'alcol ha dimostrato di aumentare il rischio tumorale in particolare a livello del cavo orale, faringe, laringe, esofago e fegato.

L'effetto dell'interazione alcol-tabacco è stata indagata in molti studi, riscontrando che soggetti forti bevitori e forti fumatori hanno un rischio di tumori del cavo orale e del faringe più elevato di circa 30 volte rispetto ad un modello additivo.

Per contro è noto che il rischio cancerogeno dell'abuso di tabacco è più esteso rispetto a quello da uso di alcol, coinvolgendo in particolare il tumore del polmone di cui è il principale fattore causale, ed estendendosi anche ai tumori della vescica, della cervice uterina, del pancreas, del colon retto, alle leucemie ed ai linfomi.

## 3. Comorbilità con disturbi psichiatrici

La dipendenza da tabacco è compresa tra i Disturbi correlati a sostanze ed addiction del DSM-5, come il Disturbo da uso di alcol.

La prevalenza di comorbilità tra abuso di alcol o tabacco e disturbi psichiatrici è secondo molti autori significativamente maggiore rispetto alla prevalenza di Disturbi psichiatrici nella popolazione generale.

Nel caso dell'uso di tabacco le patologie maggiormente rappresentate sono:

i disturbi psicotici (schizofrenia 45-88% George TP, 2001), i disturbi del tono dell'umore (40-60%) Depressione Maggiore (Glassman AH 1998) e Disturbo Bipolare (Gonzalez et al, 1998). Il Disturbo Post traumatico da stress studiato nei veterani del Vietnam ha visto una correlazione con uso di tabacco del 53-66% (in una review di Kalman 2005).

Proprio tale comorbilità con i disturbi del tono dell'umore può individuare una correlazione tra depressione, abuso di alcolici e di tabacco. Uno studio di D.W. Black, e coll, (Annals of Clinical Psychiatry 1999), rileva che i fumatori hanno più frequen-

temente una storia lifetime di depressione Maggiore, dipendenza da alcol e droghe, agorafobia, disturbi della personalità.

In generale il 50-85% di persone con disturbo psichiatrico fuma ed il 28,9% abusa in alcolici (studio ECA). Si è calcolato che gli adulti con Disturbo Mentale e Disturbo da uso di sostanze fumino il 70% delle sigarette complessive. Grande attenzione andrebbe quindi posta alla prevenzione secondaria in questi casi di doppia diagnosi psichiatrica come nei poliabusatori.

Alcuni dati invece sono presenti circa il significato predisponente al comportamento tabagico di tratti di personalità “novelty seeking”, che sono correlati a bassi livelli endogeni di dopamina nel circuito della gratificazione.

La transizione da uso a dipendenza nell'alcol è del 2% ad un anno e del 22% lifetime, mentre nel tabagismo è del 2% ad un anno e del 67% lifetime (N. Gentile 2015).

Ciò testimonia come l'abitudine tabagica, droga legale come l'alcol, agisca in modo subdolo e, favorita dalla buona accettazione sociale, dalla forte diffusione, dalla facilità di consumo, sia capace di indurre elevati tassi di dipendenza nel tempo.

#### 4. Neurobiologia del tabagismo

Un ruolo importante nell'instaurarsi della dipendenza da nicotina è rivestito dal sistema dopaminergico. Un deficit dopaminergico nei tabagisti è ipotizzato come fattore predisponente. Sembra che l'allele A1 del gene DRD2 (polimorfismo) renda il sistema dopaminergico meno efficiente, predisponendo all'uso di sostanze (alcol, tabacco ed altre) al fine di ripristinare più elevati livelli di dopamina nel sistema dopaminergico mesolimbico (Reward System).

Generalmente tale sistema è coinvolto in tutte le dipendenze da sostanze.

La somministrazione acuta di tutte le sostanze che inducono dipendenza stimola la trasmissione dopaminergica in neuroni che dall'area del tegmento ventrale (VTA) proiettano ad aree della corteccia prefrontale, ed al Nucleo Accumbens, ventrale (aree limbiche) (C. Chiamulera, 2005).

Il meccanismo di rinforzo dell'effetto di altre sostanze da parte della nicotina è sempre mediato dall'azione sui recettori dopaminergici colinergici presinaptici del sistema mesolimbico (Clarke PBS, 1988).

L'azione euforizzante e piacevole del rilascio dopaminergico sui recettori alfa4 beta 2 nicotinici induce il rinforzo positivo mediato anche dalla produzione di noradrenalina. Gli effetti positivi del fumare tabacco sono ascrivibili ad una serie di modifiche dell'umore, dell'attenzione, dell'emotività che portano ad un aumento della sensazione di energia e vigore, di aumento dell'allerta, dell'attenzione, delle capacità di concen-

trazione e della performance psicomotoria. I meccanismi di rinforzo negativo sono dovuti invece alla sindrome astinenziale che insorge attraverso l'attivazione del Locus Coeruleus, principale centro di reazione di allerta e vigilanza (C. Chiamulera, 2005).

L'azione del consumo di alcol stimola il rilascio di dopamina attraverso l'azione inibitoria sui recettori gabaergici inibitori, mentre la nicotina agisce direttamente sui recettori dei dendriti e dei corpi cellulari delle cellule dopaminergiche. (V.Manna, 2010). Si è dimostrato che il consumo di alcol rispetto ad altre bevande non alcoliche aumenta immediatamente il comportamento tabagico (Mitchell SH, 1995).

Ciò che differenzia poi clinicamente il fumo di tabacco dal consumo di alcol sono le diverse conseguenze in termini di sindrome astinenziale delle due sostanze. La gravità della sindrome astinenziale alcolica non è confrontabile con quella tabagica, ma i danni per la salute causati dalla forte propensione ad indurre dipendenza lifetime del tabacco lo rendono una droga tra le più dannose in assoluto. L'Istat nel 2012 ha calcolato in 20.000 all'anno le morti da alcol in Italia, mentre 80.000 circa sono quelle da fumo calcolate dall'I.S.S.

## 5. Sindrome astinenziale tabagica

Come per il Disturbo da uso di alcol anche il Disturbo da uso di tabacco può provocare una sindrome astinenziale. La sindrome astinenziale tabagica è correlata alla carenza di nicotina nei recettori colinergici mesolimbici (recettori alfa4 beta2). I sintomi della sindrome astinenziale secondo il DSM-5 sono costituiti da: irritabilità, frustrazione, rabbia, ansia, difficoltà di concentrazione; aumento dell'appetito e del peso; irrequietezza; umore disforico/depresso; insonnia che insorgono dopo la cessazione dell'uso di tabacco dopo che è stato utilizzato per diverse settimane. Sintomo cardine della sindrome astinenziale è il "craving", ovvero il desiderio imperioso e compulsivo di fumare.

Secondo il DSM-5 la presenza di comorbilità psichiatrica (Disturbo Depressivo, Disturbo Bipolare, Disturbo d'ansia, ADHD) e/o di abuso /dipendenza da alcolici o altre sostanze tende ad aggravare la sindrome astinenziale tabagica.

## 6. Trattamento della dipendenza da tabacco

Il trattamento della dipendenza da tabacco deve necessariamente occuparsi del trattamento della sindrome astinenziale per avere maggiori risultati di cessazione. Il Test di Fagerstrom permette con facilità di valorizzare il rischio di andare incontro ad una sindrome di astinenza.

Su tale base alcune trattamenti sono stati inseriti nelle linee guida internazionali per la disassuefazione tabagica: la Vareniclina; il Bupropione, gli NRT (sostitutivi della nicotina).

Alcune sedute di counselling psicologico permettono poi di affrontare la componente psicologica della dipendenza, sempre presente, e di ridurre il rischio di ricaduta. La SITAB (Società Italiana di Tabaccologia) ha messo a punto un protocollo di 6 sedute individuali o 8 incontri di gruppo ad indirizzo cognitivo comportamentale e psicoeducativo che permettono di gestire la fase di riduzione-cessazione, il rinforzo della astensione, la prevenzione delle ricadute. La maggior parte dei Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT) in Lombardia è inserita nella rete d'offerta dei Dipartimenti Dipendenze delle ASL e nella rete d'offerta delle Aziende Ospedaliere. I CTT aderiscono al protocollo della SITAB. I risultati di cessazione a sei mesi sono del 66% di coloro che hanno iniziato un percorso terapeutico, mentre sono del 40% al follow-up ad un anno. Il tasso di cessazione del fumo nei programmi per disassuefazione in soggetti che abusano anche di alcolici è più basso rispetto ai soli fumatori (8-17% ad un anno). Il tasso di cessazione si allinea a quello della popolazione generale dopo un anno dalla astensione dagli alcolici, dimostrando l'effetto negativo che il poliabuso alcol-tabacco riveste.

Il timore di molti clinici è che la cessazione da fumo scateni un craving per l'alcol con un aumentato rischio di ricadute in entrambe le sostanze. È importante quindi che l'opportunità del tentativo di cessazione dal fumo si inserisca in una più ampia valutazione clinica e che il supporto psicologico sia adeguato in tal senso.

In generale la presenza di comorbidità con abuso-dipendenza da alcol o con disturbi psichiatrici peggiora la prognosi della cessazione tabagica.

Quando i disturbi psichiatrici o l'abuso-dipendenza da alcol sono presenti durante il tentativo di cessazione è indicato il trattamento sequenziale della patologia comorbide (AM J Addict, 2005). Il tentativo di disassuefazione tabagica può essere rinviato dopo che si è raggiunta una astensione da alcolici o che si è raggiunta la remissione di eventuali disturbi psichiatrici acuti, ottenendo un periodo stabile di astensione dagli alcolici, il miglioramento del tono dell'umore, dei sintomi ansiosi e del sonno ed un controllo dei sintomi psicotici nelle psicosi.

Alcuni studi mettono in rilievo come i sintomi "negativi" della schizofrenia e come la dimensione della disedonia comune a molte patologie psichiatriche a come ad esempio nei disturbi dell'umore si correlino a maggiori tassi di dipendenza da alcolici e tabacco (V. Manna 2010).

Anche la presenza di importanti eventi stressanti recenti può costituire un elemento di controindicazione o quantomeno di criticità per il tentativo di cessazione tabagica.

## Bibliografia

- Amering et al., *Compr Psychiatry*, 1999
- Beckam J.C., *Smoking in Vietnam combat veterans with post-traumatic stress disorder*, J trauma stress, 8:461-472,1995
- Black D.W. e coll., *Annals of Clinical Psychiatry*, 1999
- Breslau e coll., *Addict Behav*, PubMed. Biol Psychiatry, 1997
- Chiamulera C., *Biologia del tabagismo: un continuum dalle molecole ai processi psico-comportamentali*, Tabaccolgia, 2s-2005
- Clarke C., *Evidence that mesolimbic dopamine activation underlies the locomotor stimulant action of nicotine in rats*, 1988
- DSM-5, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2014
- Eurispes, *Telefono Azzurro. 5° Rapporto nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza*, Roma, 2004
- Falk D., *An epidemiological analysis of co-occurring alcohol and tobacco use and disorders*, vol 29, 3, Alcohol Research and Health, 2006
- Gentile N., *Congresso Il fumo nei contesti difficili*, Verona, Giugno 2015
- George T.P., *Nicotine addiction and schizophrenia*, Psychiatric Times, 2001
- Glassman A.H., *Smoking, Smoking cessation and Major Depression*, PubMed, 1990
- Gonzales-Pinto e coll., *J Clin Psychiatry*, 1998
- Kalman D. e Coll, *Am J Addict*, 2005
- Manna V., *Alla ricerca di fattori patogenetici comuni tra dipendenze e disturbi mentali*, Salus.it-Medicina in rete, 2010
- Mitchell S.H., *Effects of varying ethanol dose on cigarette consumption in healthy normal volunteers*, Behav Pharmacol.. 1995, 6:356-359, PubMed
- Osservatorio Nazionale Alcol-Cnesps, Società Italiana di alcologia, *Il pilota*, Epicentro 2009
- OSSFAD (Osservatorio Fumo, Alcol e droga, ISS), *Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo*, 2008
- Patton e coll., *Am J Public Health*, 1998
- Pohl et al., *Psychiatry Res*, 1992
- Recommendations for the treatment of nicotine dependence in PD and SUD*, AM J Addict, 2005
- SITAB, *Tabaccolgia, Guida al trattamento del tabagismo*, J. of the Italian Society of Tabacology, 4, 2010



# Multicausalità e vulnerabilità

# 8

**Maria Raffaella Rossin**

## Introduzione

Sono passati più di centosessant'anni da quando l'alcolismo è diventato materia di studi in ambito clinico ed eziologico: il medico svedese Magnus Huss coniò il termine alcolismo nel 1849<sup>1</sup> e avviò i lavori scientifici su questa complessa tematica. Tuttavia ancora oggi, in Italia, l'opinione più diffusa tra la popolazione è che il bere in eccesso sia un vizio. Dal latino *vitium* il significato «...incapacità del bene, e abitudine e pratica del male;...»<sup>2</sup> si contrappone a quello di virtù e indica, quindi, un allontanamento dalla retta via; ma anche difetto, imperfezione del corpo e dell'anima. Chi beve troppo, quindi, ha un "difetto" che dovrebbe essere completamente in grado di correggere. Se non lo fa è colpevole e deve essere punito ed emarginato, non aiutato a curarsi; le cure intervengono solo quando l'alcolista crea disturbo alle persone che lo circondano. Le bevande alcoliche a cominciare dal vino, sacro fin dall'antichità, possono servire per "*insanire*", ma solo occasionalmente. Se l'uso diventa un abuso, la persona che non sa gestire la "bevanda sacra" non è adatta a stare nella società. Questa antichissima tradizione, che fa parte della storia dei popoli, contribuisce a definire lo stigma sociale che connota il bere eccessivo e la dipendenza alcolica, dando ai problemi alcolcorrelati minor valore rispetto ad altre patologie. I familiari dei bevitori si trovano, così, a dover affrontare un discredito sociale, se fanno emergere il problema con l'alcol del loro congiunto. Per tutelare se stessi e la famiglia, oltre a salvaguardare l'assetto relazionale a cui sono abituati, ritardano la lettura dei segnali che evidenziano il bere in eccesso e, di conseguenza, la richiesta di aiuto. Di fronte all'abusatore di alcol troppo spesso i medici di medicina generale, il personale dei reparti ospedalieri e quello dei servizi socio-sanitari territoriali che si occupano di minori e famiglie e, in genere, gli operatori sanitari sono spesso impreparati a trovare le parole giuste e le modalità empatiche per accogliere la sofferenza di questi ammalati e per dare le indicazioni più adeguate alla cura, sottovalutando le conseguenze di un intervento tardivo sull'uso eccessivo dell'alcol. Ancora oggi, in Italia, la dipendenza alcolica, come è accaduto in passato per i disturbi mentali, non è considerata una malattia degna di cura e di cui è necessario

1 - Huss Magnus, *Alcoholismus chronicus, eller chronisk alkoholsjukdom; ett bidrag till dyskrasiernas Kännedom, enligt egen och andras erfarenhet*, Stoccolma, 1849

2 - La Piccola Treccani – vol. XII

individuare in fretta gli indicatori di rischio, ma un vizio che tutt'al più determina varie patologie alcolcorrelate che coinvolgono organi specifici che è giusto curare.

## 1. Perché una persona beve troppo

In base a quello che raccontano i pazienti e che riporta la letteratura scientifica in ambito alcolologico, bere molte bevande alcoliche nel corso della giornata o in un preciso momento della settimana o in specifici periodi della vita “aiuta” i bisogni che la persona ha in quel momento della sua esistenza. Utilizzare l'alcol come un farmaco per dormire, per tranquillizzarsi o come stimolante per affrontare la giornata; usare gli effetti delle bevande alcoliche per sentirsi più disinibiti in gruppo o nelle situazioni conviviali; stordirsi con l'alcol per non pensare alle proprie sconfitte o a eventi luttuosi o troppo dolorosi da sostenere è una “soluzione” apparentemente facile e che si può realizzare in autonomia. Chi beve troppo alcol fin da adolescente o da giovane adulto e arriva a diventarne dipendente sembra avere specifiche caratteristiche genetiche, una forte vulnerabilità psicologica e delle influenze ambientali che non hanno tenuto conto di queste fragilità, esponendo il bambino o la bambina a contraccolpi emotivi e carichi di responsabilità troppo onerosi. Purtroppo le informazioni sulla pericolosità delle sostanze alcoliche, sugli effetti tossici che determinano e sulle cause multifattoriali che portano alla dipendenza alcolica sono ancora poco diffuse tra i cittadini italiani. I media parlano del bere in eccesso soprattutto in relazione agli incidenti stradali e, più raramente, all'interno di articoli o dibattiti sulla salute, in cui spesso si mescolano messaggi scientificamente corretti a sollecitazioni all'uso quotidiano di vino, sulla base di ricerche discutibili. Tutto questo crea molta confusione in chi ascolta, generando ulteriormente l'idea che bevono troppo e male solo i gravi emarginati e non chi, apparentemente, vive con regolarità. Se escludiamo una percentuale ridotta di persone che iniziano a bere molto da adulti, dopo un evento doloroso che non riescono ad affrontare, la carriera alcolica degli alcolodipendenti inizia con un bere sociale che consente ai singoli di sperimentare gli effetti dell'alcol. Se questi effetti si inseriscono su una vulnerabilità biologica e su una sofferenza psicologica che ha bisogno di essere mitigata, il bevitore cercherà l'alcol ogni qualvolta avrà bisogno di ricreare gli effetti sperimentati. Il suo bere passerà, secondo la classificazione del DSM V<sup>3</sup>, da un disordine lieve da uso di sostanze a uno moderato, fino ad arrivare al disordine severo, caratterizzato dalla perdita del controllo sull'alcol.

## 2. Dai giovani agli adulti

Ci sono dei periodi, nella vita dei giovani, in cui l'utilizzo dell'alcol, anche in eccesso, rappresenta una modalità frequente e rischiosa per trasgredire le regole, adeguarsi al gruppo dei pari e provare sensazioni proibite sballando. Anche se si stanno inco-

---

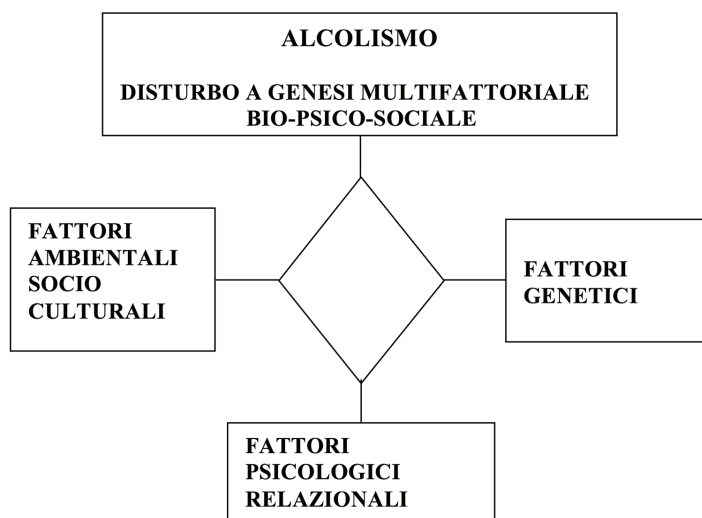
3 - Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM - 5) - ultima revisione

minciando a diffondere le informazioni sulla pericolosità dell'assunzione alcolica nei giovani al di sotto dei 18 anni, i dati recenti evidenziano che, in Italia, più del 66% dei ragazzi a partire dai 14 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno. Spesso l'iniziazione all'alcol avviene in famiglia, in un contesto controllato o in una situazione conviviale e collettiva, ma può anche accadere che i ragazzi utilizzino le sostanze alcoliche insieme ai coetanei mettendosi, poi, in situazioni a rischio. Con l'aumento dell'età (19-24 anni), tendono a bere oltre le dosi consentite il 19% dei maschi e il 9% delle femmine, anche se continuano a diminuire sia i consumatori non moderati sia chi pratica il binge drinking<sup>4</sup>. Cambia il tipo di bevande alcoliche e al posto del vino e delle birra aumentano gli aperitivi e i superalcolici. I giovani tra i 18 e i 24 anni che frequentano abitualmente le discoteche bevono in modo più rischioso rispetto ai loro coetanei che non vanno nei locali.

Molti dei ragazzi che eccedono nell'uso dell'alcol in una fase della loro vita possono successivamente rientrare in abitudini alcoliche moderate perché non hanno bisogno di bere per dimenticare i problemi, per stordirsi, per cercare sensazioni euforizzanti o sedative a differenza dei coetanei che, invece, hanno molti problemi psicologici da affrontare. I dati recenti evidenziano che i genitori che bevono troppo influenzano il comportamento dei figli adolescenti condizionando le loro abitudini alcoliche. Un ambiente familiare caratterizzato da regole poco chiare, da confusione comunicativa, da comportamenti incoerenti, da aggressività verbale e/o fisica, da relazioni interpersonali non equilibrate, da ansia diffusa o dalla presenza di comportamenti dipendenti (da sostanze, da cibo, da farmaci, da gioco), dalla presenza di disturbi psichici dei genitori o di altri componenti della famiglia, non aiuta un bambino o una bambina a fortificare le parti deboli della sua struttura psichica ma li espone ad ulteriori fragilità. La presenza di familiarità alcolica può determinare un rischio maggiore per un adolescente non adeguatamente informato sul pericolo che l'alcol può rappresentare per la sua struttura biologica, ma un ambiente familiare equilibrato e affettivamente solido rappresenta una tutela sicura per aiutare qualsiasi ragazzo/a ad affrontare i disagi e i dolori dell'esistenza, senza ricorrere a rinforzi artificiali. Un giovane che beve troppo in un ambiente familiare patologico e distratto diventerà un adulto che continua a bere sempre di più. Prima che intervenga una proposta di cura potranno passare dai cinque ai vent'anni, in cui il percorso di vita potrà essere caratterizzato da tappe apparentemente normali o da evidenti distonie comportamentali che raramente, purtroppo, vengono velocemente correlate all'abuso alcolico. In Italia, nella maggioranza dei casi, si arriva alla cura dopo una carriera alcolica che supera i cinque/otto anni, quando la sofferenza dell'adulto e dei familiari è già ormai molto consolidata e le relazioni affettive sono stressate da anni di incomprensioni e violenze.

---

4 - Consumo eccessivo episodico, che può essere particolarmente dannoso. Consiste nell'assunzione di sei unità alcoliche in un intervallo di tempo molto breve, con l'intenzione consapevole di raggiungere ubriacature e perdita del controllo, per sballare, "divertirsi" o trasgredire



### 3. La multicausalità dell'alcolismo

La definizione di alcolismo come un disturbo a genesi multifattoriale<sup>5</sup> connette i fattori ambientali e socio-culturali in cui il cittadino vive, con le cause genetiche e le specificità psicologiche dell'individuo e con le dinamiche relazionali dell'ambiente familiare in cui il bevitore è cresciuto.

#### 3.1 Fattori ambientali e socio-culturali

Le caratteristiche socio-culturali del Paese in cui si vive, la disponibilità di alcol, l'attenzione del legislatore al benessere della popolazione sono sicuramente importanti per determinare i fattori che influenzano le abitudini alcoliche della popolazione. Il significato che le bevande alcoliche hanno nella storia, anche religiosa, di un popolo condizionano le scelte individuali, familiari, economiche e politiche incentivando, vietando o controllando l'uso di alcol. Troppo spesso vengono sottovalutate le conseguenze di interventi legislativi che possono avere ripercussioni sulle scelte alcoliche della popolazione, anche giovanile (ad es. campagne pubblicitarie studiate per favorire il consumo di alcol, regole troppo permissive relative al codice della strada, scarsa considerazione degli effetti dell'ubriachezza quale causa di molti reati) aumentando l'incoraggiamento a usare alcol.

La cultura permissiva che caratterizza l'occidente o proibizionista, come nei paesi islamici, influenzata dalla tradizione ma anche dai cambiamenti sociali, determinano

---

5 - Società Italiana di Alcologia – Consensus Conference, 1994.

le regole che vengono recepite dalle famiglie e trasmesse ai figli e che definiscono le modalità di comportamento rispetto al bere e le caratteristiche dei contesti in cui questo è permesso o vietato. Di conseguenza, il bere in eccesso o l'ubriachezza possono essere considerati sopportabili o accettati in specifiche situazioni e non in altre, in base alle aspettative sociali e alle scelte che, di volta in volta, un paese promuove, preferendo puntare su obiettivi preventivi per la tutela della salute, economici o di controllo del territorio. Analizzare il contesto socio-culturale è quindi indispensabile per capire il significato che le bevande alcoliche e il loro utilizzo hanno per una specifica popolazione. In questo modo si può costruire una mappa attendibile degli orientamenti politici e sanitari che, partendo dall'alcol, si ripercuotono sulla salute dei cittadini, sulle regole familiari, sull'educazione giovanile, sulle tutele dei lavoratori, sui reati, sulla criminalità e, quindi, sulla sicurezza di un intero paese. L'insieme di questi elementi rende possibile la realizzazione di interventi preventivi e di cura in ambito alcolologico che rispondono alle esigenze di quella specifica popolazione cercando di affrontare le paure e lo stigma che gli effetti della dipendenza determinano. In Italia, secondo i dati PASSI<sup>6</sup>, più di un adulto su sei presenta abitudini alcoliche considerate rischiose; di questi otto milioni di italiani a rischio, tre milioni sono anziani e quattrocentomila sono giovani con meno di diciotto anni. Inoltre, secondo i dati nazionali sul bere giovanile<sup>7</sup>, il nostro Paese presenta, insieme all'Inghilterra, l'approccio all'alcol più giovane d'Europa dal momento che i ragazzi iniziano ad assaggiare le bevande alcoliche verso gli 11 anni. Per fronteggiare le problematiche alcolcorrelate già, nel 2007, il Governo ha approvato il "Piano Nazionale Alcol" conclusosi nel 2009 e attualmente partecipa al "Piano d'azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol (2012 – 2020)", oltre all'"Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (2014 – 2016)". Nel 2014 sono state aggiornate sul sito del Ministero della Salute le Linee guida sul consumo di alcol con i nuovi limiti sulle quantità definite a minor rischio per uomini, donne, giovani e anziani<sup>8</sup>. Nonostante questo impegno, molto resta ancora da fare per informare adeguatamente la popolazione sui rischi connessi all'abuso di sostanze alcoliche. Gli studi epidemiologici ritengono fondamentale puntare sulla formazione degli operatori sanitari e socio-sanitari, sulle campagne di informazione e sui programmi di educazione alla salute, oltre che sulle politiche e sulle normative che intervengono sulla commercializzazione dell'alcol per ridurre i danni che l'ubriachezza determina sulla famiglia, sulla società e nel mondo del lavoro.

### 3.2 Familiarità e genetica

La dipendenza alcolica è, quindi, determinata dalla presenza di più fattori – gene-

6 - Sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), 201

7 - Emanuele Scafato, Istituto Superiore di Sanità, Direttore Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS, 2014

8 - Nuovi limiti quantità alcoliche: 0 UNITÀ fino ai 18 anni - 1 UNITÀ al giorno dai 18 fino ai 20 anni e sopra i 65 anni - 1 UNITÀ al giorno per le donne - 2 UNITÀ al giorno per gli uomini (1 Unità Alcolica corrisponde 12 grammi di alcol che corrispondono a: una lattina da 330 ml di birra, un bicchiere da 125 ml di vino o da 40 ml di superalcolico o da 80 ml di cocktail alcolico)

tici, psicologici, ambientali, socio-culturali – che, interagendo tra loro in modo differente, determinano il bere in eccesso e la comparsa di patologie alcol-correlate. Risale agli anni Ottanta, ad esempio, la scoperta che nelle popolazioni asiatiche una variante genetica, che coinvolge l'acetaldeide, rallenta il metabolismo delle sostanze alcoliche, riducendo il rischio, per queste etnie, di avere problemi di dipendenza. Va ricordato, comunque, che ogni soggetto ha una specifica storia personale in cui questi fattori intervengono in modo originale e unico, per rispondere a precisi bisogni psicologici che vedono negli effetti dell'assunzione alcolica una risposta ad ansia, depressione, ricerca di sedazione o euforia, insoddisfazione, superamento di paure o debolezze, desiderio di aumentare le proprie potenzialità o di modificare tratti del proprio carattere. Dalla letteratura italiana e internazionale, oltre che dall'osservazione e dal trattamento clinico dei pazienti curati per disordine lieve, moderato e severo da uso di sostanze, emergono delle caratteristiche ricorrenti nelle storie personali. La familiarità alcolica, ad esempio, che compare in modo costante nell'anamnesi dei bevitori, unita spesso anche ad altre dipendenze come il gioco patologico o i farmaci, ha portato in questi ultimi dieci anni, grazie alle sempre più sofisticate tecnologie che supportano la ricerca scientifica, ad avviare molti studi nel settore genetico e delle neuroscienze. Laura Bierut sottolinea come i passaggi fondamentali che portano al disordine severo da uso di alcol, cioè inizzazione all'uso della sostanza, passaggio dall'uso sperimentale all'uso stabile e sviluppo della dipendenza, siano influenzati anche da fattori genetici, alcuni dei quali comuni a tutte le fasi e altri specifici per ciascun momento. Sembra, infatti, che i fattori genetici giochino un ruolo più importante nella transizione dall'uso regolare allo sviluppo della dipendenza. Inoltre, si stanno cercando risposte sulle aree cerebrali direttamente coinvolte dalle variazioni genetiche e sull'influenza che queste ultime hanno sulle diverse fasi di vita degli individui. Queste ricerche possono aiutare a comprendere l'importanza della familiarità dell'alcolismo seguendo l'ipotesi che sia necessario chiarire i processi biologici che fanno parte dell'eziologia di questa complessa malattia. Capire meglio come la trasmissione genetica può aumentare la vulnerabilità alle bevande alcoliche o incidere su altre malattie e come questo possa ripercuotersi anche sui comportamenti e le interazioni con l'ambiente, è importante per trovare cure più efficaci per l'alcolismo. Inoltre, poter fornire alle persone elementi utili per una autovalutazione della propria vulnerabilità all'alcol può servire ad aiutarle a fare scelte più adeguate e consapevoli per tutelare la propria salute. C'è ancora molta strada da fare per conoscere la biologia dell'alcolismo e i meccanismi che la caratterizzano, ma gli studi, ormai, ci dicono che i figli di genitori alcolodipendenti hanno più probabilità di ammalarsi - anche se non crescono con i genitori naturali - rispetto a ragazzi che non provengono da famiglie con dipendenze.

### 3.3 Fattori psicologici e relazionali

I genitori italiani sono ancora poco informati sulle conseguenze che l'uso eccessivo di alcol può provocare sui figli e tendono quindi a banalizzare o a non intervenire se i ragazzi usano bevande alcoliche anche prima dei 16 anni quando bevono troppo e

costantemente, incontrandosi con gli amici o, comunque, fuori casa. Se diamo per scontato che una famiglia in cui è presente un problema di dipendenza alcolica o da sostanze illegali sia poco attenta alla crescita sana dei figli, dal momento che i genitori stessi hanno modalità patologiche per relazionarsi a se stessi e agli altri membri del sistema in cui vivono, non sempre siamo disposti ad accettare la stessa modalità disfunzionale in famiglie apparentemente “normali”. Come abbiamo visto, la ricerca ci dice che un disordine moderato o severo da uso di alcol comporta generalmente una familiarità alcolica o la presenza di altre dipendenze che non necessariamente si esprimono nel padre e nella madre del bevitore, ma possono essere presenti nella famiglia d'origine di uno dell'altro o di entrambi i genitori. Con queste premesse genetiche un adolescente affronta le difficoltà esistenziali maggiormente esposto a rischi, rispetto ai coetanei che non hanno dipendenze in famiglia. Per i ragazzi in genere, sperimentare le bevande alcoliche - soprattutto fuori casa e di nascosto dagli adulti - può essere un modo per trasgredire ed emanciparsi, nella fase di passaggio dall'adolescenza all'età adulta. Quando non c'è familiarità, anche le saltuarie modalità eccessive di assunzione si inseriscono di solito in una fase limitata nel tempo, perché all'adolescente non interessa ricercare gli effetti dello sballo, ma utilizzare uno strumento degli adulti - l'alcol - per confrontarsi con loro e sfidarli, per essere iniziato come membro di un gruppo, per agire comportamenti rischiosi che senza gli effetti dell'alcol non sono “credibili”. Se viene tutelato da una famiglia attenta, questo target di giovani può ridurre i rischi presenti in molte prove adolescenziali anche occasionali come, ad esempio, guida in stato di ebbrezza, sperimentazione di sostanze e alcol, comportamenti inadeguati o pericolosi successivi a bevute. In questa fase di vita dei figli, spetta ai genitori comprenderne le caratteristiche psicologiche e intervenire per sostenerne le aree di fragilità, con adeguati supporti affettivi ed educativi.

Inoltre, una famiglia che adotta pratiche sane dovrebbe, ormai, utilizzare con i figli, fin dall'età infantile, un'adeguata informazione sui rischi connessi all'impiego di alcolici, anche introducendo l'uso di bevande analcoliche per la ritualizzazione di momenti festivi e conviviali.

Gli adolescenti maggiormente a rischio sono coloro che, sperimentando le bevande alcoliche, si accorgono che gli effetti dell'alcol li aiutano a “sentirsi meglio”, anche per poco tempo. Questi giovani sono stati bambini ipersensibili ed emotivamente vulnerabili ma, di solito, non hanno ricevuto nel giusto momento evolutivo le attenzioni affettive e i sostegni relazionali di cui avevano bisogno. Possono essere più o meno dotati sotto il profilo cognitivo e mentale, ma hanno accumulato, nel corso degli anni, delle ferite interiori, il cui dolore aumenta durante la difficile fase di transizione adolescenziale. L'approccio con l'alcol attenua questa sofferenza per giorni o per qualche ora, facendo sperimentare ai ragazzi quel sollievo che annulla i propri fallimenti o i problemi che vivono in famiglia, li fa sentire in grado di opporsi a regole e comportamenti ritenuti ingiusti, li aiuta a slatentizzare modalità relazionali o espressive che, senza l'alcol, rimarrebbero nascoste, li facilita nell'impersonare ruoli - nel gruppo dei



pari o nell'ambito affettivo - che senza gli effetti dell'alcol sarebbero irraggiungibili. Queste bevute eccessive da episodiche diventano in breve tempo un'abitudine al consumo perché, senza l'aiuto adeguato delle figure parentali, l'adolescente non si accorge dei rischi a cui si sta esponendo, soprattutto se è portatore di una familiarità alcolica. Gli adulti che gravitano intorno alla ragazza o al ragazzo dovrebbero essere in grado di cogliere i segnali di disagio che emergono dai suoi comportamenti inadeguati come, ad esempio, frequente alito alcolico, incidenti stradali, orari serali inadeguati per l'età, malesseri dovuti a ubriacature o ad assunzione di droghe, chiusure relazionali, facile irritabilità, aggressività improvvisa, atti lesivi. Chiedendo aiuto al medico di famiglia o ai servizi per le dipendenze e rendendosi disponibili ad essere aiutati insieme ai figli, diventa possibile intervenire precocemente, quasi sempre con un intervento che coinvolga tutta la famiglia, con particolare attenzione alle modalità relazionali ed educative dei genitori. Troppo spesso i padri e le madri di questo target adolescenziale sono, a loro volta, oppressi da problemi personali, di coppia o di famiglia che si sono aggravati nel corso del tempo e a cui non sono riusciti a trovare una soluzione sana e duratura. Possono essere portatori di una dipendenza che hanno cercato di nascondere o hanno tamponato con ricadute periodiche o che, pur risolta da tempo, ha lasciato aperte sofferenze personali, le cui ricadute hanno come bersaglio il coniuge e/o i figli. In questo clima familiare pieno di dolore in cui mancano da troppo tempo l'affetto espresso e una chiara e costruttiva comunicazione verbale e non verbale, i problemi dei figli diventano un carico emotivo apparentemente insostenibile. La soluzione più semplice è non vedere. Le difficoltà quotidiane, gli impegni di ognuno, il poco tempo da dedicare al dialogo e all'ascolto, le etichette convenzionali sull'adolescenza - che la connotano come "un periodo in cui si deve portare pazienza perché poi passa" - creano gli alibi di cui questi genitori hanno bisogno per non occuparsi del disagio giovanile. Situazioni analoghe vedono protagoniste anche le famiglie in cui i genitori hanno fatto il "patto del Mulino Bianco": l'atmosfera familiare è apparentemente serena e, non essendoci problemi economici, la regola generale ruota attorno all'obbligo di essere felici.

I problemi vengono affrontati sempre in superficie. Il mansionario familiare prevede che ogni componente si comporti in modo adeguato e socialmente accettato e nessuno porti discredito al sistema. Le sofferenze devono essere brevi e, preferibilmente, vissute con discrezione, senza farle apparire all'esterno, ma evitando anche di appesantire i congiunti con problemi che "lasciano il tempo che trovano". Le "pecore nere" sono bandite e, non potendo più rinchiuderle, allontanate. Se esiste una familiarità alcolica, è sepolta da anni di oblio e, di solito, emerge con molta fatica, dopo mesi di trattamento dalla "confessione" della persona più fragile del sistema. Per un adolescente pieno di ferite interiori crescere in questi contesti significa considerare l'alcol un amico prezioso. Continuando a bere, riesce ad affrontare la vita anche se, troppo spesso, sembra un incontro di pugilato, in cui chi beve è messo a terra dalla fatica esistenziale, dai ruoli troppo faticosi da ricoprire, dalle aspettative inadeguate per le sue capacità, dai bisogni relazionali e affettivi disattesi, dall'incapacità di comunicare



il proprio dolore che, anno dopo anno, diventa sempre più profondo e ormai richiede un utilizzo quotidiano di alcol. Dopo dieci anni di dipendenza l'alcolista, interiormente, è come un grande ustionato. Imprigionato nella spirale perversa del bisogno di bere, non vuole essere toccato da nessuno, perché qualsiasi approccio diventa un dolore intollerabile. Non riuscendo a comunicare la propria sofferenza a chi gli vive intorno, esattamente come nell'adolescenza, i familiari agiscono in modo inadeguato procurandogli sofferenze continue e arrabbiandosi con lui quando, per tirare avanti, beve. Quando decide di farsi aiutare e affronta un percorso alcolologico, se i terapeuti non rispettano le sue ferite, scappa.

Il percorso descritto fa, quindi, emergere come sia importante e urgente che i genitori, soprattutto quando c'è familiarità alcolica, siano adeguatamente informati su tutto quello che c'è da sapere sui rischi connessi al bere in eccesso e siano accompagnati ad agire in modo sano ed efficace con i propri figli, educandoli a pratiche che aiutino a vivere in salute. La multicausalità dell'alcolismo è la base da cui partire, per evitare di affrontare solo parzialmente questa malattia complessa e con un grave stigma sociale. Proprio per questo le famiglie hanno molte resistenze nell'affrontare adeguatamente i problemi dei parenti che bevono troppo: queste difese sono legate a specifici aspetti della vita comunitaria, al significato culturale dell'alcol, alla storia individuale, alle paure sociali e personali, agli orientamenti politici, ai modelli che la pubblicità propone, in cui le bevande alcoliche assumono significati sempre positivi e vincenti. Aiutare chi beve troppo o è già alcolodipendente a chiedere aiuto senza vergogna, per capire meglio quali problemi sta cercando di affrontare con l'alcol, è il primo importante obiettivo da raggiungere, per dare alla dipendenza alcolica dignità di malattia.

## Bibliografia

Anderson P., Baumberg B., *L'Alcol in Europa - Una prospettiva di salute pubblica*, Institute of Alcohol Studies, Regno Unito, Giugno 2006

Augé M., *L'antropologo e il mondo globale*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2014

Bierut L.J., *Genetic vulnerability and susceptibility to substance dependence*, Neuron, 2011

Contel M., Tempesta E., *Alcol e Giovani*. Che cosa è cambiato in venti anni, Carocci, 2012

Diamond J., *Da te solo a tutto il mondo*, Einaudi, 2014.

Dick D.M. e altri, *Endophenotypes Successfully Lead to Gene Identification: Results from the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism*, in «Behavior Genetics», Vol. 36, n. 1, 2006  
*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM - 5)*, ultima revisione, 2014

Edenberg H.J., *The Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism*, in «Alcohol Research & Health», Vol. 26, n. 3

Huss M., *Alcoholismus chronicus, eller chronisk alkobolsjukdom; ett bidrag till dyskrasiernas Kännedom, enligt egen och andras erfarenhet*, Stoccolma, 1849

Nurnberger J.I. JR, Berrettini W.H., *Principles of Psychiatric Genetics*, Cambridge University Press, 2012

Oliverio A., *La vita nascosta del cervello*, Milano, Giunti Editore, 2009

Searle J.R., *Creare il mondo sociale, la struttura della civiltà umana*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2010

Valsecchi E., *Adolescenti in bottiglia*. Ragazzi e alcol: che fare?, Milano, Ancora Editrice, 2010

ASL BRESCIA

# Diagnosi

# 9

## 1. La diagnosi clinica in un Servizio di Alcologia

**Marco Stilo, Maria Caterina Dall'Angelo**

### **Premessa**

Quando nel 1849 Magnus Huss, docente di Medicina Interna presso l'Università di Stoccolma, consegnò alla Comunità Scientifica il termine Alcolismo, la costellazione delle sintomatologie legate ad un eccesso di consumo di bevande alcoliche entrò di diritto nell'ambito della medicina in qualità di patologia, anche se circoscritta in modo generico.

Vari sono stati, negli anni a seguire, i tentativi di arrivare a una definizione generale e riconosciuta nel campo scientifico dei termini: Alcolista e Alcolismo, cercando di superare l'approccio semplicistico basato sulla distinzione tra alcolista e non alcolista.

Il bisogno, da parte della società scientifica, di arrivare a circoscrivere delle categorie clinicamente valide ha portato all'elaborazione di definizioni a volte troppo restrittive, talaltra troppo generalizzate, spesso inadeguate a identificare, tra l'eterogenea popolazione di consumatori di bevande alcoliche, i soggetti bisognosi di interventi specialistici di cura.

Un importante contributo alla definizione di Alcolismo venne, nel 1960, dall'americano E. M. Jellinek che, nel libro "The Disease Concept of Alcoholism", definì l'Alcolismo una malattia cronica causata da diversi fattori predisponenti: costituzionali, psicologici e sociali.

Per la prima volta, in modo chiaro, si affermava, nel mondo scientifico, il concetto di Alcolismo come malattia.

In linea con quanto affermato in campo internazionale è stata la definizione di Alcolismo formulata dal gruppo di esperti italiani di Alcologia durante la prima Consensus Conference sull'Alcolismo, tenuta nel Marzo 1994 a Borgo S. Felice (SI): "L'Alcolismo è un disturbo a genesi multifattoriale (biopsicosociale) associato all'assunzione protratta (episodica o cronica) di bevande alcoliche, con presenza o meno di dipendenza, capace di provocare una sofferenza multidimensionale che si manifesta in maniera diversa da individuo a individuo e che si configura come disturbo sistemico coinvolgente la famiglia e l'ambiente socio culturale".

"Il termine Alcolismo, tuttavia, accentua l'attenzione sull'aspetto della dipendenza ed è

funzionale ad un processo morale di esaltazione dello «Stigma» che attiva la negazione della complessità non lineare del fenomeno”<sup>1</sup>.

Il termine Alcolista, evidenziandone gli aspetti negativi, nell’immaginario collettivo ha sempre rappresentato un tipo di bevitore problematico o gravemente intossicato.

Chi si occupa di problemi alcol correlati sa bene che queste forme di Alcolismo rappresentano solo una minima parte di un fenomeno ben più vasto e complesso.

La dipendenza da alcol è un disturbo comportamentale complesso.

Il clinico deve saper cogliere il suo divenire - esordio, sviluppo, evoluzione, mantenimento - per valutare in modo completo la situazione clinica e proporre la strategia terapeutica più efficace per il singolo paziente.

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali DSM-5, la cui ultima versione è stata pubblicata in Italia nel maggio 2014, usa la classificazione “Disturbo da Uso di Alcol” che meglio rappresenta l’insieme delle condizioni dannose che vengono determinate dall’uso eccessivo di alcol.

Non pare solo un problema semantico: dall’uso corretto e condiviso delle definizioni discende la visione della complessità dell’intervento necessario, la possibilità di individuare percorsi diagnostici e terapeutici efficaci, la comprensione della necessità di una integrazione tra le varie figure professionali coinvolte nel processo di diagnosi e poi di cura.

### 1. Il disturbo da uso di alcol (AUD)

Il difficile compito del clinico è diagnosticare quei Disturbi da Uso di Alcol che si avvicinano al limite inferiore della gravità della dipendenza e che a volte si pongono fino all’interstizio tra patologia e normalità.

“L’essere l’alcol una sostanza lecita, ampiamente diffusa, culturalmente accettata e investita di aspetti positivi (piacevolezza, divertimento...) pone agli specialisti problemi di inquadramento diagnostico non risolvibili nella dicotomia semplificatoria e rassicurante uso/non uso”<sup>2</sup>.

L’O.M.S. definisce il consumo di alcol come un continuum lungo il quale l’uomo si muove nel corso della vita attraversando diversi livelli di rischio.

In particolare:

**rischio zero:** equivale a nessun uso; per gli adolescenti e i giovani fino ai 18 anni la raccomandazione è di non assumere mai nessun tipo di bevanda alcolica.

**basso rischio:** equivale a una quantità giornaliera di etanolo pari a 1 Unità Alcol (U.A.)

1 - V. Patussi sta in “Alcologia” Rivista quadrimestrale n.11 settembre 2011, pag. 6

2 - M.Cibin e altri, Psychomedia “Rischio alcolcorrelato e Alcolismo: definizioni e valutazione diagnostica”, 2008

al giorno (10/12 grammi di etanolo) per la donna, i giovani dai 18 ai 21 anni e l'anziano oltre i 65 anni e 2 U.A. al giorno (20/25 grammi di etanolo) per l'uomo.

**consumo a rischio - hazardous:** livello di consumo o modalità di bere che può determinare un rischio nel caso di persistenza di tali abitudini.

**consumo dannoso - harmful:** modalità di consumo che causa danno alla salute, a livello psichico o fisico.

**alcoldipendenza:** insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui l'uso di alcol riveste per l'individuo una priorità sempre maggiore rispetto ad abitudini che in precedenza avevano ruoli più importanti. La caratteristica principale è il craving, il continuo, intenso, desiderio di bere.

Nelle forme della Dipendenza, il Disturbo da Uso di Alcol è considerato un disturbo cronico recidivante che, una volta instaurato, si automantiene indipendentemente dai primi motivi che hanno dato il via allo sviluppo della dipendenza stessa.

## 2. La diagnosi clinica in ambito alcolico

“Lo scopo della diagnosi è quello di descrivere il Disturbo da Uso di Alcol”<sup>3</sup>.

Tale descrizione è attuata mediante:

- valutazione clinica multidimensionale
- strumenti diagnostici che descrivono e quantificano dimensioni mediche, psicologiche e sociali
- indicatori biologici e tossicologici del consumo di alcol
- inquadramento nosografico (DSM V / ICD 10)

### 2.1 La relazione diagnostica

“La relazione diagnostica è un processo di conoscenza basato sull'incontro di due persone, all'interno di un rapporto professionale, attraverso cui ipotizzare un possibile terreno condiviso per raggiungere un cambiamento in senso migliorativo della condizione della persona che si rivolge al curante”<sup>4</sup>.

“La diagnosi è la relazione che si definisce all'interno del sistema Operatore – Paziente nel momento in cui vi sono disponibilità reciproca a comprendere e condivisione dello scopo del momento diagnostico”<sup>4</sup>.

#### 2.1.1 La complessità della relazione diagnostica con la persona con disturbo da uso di alcol

La valutazione clinica del Disturbo da Uso di Alcol è complessa. Identificare correttamente il Disturbo da Uso di Alcol può essere difficoltoso per alcune caratteristiche (meccanismi di difesa) che contraddistinguono le persone con AUD:

---

3 - E. Manzato, “Problematiche della diagnosi di alcoldipendenza” pag.49

4 - Mosti A. “L'intervento sulle dipendenze da alcool: analisi costi/efficacia ed integrazione dei modelli di trattamento”- Convegno A.S.L. di Brescia , novembre 2009

- generalmente non ammettono di avere un problema con l'alcol e utilizzano la negazione, cioè un atteggiamento di non riconoscimento di quanto è evidenziato dal dato di realtà (“non è vero che...”);
- tendono a non riferire in modo corretto i dati anamnestici o non ne attribuiscono una relazione con l'alcol;
- minimizzano il comportamento problematico (“è vero, ma...” / “posso fare da solo/ non è così grave/da domani cambio senza problemi...”)

Queste modalità difensive sono riscontrabili principalmente in persone che arrivano all'osservazione specialistica non per scelta propria e per la consapevolezza di avere una problematica alcolcorrelata ma accompagnati o inviati da persone appartenenti al loro contesto di vita (famigliari, colleghi di lavoro, altri Servizi Specialistici).

Il primo obiettivo del lavoro con una persona con Disturbo da Uso di Alcol diventa, quindi, proprio quello di costruire una relazione diagnostica che permetta di giungere alla formulazione di una diagnosi e di un possibile e condiviso progetto terapeutico.

L'approccio e il counselling motivazionale possono essere strumenti utili ad affrontare in modo adeguato la negazione e le resistenze poste dalla persona con Disturbo da Uso di Alcol.

I professionisti deputati a costruire la relazione diagnostica, a livello di cure primarie o di Servizi territoriali specialistici, devono assumere un atteggiamento collaborante, positivo, empatico, non conflittuale, non coercitivo e non giudicante.

### **2.1.2 La multidimensionalità della valutazione diagnostica**

La multidimensionalità è condizione essenziale in un processo diagnostico nel settore alcolologico e, in tale ottica, i Servizi Specialistici Territoriali per le Dipendenze rappresentano le congruenti sedi di riferimento diagnostico-terapeutico.

I Servizi Specialistici Alcolologici sono costituiti da equipe multidisciplinari proprio sul fondamento di considerare il “problema alcol” come un problema complesso che coinvolge molte aree della vita dell'individuo.

La multidisciplinarietà deriva dalla genesi multifattoriale del Disturbo da Uso di Alcol.

L'equipe specialistica, solitamente composta da Medico, Psicologo, Infermiere, Educatore, Assistente Sociale, impegnata nel formulare una diagnosi, dovrà considerare le seguenti aree sia in termini di manifestazioni sintomatiche che di risorse/potenzialità presenti:

- Area fisica : intossicazione, astinenza, patologie correlate
- Area sociorelazionale: problemi comportamentali, conflittualità relazionale, adat-

tamento sociale ed occupazionale, rete sociale

- Area familiare: conflitti in famiglia (separazione, violenze...)
- Area tossicologica: quantità, modalità e anni di uso, polidipendenza, inizio problemi correlati, pregressi periodi di astinenza, pregressi trattamenti o strategie di fronteggiamento del problema
- Area psichica: anamnestica e attuale
- Area motivazionale: stadio della motivazione al cambiamento

Il processo diagnostico deve essere condiviso da tutte le professionalità presenti nel gruppo di lavoro multidisciplinare che costituisce l'equipe alcolologica.

Occorre che ciascuna professionalità, per quanto di competenza, approfondisca, servendosi delle metodiche in uso e degli strumenti necessari, gli ambiti della vita del paziente intorno ai quali può essersi innescata una problematica alcolcorrelata.

## 2.2 Strumenti per la valutazione diagnostica

Gli strumenti base da utilizzare sono:

- Incontri di valutazione che prevedono: visita medica, valutazione psicologica, valutazione sociale, valutazione motivazionale
- Anamnesi alcolologica
- Questionari specifici sul consumo di alcol
- Indicatori biochimici e tossicologici del consumo di alcol

### 2.2.1 Incontri di valutazione

**Visita medica:** durante la visita medica, oltre alla raccolta anamnestica, si ricercano i segni e i sintomi obiettivi correlati ad un uso eccessivo di alcolici, in particolare:

- presenza assenza di intossicazione acuta / cronica
- presenza assenza segni di astinenza
- patologie organiche alcolcorrelate attuali / pregresse
- patologie psichiche alcolcorrelate attuali / pregresse
- altre patologie organiche o psichiche attuali / pregresse

**Si accerta lo stato di compromissione dell'organismo:**

- epatomegalia
- tremori agli arti superiori
- alterazioni della sensibilità agli arti inferiori
- eritema del volto
- iperemia congiuntivale
- alitosi alcolica
- sudorazioni

**Segni rilevabili durante la visita:**

- congiuntiva iniettata o “acquosa”,
- arco senile (bordo opaco a livello della cornea di materiale grasso);
- contusioni, lividi, traumi,
- acne rosacea,
- obesità
- malnutrizione e deperimento

**Segni e sintomi neurologici:**

- alterazioni della sensibilità degli arti inferiori (indice di iniziale neuropatia periferica), sensazione di calore agli arti inferiori

**Segni e sintomi psichici:**

- ansia
- insonnia
- irritabilità
- instabilità emotiva
- difficoltà di concentrazione
- deficit di memoria
- sintomi psicotici

I segni psichici spesso possono essere difficili da interpretare e possono indirizzare verso altre diagnosi; è importante evidenziarli e rivalutarli dopo un periodo di almeno 4 settimane dalla interruzione del potus; l'alcoldipendenza può riprodurre quadri di tipo psichiatrico che si possono risolvere con l'astensione prolungata dagli alcolici.

Utile a valutare la severità dei sintomi di astinenza è il questionario CIWA-AR che prevede di esaminare, nel tempo, dieci item caratteristici dell'astinenza.

---

**CIWA-AR Clinical Institute Withdrawal assessment for Alcohol**

**ITEM 1 Nausea e vomito**

- 0- Né nausea, né vomito
- 1- Leggera nausea e nessun vomito
- 2- Moderata nausea e nessun vomito
- 3- Nausea e nessun vomito
- 4- Nausea intermittente con conati
- 5- Nausea e raramente vomito
- 6- Nausea e vomito
- 7- Nausea costante, frequenti conati e vomito

**ITEM 2 Tremori**

- 0- Non visibili ma percettibili ponendo in contatto i propri polpastrelli con quelli del paziente
- 1- Nessun tremore visibile ma che può essere percepito dal paziente
- 2- Leggero tremore
- 3- Moderato tremore
- 4- Evidente tremore con paziente a braccia estese in avanti
- 5- Grave tremore
- 6- Gravissimo tremore anche con braccia non estese
- 7- Gravi e presenti anche con braccia non estese



**ITEM 3 Sudorazione**

- 0- Non suda visibilmente
- 1-Sudorazione appena percettibile, palmi delle mani umide
- 2-Sudorazione modesta
- 3-Sudorazione intensa
- 4-Gocce di sudore ben visibili a livello della fronte
- 5-Gocce di sudore sul volto
- 6-Sudorazione profusa
- 7-Sudorazione profusa tanto da bagnare gli abiti

**ITEM 5 Agitazione**

- 0- Nessuna
- 1- Leggera ed intermittente
- 2- Leggera
- 3- Moderata ed intermittente
- 4- Moderata
- 5- Grave ed intermittente
- 6- Grave
- 7- Intensa con una incontrollata attività psicomotoria

**ITEM 7 Disturbi uditivi**

- 0-Nessuna sensazione uditiva
- 1-Sensazioni uditive molto lievi che spaventano molto poco
- 2-Sensazioni uditive lievi che spaventano un po'
- 3-Sensazioni uditive che spaventano moderatamente
- 4-Allucinazioni uditive moderatamente gravi
- 5-Allucinazioni uditive gravi
- 6-Allucinazioni uditive estremamente gravi
- 7-Allucinazioni uditive continue

**ITEM 9 Cefalea**

- 0-Non presente
- 1-Molto lieve
- 2-Lieve
- 3-Moderata
- 4-Moderatamente grave
- 5-Grave
- 6-Molto grave
- 7-Estremamente grave

**ITEM 4 Ansia**

- 0- Nessuna ansia
- 1- Ansia lieve ed intermittente
- 2- Ansia lieve
- 3- Ansia moderata ed intermittente
- 4- Ansia moderata
- 5- Ansia grave ed intermittente
- 6- Ansia grave
- 7- Stato equivalente ad un attacco di panico, come si osserva nel Delirium tremens

**ITEM 6 Disturbi tattili**

- 0- No
- 1- Sensazioni tattili molto lievi
- 2- Sensazioni tattili lievi
- 3- Sensazioni tattili moderate
- 4- Allucinazioni tattili moderatamente gravi
- 5- Allucinazioni tattili gravi
- 6- Allucinazioni tattili estremamente gravi
- 7- Allucinazioni tattili continue

**ITEM 8 Disturbi visivi**

- 0-No
- 1-Sensazioni visive molto lievi
- 2-Sensazioni visive lievi
- 3-Sensazioni visive moderate
- 4-Allucinazioni visive moderatamente gravi
- 5-Allucinazioni visive gravi
- 6-Allucinazioni visive estremamente gravi
- 7-Allucinazioni visive continue

**ITEM 10 Orientamento ed obnubilamento del sensorio**

- 0-Paziente orientato, fornisce altri particolari
- 1-Paziente parzialmente orientato, non fornisce altri particolari ed è incerto sulla data
- 2-Disorientamento per la data (ma non più di due giorni di calendario di scarto)
- 3-Disorientamento per la data (più di due giorni di calendario)
- 4-Disorientamento per il luogo e/o per le persone

**Punteggio:** Il punteggio della scala varia da 0 a 67. In base ai punteggi assegnati a ciascun segno/sintomo, la severità della sindrome di astinenza può essere:

- 1) lieve: uguale o inferiore a 15;
- 2) moderata: compreso tra 16 e 20;
- 3) grave: superiore a 20.

Il valore del punteggio è correlato ad un aumento del rischio di sviluppare le complicazioni indesiderate, quali le convulsioni e le allucinazioni. Quando la severità della

sindrome d'astinenza supera il punteggio 10 va intrapresa una terapia farmacologia allo scopo di ridurre il rischio di insorgenza delle complicanze.

L'obiettivo è quello di ottenere una riduzione della severità della sindrome fino ad un punteggio inferiore a 8, secondo la scala CIWA-Ar, per due registrazioni consecutive; la severità deve essere quindi valutata ogni ora fino a quando il punteggio non risulti inferiore a 10, successivamente ogni 4 ore.

### Screening tossicologico

Se vi è sospetto di consumo di sostanze psicoattive, il medico richiede uno screening tossicologico, considerata la frequente presenza di poliassunzione di sostanze - droghe illegali e psicofarmaci - soprattutto nei giovani.

**Valutazione psicologica:** la valutazione psicologica avviene attraverso colloqui clinici che possono essere: individuali, di coppia o familiari e che servono ad individuare la presenza di disturbi dell'area psicologica correlati all'uso di alcol: vuoti di memoria, ebbrezza patologica, disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, gelosia patologica, disturbi sessuali, presenza di fenomeni allucinatori, disturbi alimentari. Prevede, a discrezione del clinico, l'utilizzo di strumenti validati di indagine psicodiagnostica. (MMPI-2, MAC/A, STAI, HDRS SCL-90 R). È utile effettuare una rivalutazione diagnostica in un contesto di astensione dall'uso di alcol di 4 settimane, al fine di avere un quadro psicologico non condizionato dall'uso e quindi più stabile.

**Valutazione sociale/educativa:** la valutazione socio-educativa avviene tramite colloqui e l'eventuale utilizzo di strumenti in uso nell'attività socio-clinica (Questionari: ASI; MAC/A). Prevede di approfondire tutti quegli aspetti nell'anamnesi alcolica, inerenti al rapporto di causalità tra il consumo eccessivo di alcol e gli aspetti della vita familiare e di adattamento socio-relazionale. La valutazione sociale avvia un lavoro volto ad accrescere la consapevolezza della problematica alcol correlata.

### 2.2.2 Anamnesi alcolica

Durante la raccolta anamnestica è fondamentale indagare sia gli aspetti inerenti al contesto della storia personale del paziente riguardo all'alcol, che quelli volti ad una corretta valutazione dei consumi alcolici riferiti da quest'ultimo.

Rispetto alla storia personale del paziente i punti su cui raccogliere notizie utili al fine diagnostico sono:

**Storia alcolica:** inizio e durata dei problemi alcol-correlati, quanto, quando e quale/i bevande alcoliche consuma, periodi di astensione da alcolici, stato fisico e psicologico in tali periodi, uso di altre sostanze, pregressi tentativi di affrontare la problematica, pregressi trattamenti

**Storia familiare:** presenza di problematiche alcol correlate tra i familiari (genitori, germani e altre persone significative in ambito familiare), presenza di bevande alcoliche in casa, atteggiamento della famiglia rispetto all'alcol

**Storia personale:** nascita, sviluppo, relazione con i coetanei, livello di istruzione raggiunto

**Storia professionale:** occupazione, eventuali problemi lavorativi legati all'uso di alcol (assenteismo, licenziamenti, frequenti cambi di lavoro)

**Storia sessuale e coniugale:** problemi sessuali, storia di abuso sessuale nell'infanzia (di notevole importanza in donne con problematiche alcol correlate), comportamenti a rischio per malattie sessualmente trasmissibili, problemi di coppia legati al bere

**Situazione abitativa e finanziaria:** problemi di alloggio, problemi con i vicini, sfratti, problemi economici

**Aspetti legali:** comportamenti violenti, stati di ubriachezza molesta, guida in stato di ebbrezza

**Aspetti medici e psicologici/psichiatrici:** presenza di eventuali problemi fisici o psicologici, patologie correlate al consumo di alcol, incidenti legati al consumo di alcol, presenza di sintomi depressivi, ansiosi, presenza di disturbi di personalità.

Per quanto attiene al consumo di alcol può essere difficile ottenere informazioni aderenti alla realtà ma è comunque possibile giungervi con buona approssimazione.

Può risultare utile il formulare domande semplici, facilmente comprensibili, facendo riferimento ad unità di misura spesso utilizzate nel linguaggio comune.

La storia alcolica può essere acquisita coinvolgendo nella fase diagnostica i familiari, che spesso accompagnano la persona al Servizio Specialistico.

Le informazioni sui consumi di bevande alcoliche possono opportunamente essere convertite in quantità di alcol etilico espresse in grammi utilizzando una formula di conversione:

$$\frac{\text{ml di bevanda alcolica} \times \text{grado alcolico} \times 0.8}{100} = \text{X}$$

### 2.2.3 La valutazione motivazionale

Valutare la motivazione al cambiamento in alcologia è parte della fase diagnostica. Per valutazione motivazionale si intende la valutazione della attitudine al cambiamento di un determinato comportamento. Una persona può essere o meno disposta a modificare il proprio comportamento anche in presenza di una buona consapevolezza del danno causato dal comportamento stesso.

Il modello Transteorico, (Prochaska e Di Clemente, 1982) individua alcuni stadi caratteristici attraverso i quali il soggetto transita percorrendo il cammino attraverso la sua storia di dipendenza e remissione (naturale o assistita).

Si è parallelamente sviluppato l'approccio motivazionale (Miller e Rollnick, 1994), che ha puntato fortemente l'attenzione sui fattori motivazionali nell'ambito degli interventi nel campo delle dipendenze patologiche.

Uno strumento utile a fotografare la posizione motivazionale del paziente/cliente è il **MAC2 -A** che consente di valutare la motivazione al cambiamento della persona.

La valutazione motivazionale ha l'obiettivo di capire in quale stadio del cambiamento si trova una persona e operare, attraverso lo strumento del colloquio motivazionale, affinché la persona arrivi ad uno stadio del cambiamento dove sia possibile avviare un lavoro terapeutico.

### 2.2.4 Questionari specifici sul consumo di alcol

Strumenti utili in fase valutativa si sono rivelati i questionari specifici sul consumo di alcol. Numerosi sono stati negli anni i questionari specifici, appositamente studiati per favorire la formulazione della diagnosi e/o la valutazione della gravità del Disturbo da Uso di Alcol.

La maggior parte di questi ha avuto vita breve e scarsa diffusione, altri sono stati riconosciuti come strumenti affidabili e tuttora in uso. Il limite di questi strumenti è la possibilità di falsificazione delle risposte da parte del soggetto a cui vengono somministrati; per questo potrebbe essere utile, in alcuni casi, trasformare la somministrazione in intervista strutturata nell'ambito di un colloquio.

I questionari più utilizzati per l'identificazione di persone con AUD sono: CAGE, MAST, MALT, AUDIT. Il questionario **CAGE** è uno strumento che ha riscosso notevole successo ed è ampiamente usato nell'attualità.

Presentato in un congresso internazionale da Ewing e Rouse nel 1970 e pubblicato negli atti relativi al congresso, solo dopo qualche tempo cominciò ad essere utilizzato. Il CAGE è un questionario di 4 domande e la sua denominazione rappresenta l'acronimo relativo proprio alle domande in lingua inglese. La semplicità e la rapidità di somministrazione (può essere autosomministrato) e di interpretazione ne fanno uno

strumento molto utilizzato. Il questionario CAGE si è dimostrato un test specifico, sensibile e affidabile anche se nei paesi in cui prevale la cultura asciutta del bere (birra e superalcolici consumati al di fuori dei pasti), tende a essere eccessivamente sensibile, mentre nei paesi in cui prevale la cultura bagnata (più legata al consumo del vino specie ai pasti e il bere più svincolato dai sensi di colpa) può perdere sensibilità nell'individuazione di bevitori problematici. Può essere somministrato in setting diversi, in particolare presso gli ambulatori dei medici di medicina generale.

La prima parte del questionario serve per valutare la presenza di un uso problematico di alcol mentre la seconda parte serve per valutare la necessità di attivare programmi e trattamenti terapeutici.

La sua positività (un punteggio di due o più risposte positive) suggerisce la presenza di un uso problematico di alcol meritevole di approfondimento. Una risposta positiva corrisponde ad un sospetto di uso problematico negli adolescenti mentre tale punteggio non è indice di uso problematico per gli adulti.

---

**QUESTIONARIO C.A.G.E.**

	SI	NO
C = Hai mai sentito il bisogno di bere di meno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A = Ti danno fastidio le critiche che ricevi come conseguenza del tuo bere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G = Ti sei mai sentito in colpa perchè bevi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E = Ti è mai capitato che il bere fosse la tua prima azione della mattina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Due risposte positive sono indicative di uso problematico di alcol in soggetti superiori ai 25 anni. Per soggetti inferiori ai 25 anni è sufficiente una unica risposta positiva.*

---

Il MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) è stato formulato nel 1971 da Selzer con l'obiettivo di individuare soggetti alcolisti. Nella versione originale è composto da 25 item dicotomi (SI/NO) ai quali è assegnato un punteggio ponderato.

Di questo Test sono state proposte forme abbreviate (10 items), forme di autovalutazione e anche una per i soggetti anziani, anche se l'originale è stato quello più utilizzato. Un limite di questo questionario è la tendenza a non individuare i casi iniziali di AUD.

La validità, la sensibilità e l'affidabilità del MAST è stata dimostrata in molteplici studi (sensibilità ed affidabilità del 85%).

È utile per rilevare la presenza di AUD in relazione all'evidenziarsi di problemi connessi al bere.

---

**QUESTIONARIO M.A.S.T.**

	SI	NO
Assumi alcolici di tanto in tanto?	0	0
Ti reputi un bevitore normale? (per normale si intende se bevi più o meno degli altri)	0	2

Ti sei mai svegliato dopo aver ecceduto nel bere la sera precedente e non ricordare in parte cosa è successo quella sera?	2	0
Tua moglie, marito, genitori o parenti stretti hanno mai avuto problemi di abuso alcolico?	1	0
Puoi smettere di bere dopo aver bevuto uno o due alcolici?	0	2
Ti sei mai sentito colpevole perché bevi?	1	0
I tuoi amici o parenti pensano che bevi normalmente?	0	2
Sei capace di non bere quando vuoi?	0	2
Sei mai stato ad una riunione di Anonimi Alcolisti?	5	0
Sei mai venuto alle mani con qualcuno dopo aver bevuto?	1	0
La tua abitudine a bere ti ha mai creato problemi con tua moglie, marito, genitori o altri parenti stretti?	2	0
Sono mai ricorsi tua moglie, tuo marito (o altri membri della famiglia) all'aiuto di qualcuno perché bevi?	2	0
Hai mai perso un amico a causa del bere?	2	0
Hai mai avuto guai sul lavoro o a scuola perché bevi?	2	0
Hai mai perso il posto di lavoro perché bevi?	2	0
Hai mai trascurato i tuoi obblighi, la tua famiglia, o il tuo lavoro per due o più giorni di seguito perché avevi bevuto?	2	0
Sinceramente, bevi spesso prima di pranzo?	1	0
Ti è mai stato detto che hai problemi epatici, Cirrosi?	2	0
Dopo un eccesso alcolico, hai mai avuto un delirium tremens o un forte tremore o udito voci o visto cose che non esistevano? 5 punti per il delirium tremens	2	0
Hai mai chiesto aiuto a qualcuno perché bevi?	5	0
Sei mai stato in ospedale a causa del bere?	5	0
Sei mai stato ricoverato in ospedale psichiatrico o in un ospedale generale per problemi psichiatrici in parte legati al bere?	2	0
Hai mai avuto bisogno di uno psichiatra, di un dottore, di un assistente sociale o di un avvocato a causa di problemi emotivi in parte legati al bere?	2	0
Sei mai stato arrestato per guida in stato d'ebbrezza?	2	0
(Se si quante volte?) 2 punti per ogni arresto	2	0
Sei mai stato arrestato o posto in stato di fermo, anche solo per poche ore, a causa delle tue abitudini alcoliche? (Se si quante volte?) 2 punti per ogni arresto	2	0

---

**TOTALE**

Score del punteggio del questionario M.A.S.T.

- punteggio maggiore o uguale a 7: indicativo di presenza di alcolismo

- pari a 5/6 indica una condizione di rischio di alcolismo;

- 4 o inferiore a 4 indica assenza di problemi alcolcorrelati.

---

Il questionario MALT (Munich Alcoholism Test), proposto da autori tedeschi nel 1977 è composto da 2 parti interdipendenti. La prima parte, di 7 item, è compilata dal medico o dall'operatore di riferimento del paziente ed indaga l'eventuale presenza di patologie più o meno correlate all'alcolismo, il consumo oggettivo di alcol e l'eventuale richiesta di aiuto da parte dei familiari per le problematiche alcol correlate. La seconda parte è una scala auto valutativa, composta da 24 item che esplorano l'atteggiamento rispetto al bere e le eventuali compromissioni somatiche, sociali ed emozionali causate dal bere. Un punteggio totale compreso tra 6 e 10 deve far sospettare l'esistenza di uso

problematico di alcol; soggetti con punteggio superiore a 11 vengono diagnosticati come alcolisti.

Il MALT può essere utilizzato non solo per individuare la presenza di un Disturbo da Uso di Alcol, ma anche per definirne la gravità.

Il MALT ha una sensibilità e specificità molto alte, rispettivamente del 90% e del 100%.

**QUESTIONARIO M.A.L.T. 1**

SI NO

*Da compilarsi a cura del medico*

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) malattia epatica (almeno un sintomo + un test patologico)                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) polineuropatia  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) delirium tremens  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) consumo alcol > 150 g (donne > 120g) per diversi mesi                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) consumo alcol > 300g (donne > 240g) almeno una volta al mese (bevitori occasionali)         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) odore di alcol  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) coniuge, familiari, amici hanno cercato aiuto per problemi del paziente correlati all'alcol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Punteggio: SI = 4 punti; NO = 0 punti*

**QUESTIONARIO M.A.L.T. 2**

SI NO

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1) Le mie mani recentemente hanno spesso tremato                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Talora la mattina ho senso di nausea   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Talvolta ho cercato di liberarmi dal tremore e dalla nausea con l'alcol            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Attualmente mi sento triste per i miei problemi e le mie difficoltà                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Non è raro che io beva alcol prima di pranzo                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Dopo un bicchiere o due sento il forte desiderio di bere di più                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) Penso molto all'alcol  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Talvolta ho bevuto alcol anche contro il parere del medico                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Quando bevo molto alcol tendo a mangiare poco                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) Al lavoro sono stato criticato a causa del mio bere                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) Preferisco bere da solo   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12) Da quando ho cominciato a bere sono in cattiva forma                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13) Mi sono spesso sentito in colpa per il bere                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14) Ho cercato di limitare il bere ad alcune occasioni e ad alcune ore della giornata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15) Penso che dovrei bere molto meno  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16) Senza alcol avrei meno problemi   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17) Quando sono turbato bevo alcol per calmarmi                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18) Penso che l'alcol stia distruggendo la mia vita                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19) Talvolta voglio smettere di bere, talvolta no                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20) Gli altri non capiscano perché io beva  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21) Andrei più d'accordo con il mio coniuge se non bevessi                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22) Talvolta ho cercato di andare avanti senza alcol                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23) Sarei contento se non bevessi   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

24) Spesso delle persone mi hanno detto che il mio alito aveva odore di alcol

*Punteggio: SI = 1 punto; NO = 0 punti*

*La valutazione del test deve basarsi sui dati sia del MALT 1 che del MALT 2. In entrambi i questionari un punteggio uguale o superiore a 11 punti indica alcolismo; un punteggio compreso tra 6 e 10 deve considerarsi altamente sospetto per alcol - dipendenza.*

Promosso dall'OMS - L'Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT, è un questionario di screening per l'identificazione di soggetti che potrebbero presentare un uso problematico di alcol. È composto da 10 item che esplorano, relativamente agli ultimi dodici mesi, il consumo di alcol, le modalità di consumo e i problemi alcolcorrelati.

Punteggio da 0 a 8 indica assenza di uso rischioso di alcol; maggiore o uguale a 8 ma inferiore a 15 indica consumo a rischio ma probabilmente non ancora dipendenza da alcol; punteggio pari o superiore a 16 indica presenza di problemi alcol correlati o alcoldipendenza.

Il questionario si è rivelato un valido strumento di screening, più sensibile rispetto ad altri questionari (Mast e Cage) per l'identificazione dei soggetti in fase iniziale di consumo patologico di alcol e di pari sensibilità per i soggetti in fase avanzata di alcolismo.

È stata formulata una versione ridotta dell'AUDIT – l'AUDIT C – che comprende soltanto le prime 3 domande dell' AUDIT.

#### TEST AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

1. Con quale frequenza consuma bevande contenenti alcol?	Mai	0 p
	Meno di una volta al mese	1 p
	Da 2 a 4 volte al mese	2 p
	Da 2 a 3 volte a settimana	3 p
	4 o più volte a settimana	4 p
2. Nei giorni in cui beve, quante bevande alcoliche consuma in media?	1 o 2	0 p
	3 o 4	1 p
	5 o 6	2 p
	7 o 8	3 p
	10 o più	4 p
3. Con quale frequenza le capita di consumare sei o più bevande in un'unica occasione?	Mai	0 p
	Meno di una volta al mese	1 p
	1 volta al mese	2 p
	1 volta a settimana	3 p
	Ogni giorno o quasi	4 p
4. Con quale frequenza, durante l'ultimo anno, si è accorto di non riuscire a smettere di bere una volta che aveva iniziato?	Mai	0 p
	Meno di una volta al mese	1 p
	1 volta al mese	2 p
	1 volta a settimana	3 p
	Ogni giorno o quasi	4 p



5. Con quale frequenza, durante l'ultimo anno, non è riuscito a fare ciò che normalmente ci si aspetta da lei a causa del bere?	Mai	0 p
	Meno di una volta al mese	1 p
	1 volta al mese	2 p
	1 volta a settimana	3 p
	Ogni giorno o quasi	4 p
6. Con quale frequenza, durante l'ultimo anno, ha avuto bisogno di bere di prima mattina per tirarsi su dopo una bevuta pesante?	Mai	0 p
	Meno di una volta al mese	1 p
	1 volta al mese	2 p
	1 volta a settimana	3 p
	Ogni giorno o quasi	4 p
7. Con quale frequenza, durante l'ultimo anno, ha avuto sensi di colpa o rimorso dopo aver bevuto?	Mai	0 p
	Meno di una volta al mese	1 p
	1 volta al mese	2 p
	1 volta a settimana	3 p
	Ogni giorno o quasi	4 p
8. Con quale frequenza, durante l'ultimo anno, non è riuscito a ricordare quello che era successo la sera precedente perché aveva bevuto?	Mai	0 p
	Meno di una volta al mese	1 p
	1 volta al mese	2 p
	1 volta a settimana	3 p
	Ogni giorno o quasi	4 p
9. Si è fatto male o ha fatto male a qualcuno come risultato del bere?	No	0 p
	Sì, ma non nell'ultimo anno	1 p
	Sì, nell'ultimo anno	2 p
10. Un parente, un amico, un medico o altro operatore sanitario si sono occupati del suo bere o le hanno suggerito di smettere?	No	0 p
	Sì, ma non nell'ultimo anno	1 p
	Sì, nell'ultimo anno	2 p

### 2.3 Indicatori biologici e tossicologici del consumo di alcool

Attualmente non esiste un marcatore specifico che possa consentire da solo di formulare una diagnosi di uso problematico di alcol e quindi l'impiego di tali marcatori non può e non deve essere estrapolato dal contesto clinico. Nella pratica clinica questi marcatori possono fornire informazioni aggiuntive durante il processo diagnostico.

I biomarcatori sono molecole utilizzate come indicatori riguardanti l'assunzione di alcol o possono servire per patologie specifiche.

Caratteristiche dei biomarcatori sono:

- Sensibilità diagnostica: il test risulta positivo se si è in presenza di patologia; corrisponde quindi ai "veri positivi"
- Specificità diagnostica: il test è negativo se la malattia è assente; corrisponde quindi ai "veri negativi"
- Efficienza: valore percentuale dei risultati corretti sulla totalità delle analisi

La sensibilità e la specificità dei marcatori di abuso alcolico sono estremamente variabili e quindi è consigliabile l'utilizzo combinato di questi.

I marcatori di uso di alcol si distinguono in

- indiretti
- diretti.

I marcatori indiretti sono:

- AST
- ALT
- GGT
- MCV
- Fosfatasi Alcalina.

Questi indicatori vengono definiti di tipo indiretto in quanto sono soggetti ad un incremento nel caso di consumo eccessivo di alcol, ma difettano per sensibilità e specificità diagnostiche, essendo influenzati da altri fattori quali la variabilità genetica, le patologie epatiche di altra origine, i fattori ormonali, l'assunzione di farmaci.

I marcatori diretti invece, essendo metaboliti primari dell'alcol, sono virtualmente dotati di specificità assoluta e si sono dimostrati promettenti anche in quanto a sensibilità. Questi si possono distinguere in due tipologie, tenendo anche conto della matrice biologica in cui vengono ricercati:

Marcatori che indicano un consumo occasionale di alcol:

- Etanolo nel sangue;
- Etanolo nelle urine;
- Etil-glucuronato / Etilsolfato nelle urine;
- Etilglucuronato /Etilsolfato nel sangue.

Nello specifico si è visto che Etil-glucuronato ed Etilsolfato sono rilevabili nel siero fino a 6 ore dopo la scomparsa dell'Etanolo.

Marcatori relativi a un consumo cronico di bevande alcoliche:

- Transferrina Desialata sierica (CDT)
- Etil-glucuronato su matrice biologica cheratinica

## **2.4 Strumenti di classificazione nosografica**

I sistemi di classificazione nosografica più accreditati a livello internazionale rispetto all'Alcolismo e ai disturbi ad esso connessi sono: l'ICD10 e il DSM.

La finalità di questi strumenti è di individuare un insieme di sintomi psichici e comportamentali per costruire un quadro clinico e definire il livello di gravità.

L'ICD10 (International Classification of Diseases) - Classificazione Internazionale delle Malattie e dei Problemi correlati - è in vigore dal gennaio 1993 e viene costantemente aggiornata dall'OMS e dalla Rete dei Centri Collaboratori per la famiglia delle classificazioni internazionali (WHO-FIC Network) attraverso un comitato di manutenzione e aggiornamento detto Update and Revision Committe (URC).

Nell'ambito delle dipendenze patologiche si utilizzano i codici diagnostici che rientrano nel Settore V (F10-F19): "Disturbi Psicici e Comportamentali da uso di Sostanze psicoattive".

Questa classe comprende una vasta gamma di disturbi di diversa gravità e aspetto clinico, che hanno in comune il fatto di essere stati causati da una o più sostanze psicoattive.

Nell'ICD10 l'alcol, alla stregua delle altre sostanze psicoattive, viene inserito in uno schema generale che prevede: l'intossicazione acuta (.0), l'uso dannoso (.1), la sindrome da dipendenza (.2) la sindrome da astinenza (.3), sindrome da astinenza con delirio (.4), disturbo psicotico (.5), sindrome amnestica (.6), disturbo psicotico residuo o a esordio tardivo (.7), altri disturbi psichici o di comportamento (.8), disturbi psichici e di comportamento non specificati (.9).

Nell'ICD10 la classificazione della Dipendenza da Alcol prevede la presenza di almeno tre item sui sei possibili vedi tabella:

---

**Tab.2 - Criteri ICD-10 per Sindrome da Dipendenza**

Almeno tre delle seguenti condizioni:

- Forte desiderio o senso di compulsione a usare la sostanza;
  - Evidente compromissione della capacità di controllare l'uso della sostanza. Ciò può essere in relazione a difficoltà nell'evitare l'uso iniziale, difficoltà nel sospendere l'uso, difficoltà di controllo del livello d'uso;
  - Stato di astinenza o uso della sostanza per attenuare o evitare sintomi di astinenza e consapevolezza soggettiva dell'efficacia di tale comportamento;
  - Presenza di tolleranza agli effetti della sostanza;
  - Progressiva trascuratezza dei piaceri, comportamenti o interessi a favore dell'uso della sostanza;
  - Uso persistente della sostanza nonostante la evidente presenza di conseguenze dannose.
- 

La classificazione ICD10 non prevede diagnosi di abuso di alcol, ma uso dannoso di alcol: chiara evidenza che l'uso della sostanza sia stato responsabile di un danno per la salute dell'utilizzatore, che può essere fisico o psichico.

#### 2.4.1 Il DSM

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) è l'altro sistema internazionale in uso per la classificazione nosografica dei disturbi legati all'uso patologico di Alcol.

Nel corso degli anni il Manuale è stato progressivamente aggiornato in linea con gli sviluppi della ricerca psichiatrica e psicologica, arrivando alla V edizione, pubblicata in Italia nel maggio 2014.

Prima di questa data si è fatto riferimento, per la classificazione dei disturbi legati all'uso di sostanze, al DSM IV TR.

Caratteristica del DSM IV TR <sup>5</sup> è stata l'organizzazione diagnostica in un sistema multi assiale che per una diagnosi completa prevede l'indagine su ciascuno dei 5 Assi:

- Asse 1: Disturbi clinici e altre condizioni rilevanti clinicamente
- Asse 2: Disturbi di personalità, Ritardo mentale
- Asse 3: Condizioni mediche generali potenzialmente rilevanti per la comprensione dei primi due assi
- Asse 4: Problemi psicosociali ed ambientali
- Asse 5: Valutazione Globale di Funzionamento (VGF).

Il DSM IV TR come l'ICD10, prevede rispetto all'uso di alcol, la distinzione in:

DISTURBI DA USO DI ALCOL che comprendono:

- Dipendenza da Alcol
- Abuso di Alcol

DISTURBI INDOTTI DALL'USO DI ALCOL, che comprendono:

- Intossicazione Alcolica
- Astinenza Alcolica
- Delirium da Intossicazione
- Delirium da Astinenza
- Demenza
- Sindrome amnestica
- Condizioni psicotiche
- Disturbi mentali e comportamentali indotti dall'alcol
- Disturbo correlato ad alcol NAS

La diagnosi di dipendenza da alcol presuppone un periodo di osservazione di 12 mesi durante i quali devono essere identificati almeno tre dei sette criteri elencati nella Tabella 3:

---

**Tab. 3 - Criteri diagnostici DIPENDENZA - DSM IV TR**

- Presenza di tolleranza ovvero necessità di aumentare il consumo per raggiungere gli stessi effetti psichici oppure effetti clinici ridotti mantenendo costante il consumo;
  - Sintomi di astinenza e assunzione della sostanza per ridurli;
  - Assunzione della sostanza per periodi prolungati o in quantità maggiori di quelle previste dal soggetto;
  - Persistente desiderio di smettere o di ridurre il consumo della sostanza con ripetuti insuccessi;
  - Una grande quantità di tempo spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza, ad assumerla o a riprendersi dagli effetti;
  - Interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'alcol;
  - Uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica causato o esacerbato dall'uso della sostanza.
- 

5 - DSM-IV-TR: Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Text Revision, American Psychiatric Association, Masson, 2000

L'Abuso Alcolico nel DSM IV TR è una categoria diagnostica che prevede una modalità patologica di uso di alcol che implica la presenza nell'arco di 12 mesi di significativi effetti avversi. In particolare l'attenzione si concentra sui problemi sociali legati all'uso, mentre sono assenti i criteri dell'Astinenza, Tolleranza e della perdita del controllo rispetto alla sostanza, caratteristici della diagnosi di Dipendenza (Tab.4):

**Tab. 4 - Criteri diagnostici ABUSO - DSM IV TR**

- Uso ricorrente di sostanze alcoliche che incide negativamente su impegni lavorativi, scolastici o quotidiani;
- Uso ricorrente di sostanze in situazioni che sono fisicamente rischiose;
- Problemi legali relativi all'uso di alcol;
- Uso continuativo di alcol nonostante vi sia evidenza di ricorrenti problemi sociali e interpersonali causati o esacerbati dall'alcol.

Quella dell'Abuso è stata una categoria non ben definita, all'interno della quale sono stati collocati i bevitori problematici, in genere soggetti con uso recente e non continuativo di alcol, di frequente giovani con comportamenti a rischio, che ad una prima valutazione non soddisfacevano i criteri della Dipendenza, ma che ad una indagine più accurata invece potevano rientrare in questa categoria.

### 2.4.2 II DSM-5

La revisione che ha segnato il passaggio dal DSM IV-TR al DSM-5 ha portato a rielaborazioni formali (nuova struttura del manuale, superamento del sistema multiassiale) e concettuali (identificazione di nuove categorie diagnostiche e nuova definizione di alcune categorie già esistenti).

La classificazione dei Disturbi è stata resa conforme all'International Classification of Diseases (ICD) dell'OMS, in modo che i criteri del DSM definiscano i Disturbi identificati dalla denominazione diagnostica e dai codici dell'ICD. Sono associati alla classificazione dei Disturbi sia i codici dell'ICD-9-CM che dell'ICD-10-CM.

Nel DSM-5, a differenza delle precedenti edizioni, viene introdotta una documentazione non più assiale della diagnosi.

La Classificazione prevede eventuali annotazioni separate per alcuni importanti fattori psicosociali e contestuali ed è stata sostituita la Valutazione Globale di Funzionamento (ex asse V).

Nello specifico:

gli Assi I, II e III del DSM IV vengono inglobati in un'unica identità; la diagnosi principale si indica elencandola per prima, mentre gli altri disturbi vengono elencati in ordine di focus di attenzione e di trattamento.

Gli autori del DSM-5 hanno consigliato di non sviluppare la classificazione dei problemi di ordine psicosociale e ambientale (in passato Asse IV), ma di usare una serie selezionata di codici dell'ICD-9-CM e i nuovi codici Z contenuti all'interno dell'ICD-10-CM.

L'Asse V del DSM-IV, costituito dal Global Assessment of Functioning (VGF) che rappresenta il giudizio del clinico in merito al funzionamento globale dell'individuo, è stato rivisto a vantaggio di un più diffuso utilizzo di scale di valutazione. La WHODAS (World Health Organization Disability Assessment Schedule) del DSM-5 è stata sviluppata per valutare l'abilità del paziente nello svolgimento di attività appartenenti a sei aree: comprendere e comunicare, mobilità, cura di sé, relazionarsi con altre persone, attività della vita quotidiana, partecipazione alla vita sociale. La scala WHODAS viene proposta come riferimento per la valutazione funzionale globale.

Nel DSM-5<sup>6</sup> è stata sostituita la designazione NAS (non altrimenti specificato) caratteristica delle precedenti edizioni del manuale con le attuali:

- disturbo con altra specificazione
- disturbo senza specificazione.

La prima designazione consente al Clinico di evidenziare le ragioni specifiche perché i criteri non rientrano in una specifica categoria all'interno di una classe diagnostica. Questa designazione va utilizzata quando vi sono le evidenze per specificare la natura della manifestazione. Qualora invece non fosse possibile specificare e descrivere ulteriormente la manifestazione clinica, si utilizza la diagnosi senza specificazione.

Per quanto attiene ai Disturbi da uso di sostanze la novità più evidente riguarda la revisione dei criteri diagnostici e della terminologia: Abuso e Dipendenza non vengono più considerati separatamente ma raggruppati nella diagnosi di Disturbo da Uso di Sostanze.

Superati i concetti di Abuso e Dipendenza, al fine di una diagnosi precisa occorre prestare attenzione ai margini di gravità del disturbo, che si basano sul numero dei criteri sintomatologici manifestati. Ad esempio un disturbo da uso di sostanze si definisce lieve se caratterizzato dalla presenza di 2-3 criteri; medio se caratterizzato dalla presenza di 4-5 criteri e grave se determinato da più di 6 criteri.

Modifiche della gravità nel tempo possono essere rivelabili dalle riduzioni o aumenti nella frequenza e/o dose di sostanza utilizzata, valutati tramite il resoconto diretto dall'individuo interessato, da quanto osservato dal clinico, e dai test biologici.

Altre novità rispetto alla precedente edizione sono: l'inserimento del craving tra i criteri presi in considerazione per formulare la diagnosi; l'eliminazione del criterio relativo ai problemi legali ricorrenti correlati all'uso di sostanze.

---

6 - DSM-5 Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta Edizione, American Psychiatric Association, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2014

Sono inoltre disponibili i seguenti specificatori relativi al decorso e alle caratteristiche descrittive:

- in remissione precoce da un minimo di 3 ma meno di 12 mesi senza soddisfare i criteri del disturbo da uso di sostanze (con l'eccezione del craving)
- in remissione protratta da un minimo di 12 mesi senza soddisfare i criteri del disturbo da uso di sostanze (con l'eccezione del craving)
- in terapia agonista
- in ambiente controllato

### 2.4.3 Disturbi correlati all'uso di alcol nel DSM-5

Superati, come evidenziato sopra, i concetti di Abuso/Dipendenza, i Disturbi Correlati all'Uso di Alcol vengono sostanzialmente divisi in 2 categorie:

#### **Disturbo da uso di alcol:**

- 305.00 (F10.10) Lieve: presenza di 2/3 sintomi
- 303.90 (F10.20) Moderato: presenza di 4-5 sintomi
- 303.90 (F10.20) Grave: presenza di 6 o più sintomi

#### **Disturbi indotti dall'uso di alcol:**

- Intossicazione da alcol
- Astinenza da alcol
- Altri disturbi indotti da alcol
- Disturbo correlato all'alcol senza specificazione

Per la formulazione di diagnosi di **Disturbo da uso di alcol** occorre che almeno 2 dei seguenti 11 criteri diagnostici riportati nella Tabella 5 vengano soddisfatti.

---

**Tab. 5 - Disturbo da uso di alcol (DSM V) - Criteri diagnostici**

Un pattern problematico di uso di alcol che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato da almeno due delle seguenti condizioni, che si verificano entro un periodo di 12 mesi;

- 1) L'alcol è spesso assunto in quantitativi maggiori o per un periodo più lungo di quanto fosse nelle intenzioni.
- 2) Desiderio persistente o sforzi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso di alcol.
- 3) Una gran parte del tempo è impiegata in attività necessarie a procurarsi alcol, usare alcol o recuperare dai suoi effetti.
- 4) Craving, o forte desiderio o spinta all'uso di alcol.
- 5) Uso ricorrente di alcol, che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa.
- 6) Uso continuato di alcol nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti dell'alcol.
- 7) Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso di alcol.
- 8) Uso ricorrente di alcol in situazioni nelle quali è fisicamente pericoloso.

- 9) Uso continuato di alcol nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dall'alcol.
- 10) Tolleranza, come definita da ciascun dei seguenti fattori:
- a) Un bisogno di quantità marcatamente aumentate di alcol per ottenere intossicazione o l'effetto desiderato.
  - b) Una marcata diminuzione dell'effetto con l'uso continuato della stessa quantità di alcol.
- 11) Astinenza, manifestata da ciascuno dei seguenti fattori:
- a) La caratteristica sindrome da astinenza da alcol (con riferimento ai Criteri A e B del set di criteri per l'astinenza da alcol).
  - b) L'alcol (o una sostanza strettamente correlata, come una benzodiazepina) viene assunto per attenuare o evitare sintomi di astinenza.

Analizzando in dettaglio i criteri:

il primo raggruppamento (1-4) riguarda la compromissione del controllo dell'uso della sostanza, il secondo raggruppamento (5-7) la compromissione sociale, il terzo raggruppamento (8-9) l'uso rischioso della sostanza, l'ultimo raggruppamento (10-11) è quello inerente agli aspetti farmacologici e nello specifico: la tolleranza (criterio 10) è segnalata dalla necessità di dosi marcatamente aumentate della sostanza per ottenere l'effetto desiderato o da un effetto notevolmente ridotto quando si consuma il dosaggio abituale, l'astinenza (criterio 11) è una sindrome che si manifesta quando le concentrazioni della sostanza nel sangue o nei tessuti si riducono in un soggetto che ha mantenuto un consumo importante e prolungato della sostanza che è causa del disturbo.

#### 2.4.3.1 Disturbi indotti dall'uso di alcol

Per quanto attiene ai disturbi indotti da alcol nelle tabelle rientrano in questo raggruppamento:

- Intossicazione da alcol
- Astinenza da alcol
- Altri disturbi indotti da alcol
- Disturbo correlato all'alcol senza specificazione

#### 2.4.3.2 Intossicazione da alcol

I criteri diagnostici per l'intossicazione prevedono quanto riportato nella Tabella 6.

**Tab. 6 - Intossicazione da alcol DSM-5 - Criteri diagnostici**

- A) Recente ingestione di alcol.
- B) Comportamento problematico clinicamente significativo o cambiamenti psicologici (per es.: comportamento sessuale inappropriato o aggressivo, labilità dell'umore, capacità critica compromessa) che si sviluppano durante, o poco dopo, l'ingestione di alcol.
- C) Uno (o più) dei seguenti segni o sintomi, che si sviluppano durante, o poco dopo, l'uso di alcol:
  - 1 - Eloquio inceppato.



- 2 - Mancanza di coordinazione.
  - 3 - Andatura instabile.
  - 4 - Nistagmo.
  - 5 - Compromissione dell'attenzione o della memoria.
  - 6 - Stupor o coma.
- D) I segni o sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa un'intossicazione da altra sostanza.
- 

Per formulare diagnosi di intossicazione da alcol devono essere rilevati i criteri A-B-D e 1 o più dei segni o sintomi del punto C

### 2.4.3.3 Astinenza da alcol

Nella tabella 7 vengono riportati i criteri diagnostici per la diagnosi di Astinenza.

---

**Tab. 7 - Astinenza da alcol DSM-5 - Criteri diagnostici**

- A) Cessazione (o riduzione) dell'uso di alcol che è stato pesante e prolungato.
- B) Due (o più) dei seguenti sintomi, che si sviluppano da alcune ore a diversi giorni dopo la cessazione (o riduzione) dell'uso di alcol come descritto nel Criterio A:
- 1 - Iperattività autonoma (per es., sudorazione o frequenza del polso maggiore 100 bpm).
  - 2 - Aumento del tremore a livello delle mani.
  - 3 - Insonnia.
  - 4 - Nausea o vomito.
  - 5 - Allucinazioni o illusioni visive, tattili o uditive transitorie.
  - 6 - Agitazione psicomotoria.
  - 7 - Ansia.
  - 8 - Convulsioni tonico-cloniche generalizzate.
- C) I segni o sintomi del Criterio B causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
- D) I segni o sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica e non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale, compresa l'intossicazione o l'astinenza da altra sostanza.
- 

Per formulare diagnosi di astinenza da alcol devono essere rilevati i seguenti punti dei criteri diagnostici: A-C-D e 2 o più dei segni o sintomi del punto B

### 2.4.3.4 Altri disturbi indotti da alcol

Nella categoria Altri disturbi indotti da alcol vengono riportati tutta una serie di disturbi mentali potenzialmente gravi, di durata temporanea che insorgono come effetto dell'uso di alcol e nel contesto di un'intossicazione grave e/o di un'astinenza dalla sostanza in grado di produrre il disturbo mentale.

In questa categoria sono compresi i disturbi: psicotico, bipolare, depressivo, d'ansia indotti da alcol, la disfunzione sessuale indotta da alcol; il disturbo neu-

rocognitivo indotto da alcol; il delirium da intossicazione o da astinenza indotti da alcol.

I profili dei sintomi ricordano i disturbi mentali indipendenti;

Le condizioni indotte da alcol, al contrario dei disturbi mentali indipendenti, tendono a migliorare in modo relativamente veloce e a non rimanere clinicamente rilevanti per più di 1 mese dopo la cessazione dell'intossicazione grave e/o dell'astinenza.

#### **2.4.3.5 Disturbo correlato all'alcol senza specificazione**

A concludere la categoria diagnostica DSM-5 è il Disturbo correlato all'alcol senza specificazione.

Questo criterio si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo correlato all'alcol, che causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo, o in altre aree importanti, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per nessun specifico disturbo correlato all'alcol o per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi correlati a sostanza e disturbi da addiction.

#### **Conclusioni**

##### **LE BUONE PRASSI:**

Nel momento in cui una persona si presenta ad un Servizio Specialistico di Alcolgia, quali che siano le modalità e le motivazioni per le quali vi giunge, immediatamente nasce l'esigenza di fare una diagnosi: il processo diagnostico è il primo passaggio che un Servizio pone in gioco di fronte ad una domanda di aiuto generata da una situazione di sofferenza.

Ma quali sono le “buone prassi “ per effettuare una diagnosi?

- Una diagnosi deve essere accurata nell'uso degli strumenti di indagine che utilizza e definirsi in tempi entro i quali la persona con Disturbo da Uso di Alcol percepisca di essere preso in cura.
- Una diagnosi, pur non considerandosi provvisoria, deve restare aperta a nuove acquisizioni, condotta e sorvegliata da un atteggiamento operativo di possibile ridefinizione.
- Deve mettere in gioco e in connessione tra loro le competenze dei professionisti di un Servizio Specialistico.
- Una diagnosi è singolare e plurale: singolare per l'attenzione che deve portare alla persona nella sua irriducibile individualità, nell'unicità della sua esperienza di vita e di sofferenza patologica; plurale perché si inserisce in un contesto ampio: la cultura che è il portato della storia, le attese della società nei confronti del paziente e dei Servizi che lo hanno preso in cura, le normative di riferimento di questo settore.
- Una diagnosi è disegno e discorso; disegno nel momento in cui delinea una pa-

tologia, ne circoscrive i dettagli, ne illustra le sfumature; discorso quando diventa oggetto di comunicazione e condivisione tra Operatori, la persona con AUD e i soggetti che sono presenti nel suo mondo vitale.

- Deve evitare il rischio di indagare la malattia ignorando la persona, di fermarsi ad entità nosologiche astratte più che a persone con differenti sofferenze/malattie .
- Deve declinarsi sotto il criterio della responsabilità: si assumono le domande poste dalla persona, dalla costellazione dei soggetti che interagiscono nel suo mondo vitale e ad esse si propongono possibili risposte – progetti terapeutici - che ruotano nell'area del cambiamento di atteggiamenti, scelte, stili di vita.

## Bibliografia

Ceccanti M., *Trattamento dei problemi e patologie alcol correlate (PPAC)*, in Rivista quadrimestrale di Alcolologia, 1/2008

Cibin M., Zavan V. e Nardo M., *Alcol: consumi mortalità, modelli di comportamento. "Alcolologia, prevenzione, progettualità regionale"*, a cura di Cibin M., Orlandini D., Rampazzo L., Regione Veneto, Assessorato alle politiche Sociali, Padova, 2000, pp 65-73

Dahl H., Stephanson N., Beck O. e Helander A., *Comparison of urinary excretion characteristics of ethanol and ethyl glucuronide*, J. Anal. Toxicol. 26; 2002, 201–204

*DSM-5 Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Quinta Edizione, American Psychiatric Association, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2014

*DSM-IV-TR: Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Text Revision, American Psychiatric Association, Masson, 2000

Ewing J.A., *Detecting alcoholism: The Cage questionnaire*, Jama, 252: 1984, pp. 1905-1907

Fleming M.F., Barry K.L. e McDonald R., *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in A college sample*, Int. J. Addiction, 26; 1991, pp. 1173-1185

Frances R.J., Franklin J. E., *Alcohol and Other Psychoactive Substance Use Disorder*, in Talbott J.A., Hales R.E. e Yudofsky S. C. (Eds.), *Textbook of Psychiatry*. American Psychiatric Press, Washington D.C., 1988, pp. 313-355

Guelfi G.P., Scaglia M. e Spiller V., *Elementi di valutazione della motivazione*, in Lucchini A., *La Diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, Milano, Franco Angeli, 2001, pp. 267-280

Hudolin V., *Alcolismo*. Associaz. Reg. Osp. Friuli Venezia Giulia, Udine, 1981 (l'opera riporta a pag. 44 il riferimento a M. Huss)

Jellinek E.M., *The Disease Concept of Alcoholism*, New Haven, College and University Press, 1960

Lakshman R., Tsutsumi M., Ghosh P., Takase S., Anni H. e Nikolaeva O., *Alcohol Biomarkers: Clinical Significance and Biochemical Basis*, *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 25(5) Supplement:67S-70S, May 2001

Manna V., *Aspetti Diagnostici delle sindromi e dei disturbi associati alle dipendenze patologiche da sostanze*, in Lucchini A., *La Diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, Milano, Franco Angeli, 2001, pp. 221-237

Manzato E., *Problematiche della diagnosi di alcoldipendenza*, in Lucchini A. e Strepparola G. (a cura di): *Modelli di intervento in alcologia*, Milano, Franco Angeli, 2010

Manzato E., *Il percorso terapeutico dalla presa in carico alle cure specialistiche sta in "Modelli di intervento in alcologia"* a cura di Lucchini A., Strepparola G., Milano, Franco Angeli, 2010

Marino V., *Il processo diagnostico in* Lucchini A., *La Diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, Milano, Franco Angeli, 2001, pp. 213-220

Marsili G., Garzotto N., Bertasi A., Traverso M., Marini F., Modonutti G.B., Musso A.M., Visintini L., Cedaro P., Boni B., Chiarezzo A., Ferri M., Moiraghi Ruggerini A., *Validazione multicentrica del Munich Alcoholism Test (MALT) in un campione di popolazione generale*. Parte prima: approccio metodologico (Progetto 1 del Gruppo Epidemiologico della S.I.A.), in atti del VI Congresso Nazionale della Società italiana di Alcologia, Firenze, 1988

Marsili G., Garzotto N., Bertasi A., Traverso M., Marini F., Modonutti G.B., Musso A.M., Visintini L., Cedaro P., Boni B., Chiarezzo A., Ferri M. e Moiraghi Ruggerini A., *Validazione multicentrica del Munich Alcoholism Test (MALT) in un campione di popolazione generale*. Parte seconda: risultati, discussione osservazioni conclusive (Progetto 1 del Gruppo Epidemiologico della S.I.A.), in atti del VI Congresso Nazionale della Società Italiana di Alcologia, Firenze, 1988

Miller W., Rollnick S., *Il colloquio motivazionale*, Prima edizione, Trento, Edizioni Erickson, 1994

Polettini A., Morini L., Stramesi C. e Politi L., *Sensitivity and selectivity of ethyl glucuronato in hair as a marker of chronic alcohol use*, Preliminary results in: 44th Meeting of the International Association of Forensic Toxicology (TIAFT), Ljubljana, Slovenia, August 27–September 1, 2006, CT- pp. 1-11 (Abstracts)

Politi L., Morini L., Leone F. e Polettini A., *Ethyl glucuronide in hair: Is it a reliable marker of chronic high levels of alcohol consumption?*, *Addiction*: 2006 Oct;101(10), pp. 1408-12.

Prochaska J.O., Di Clemente C.C., *Transtheoretical Therapy: toward a more integrative model of change*, *Psychotherapy: theory, research and practice*, 1982

Selzer M.L., *The Michingan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument*, *Am.J. Psychiatry*, 127:1972, pp. 1653-1658

Stibler H., *Carbohydrate-deficient transferrin in serum: a new marker of potentially harmful alcohol consumption reviewed* - *Clinical Chemistry*, Vol 37, 1991, pp. 2029-2037

Sullivan J.T., Sykora K., Schneiderman J., Naranjo C.A. e Sellers M., *Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA – Ar)*, *Br. J. Addiction*, 84: 1986, pp. 1353-1357

*World Health organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*

E. Manzato, F. Nava, G. Cifelli, C. Biasin, F. Galvanin, *L'assessment di I livello per la valutazione alcolologica nella pratica clinica dei Servizi*, *Mission* n. 30

## 2. Il Laboratorio di Sanità Pubblica nella diagnosi di alcolismo

**Fabrizio Speziani, Rossana Patelli, Chiara Maria Romano**

Il consumo di alcol, oltre che costituire un problema sociale e clinico di grande rilevanza, ha richiesto, nel tempo, anche un crescente impegno da parte del Laboratorio di Sanità Pubblica, al quale vengono inviati campioni biologici con vari scopi: accertare l'avvenuta assunzione di etanolo, stabilire se il paziente è un etilista, valutare gli eventuali danni prodotti all'organismo del bevitore, valutare l'efficacia di terapie disintossicanti.

Il laboratorio può mettere a disposizione sia indagini diagnostiche consolidate dall'uso, se pur con qualche limite interpretativo, sia esami nuovi volti a migliorare il processo diagnostico.

La logica gestionale delle Aziende Sanitarie impone, però, al clinico ed al laboratorista di valutare rigorosamente il rapporto fra costi e benefici per ogni prestazione fornita, ed in base ad esso decidere o meno l'introduzione di nuove procedure. Nelle pagine seguenti cercheremo

di dare un quadro breve, ma più chiaro possibile, sul contributo che il laboratorio può dare in questo campo.

L'alcol etilico, di solito assunto per via orale, viene assorbito rapidamente da stomaco, piccolo intestino e colon. A digiuno viene assorbito per l'80/90%, la presenza di cibo nello stomaco rallenta l'assorbimento. Il tempo necessario per completare il processo di assorbimento varia da 2 a 6 ore, infatti si ha il picco alcolemico dopo 30-45 minuti a digiuno, 60-90 minuti in concomitanza al pasto. Risente inoltre di una forte variabilità biologica fra individuo e individuo. L'andamento della concentrazione di alcol in alcuni liquidi biologici è stato determinato, anche recentemente, da vari autori. I risultati mostrano che la massima concentrazione plasmatica viene raggiunta dopo circa 20 minuti dall'assunzione e che saliva ed espirato seguono da vicino le variazioni dell'alcolemia, mentre le urine raggiungono un massimo con circa due ore di ritardo.

Dopo l'assorbimento l'etanolo viene prevalentemente metabolizzato (90-98%) per via ossidativa, ad una velocità direttamente proporzionale al peso corporeo e che è costante nel tempo. Recentemente alcuni autori hanno messo in evidenza l'importanza di una via metabolica non-ossidativa.

Le indagini effettuate in un laboratorio, come quello di Sanità Pubblica dell'ASL di Brescia, che analizza sostanze d'abuso in diverse matrici biologiche, hanno spesso rilevanza sociale e medico-legale, risulta quindi fondamentale l'autenticità e l'integrità del campione biologico utilizzato per la ricerca della sostanza d'abuso, per l'attendibilità del risultato analitico e per la sua corretta interpretazione. Si prevede pertanto, per i campioni con richiesta di analisi medico-legale, l'utilizzo di una catena di custodia che

accompagni il campione nel suo percorso e che riporti notizie sulle sue modalità di prelievo, trasporto e conservazione. In particolare un modulo da catena di custodia deve consentire di ricostruire l'iter del prelevato fin dalla raccolta seguendo le date, gli orari e le firme del personale che lo ha preso in carico di volta in volta. Inoltre per questo tipo di indagini con finalità medico-legali, occorre l'autorizzazione del soggetto sottoposto al prelievo e nel caso dei minorenni è richiesta la firma del consenso da parte dei genitori o di chi ne esercita la potestà genitoriale.

Nel caso di esami sulle urine a scopo medico-legale è necessario, inoltre, che il campione sia suddiviso in tre aliquote contrassegnate e sigillate (A: test di screening; B: test di conferma; C: contro-analisi), firmate dall'utente e controfirmate dal personale accettante. Nel caso di prelievo su matrice cheratinica i campioni devono essere due (A: su cui eseguire screening ed eventuale conferma; B: contro-analisi).

Ciascun contenitore deve essere dotato di etichetta in cui sia riportata l'identità del soggetto indicata nel documento, data, ora e luogo del prelievo, firma dell'addetto al prelievo. Tutte queste fasi vengono documentate e registrate in triplice copia.

Il campione d'elezione per accertare uno stato di ebbrezza è il sangue (alcoemia), che però da risultati positivi per assunzioni solo nelle 6 ore precedenti il prelievo.

L'alcoemia consiste nella determinazione della concentrazione di alcol etilico nel sangue. Viene espresso il risultato in grammi per litro di sangue e tale risultato è influenzato da vari fattori. Innanzitutto, ovviamente dalla quantità di alcol assunto, ma anche dalle modalità di ingestione (a digiuno o durante i pasti), la gradazione alcolica della bevanda, il peso del bevitore, il sesso, l'età, lo stato di salute, l'etnia. In fase di prelievo non possono essere usati alcol o altri disinfettanti volatili. Il campione deve essere ben tappato e se non analizzato nell'arco delle 24 ore successive deve essere conservato in freezer.

Per il dosaggio dell'alcoemia si utilizza un metodo enzimatico che consiste nell'ossidazione dell'etanolo ad acetaldeide ad opera dell'enzima alcol deidrogenasi e nella contemporanea riduzione del coenzima NAD a NADH. La quantità di NADH prodotta è direttamente proporzionale alla quantità di etanolo presente che viene determinata spettrofotometricamente. Se la risposta ha un valore legale l'unico metodo analitico utilizzabile è quello Gas-Cromatografico con la tecnica dello "spazio di testa".

Il laboratorio può servirsi di test iniziali o di screening (di I livello), che sono test che rispondendo a requisiti di economicità, velocità, standardizzazione, efficacia ed efficienza, permettono la gestione di numerosi campioni in tempi brevi. Analiticamente differenziano i campioni in: **NEGATIVI** che non contengono la sostanza in esame o la cui concentrazione è al di sotto di un valore soglia (cut-off) e **POSITIVI** che contengono la sostanza ad una concentrazione uguale o superiore al valore soglia.

Il principio chimico su cui si basano i test iniziali sono in massima parte immuno-

chimici e sono qualitativi o semiquantitativi. Esistono per ogni sostanza diversi kit che possono differire per la scelta dell'anticorpo (policlonale o monoclonale), per la metodologia di esecuzione del test e per la sensibilità e specificità. Un campione trovato positivo al test di screening e non verificato con un test di conferma (o di II livello) può essere contestato e non ha quindi valore medico-legale e va inteso unicamente come dato analitico preliminare con utilizzo solamente a scopo clinico-epidemiologico.

Le analisi di conferma (o di II livello) servono infatti a verificare che non ci siano falsi positivi a causa della non specificità dei test di screening.

Pertanto i test di conferma devono: identificare i singoli analiti, avere la sensibilità uguale o preferibilmente maggiore dei test di screening, essere quantitativi e basarsi su principi fisici e chimici diversi da quelli dei test di screening. Le metodiche maggiormente utilizzate sono LC/MS e GC/MS, si tratta però di tecniche complesse che non possono essere utilizzate come screening routinario per motivi economici, tecnici ed organizzativi. Il laboratorio di Sanità Pubblica mette a disposizione del clinico il dosaggio di diversi marcatori:  $\gamma$ GT, MCV, AST/ALT, alcoluria, Etilglucoronide, CDT.

La  $\gamma$ -glutamyl transferasi (GGT) è il marcatore tradizionalmente più impiegato. Alti livelli di  $\gamma$ Gt sono comunemente riscontrabili in tutte le malattie del fegato e delle vie biliari, causate da stasi biliari, da tumori al fegato, dall'assunzione di farmaci.

La  $\gamma$ GT aumenta nel 75% dei soggetti che fanno abuso di alcol, ha un'emivita di 14-26 giorni e dopo un mese di astinenza i valori tornano nella norma. Ha una specificità del 11-85% mentre una sensibilità del 20-50% nei consumatori a rischio, e del 60-90% nell'alcolismo cronico.

L'aumento del volume corpuscolare medio (MCV), riscontrabile negli alcolisti, è secondario sia all'azione tossica diretta dell'acetaldeide sulla replicazione dei precursori degli eritrociti a livello midollare, sia sull'interferenza esercitata dall'etanolo sull'assorbimento dell'acido folico e vit.B12. I valori normali vanno da 80 a 100 femtolitri. Ha una emivita di circa tre mesi ritornando a valori normali dopo completa astensione dalle bevande alcoliche.

Si possono avere falsi positivi in situazioni di carenza di folati, vit.B12, patologie epatiche non alcol correlate, ipotiroidismo e tabagismo. Ha una sensibilità del 20-30% nei consumatori a rischio, 40-50% nell'alcolismo cronico. Ha una specificità del 70-94%.

Le transaminasi (AST ALT) sono enzimi presenti nel fegato e nei muscoli che si riversano nel sangue quando le cellule epatiche sono danneggiate, aumentando, in tal modo, la loro concentrazione. Il rapporto AST/ALT è  $<1$  nelle epatopatie di origine non alcolica, raggiunge livelli pari a 2 nelle epatopatie di origine alcolica.

Per quanto riguarda l'alcoluria, questa ha il vantaggio di avere un prelievo non invasivo rispetto al sangue, non rappresenta però un buon indicatore per valutare lo stato

di ebbrezza data l'estrema variabilità della concentrazione. Risulta utile per monitorare l'astinenza grazie alla sua maggiore permanenza nelle urine rispetto al sangue (fino a 12 ore dopo l'assunzione).

L'etilglucoronide è un metabolita dell'etanolo ottenuto per coniugazione con l'acido glucuronico. È un marcatore sensibile e specifico dell'abuso alcolico nel breve (sangue/siero), medio (urine) e lungo (capelli) termine. Si ritrovano significative quantità nelle urine fino a 80 ore dall'ultima assunzione di alcol. Il dosaggio con metodi immunoenzimatici ha una specificità e sensibilità di circa il 90%. Nelle urine viene utilizzato il test immunoenzimatico con finalità esclusivamente di screening. Nella matrice cheratinica è previsto l'uso della LC-MS-MS.

L'analisi dell'ETG in matrici cheratinica permette di ampliare la finestra di sorveglianza, consentendo di individuare non soltanto un consumo recente, ma anche un abuso in tempi pregressi dopo settimane o mesi. Inoltre anche in questo caso si ha il vantaggio di un prelievo non invasivo.

Gli svantaggi sono legati ad una difficile interpretazione del dato analitico, alla presenza di eventuali interferenze (uso di particolari detergenti o tinture per capelli), inoltre non esistono procedure standardizzate per il prelievo ed estrazione della matrice.

Un altro parametro che si ricerca è la CDT (transferrina carboidrato carente). La CDT è una beta globulina sintetizzata principalmente nel fegato e rappresenta l'insieme delle isoforme asialo, monosialo, disialo e trisialo. La presenza di isoforme carenti (disialo, asialotransferrina) è correlata con un consumo eccessivo e prolungato di alcol, probabilmente a causa dell'inibizione della glicosil-trasferasi da parte dell'acetaldeide.

Il consumo di 60g/die di alcol per 1-2 settimane determina un aumento di queste frazioni nel siero, pertanto va a coprire un periodo analitico che sta tra i "markers a tempo corto" (alcolemia, alcoluria) e quelli a tempo lungo (γGT e MCV). Inoltre è un marcatore utile nel monitorare l'astinenza durante il trattamento ambulatoriale. Il metodo di elezione per il suo dosaggio è l'HPLC. La CDT può dare dei falsi negativi nei casi di ipersideremia, elevati BMI, IperTG, presenza della variante genetica B della transferrina, gravidanza, periodo premenopausale. Falsi positivi si possono avere nell'iposideremia, nell'eccessivo fumo di sigarette, l'uso di contraccettivi orali, terapia sostitutiva ormonale, cirrosi biliare, epatocarcinoma, presenza di varianti genetiche della transferrina.

Infine il rapporto analitico deve essere prodotto in forma scritta o digitale e consegnato a chi ha richiesto l'accertamento.

Tale referto deve essere firmato dal responsabile, che provvede alla validazione del risultato in base alla verifica dei parametri strumentali, ai controlli di qualità (interni ed esterni) e alla documentazione della catena di custodia. Il referto analitico viene conservato per cinque anni.



## Bibliografia

Murdoch Ritchie J., *The Aliphatic Alcohols, in The pharmacological basis of therapeutics (goodman AND gilman's)*, New York, Macmillan publ.comp, 1985, p. 372-386

Lodi F., Marozzi E., *Alcol Etilico, in Tossicologia forense e chimica tossicologica*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1982, p. 309-324

Hathaway D.E., *Kinetic considerations, in Molecular aspects of toxicology*, Royal society of chemistry, London, 1984, p.164-165

Laposata M., *Fatty acid ethyl esters: short-term and long-term serum markers of ethanol intake*, Clinical Chemistry, 1997, 43 (8-B), p.1527-1534

Baccini C., *Alcol etilico, in Caleidoscopio*, 1988,36, p.66-7

Macchia T. ed altri, *Quantificazione dell'alcolemia per studi epidemiologici nella prevenzione degli incidenti stradali*, Boll.Med. It.Trasporti, 1991, 2, p.5-19

Pasquinelli F., Caldini M.,Valenza T., *Diagnostica e tecniche di laboratorio*, Ed.Rosini, 1980, VOL.1, p.1708

ASL BRESCIA

ASL BRESCIA

# Terapia

# 10

## 1. Terapia farmacologica

**Fabio Caputo**

### Introduzione

I disturbi da uso di alcol affliggono circa il 10% della popolazione mondiale e rappresentano, rispettivamente il 5,9% ed il 5,1% di tutte le cause di morte e di tutte le cause di malattia nel mondo (World Health Organization, 2014). L'obiettivo primario del trattamento della dipendenza da bevande alcoliche è, quindi, il mantenimento della completa astinenza. In questo ambito, la modalità di intervento è multi-professionale. Questo approccio trova il proprio razionale nella stessa definizione di alcolismo adottata dal Società Italiana di Alcologia nella Conferenza di Consenso del 1995: "l'alcolismo è un disturbo a genesi multi-fattoriale (bio-psico-sociale), associato all'assunzione protratta (episodica o cronica) di bevande alcoliche, con presenza o meno di dipendenza, capace di provocare una sofferenza multi-dimensionale che si manifesta in maniera diversa da individuo a individuo".

L'approccio da adottare deve, quindi, tener conto della complessità di tale condizione, sia in termini di cause che di conseguenze e si deve avvalere dei seguenti strumenti:

- a) terapia farmacologica;
- b) trattamento psicologico;
- c) terapia di gruppo.

Nell'ambito del trattamento farmacologico, si annoverano alcune condizioni che possono necessitare di approccio specifico quali: l'intossicazione acuta alcolica, la sindrome da astinenza da alcol (SAA), il mantenimento dell'astinenza da bevande alcoliche ed il trattamento della riduzione del consumo di alcol. Infatti, quest'ultima modalità di approccio al trattamento dell'alcol-dipendenza è riconosciuta dalle linee guida dell'Agenzia Europea del Farmaco. Queste linee guida suggeriscono, infatti, due differenti approcci al trattamento dell'alcol-dipendenza: la completa astinenza e, nell'ambito della riduzione del danno, la riduzione del consumo di alcol (EMEA, 2010).

## 1. Trattamento dell'intossicazione acuta alcolica

L'intossicazione alcolica acuta è una condizione intercorrente, potenzialmente transitoria che consegue all'assunzione di una notevole quantità di bevande alcoliche. In questa condizione, è necessario monitorare le funzioni vitali, eseguire un esame obiettivo neurologico accurato, ricercare tracce di traumi recenti e, se necessario, determinare i livelli alcolemici (livelli ematici di alcol <1 g/L causano euforia e disturbi psicomotori; con concentrazioni >1 g/L si presentano i classici sintomi dell'ubriachezza) (Vonghia, 2008). Se ci troviamo a fronteggiare un quadro di intossicazione acuta lieve/moderata (alcolemia <1 g/L) non è necessario nessun farmaco, ma è sufficiente monitorare le funzioni vitali e, se presente disidratazione, somministrare liquidi (1500 ml tra soluzioni glucosata al 5% e salina) ed osservare il paziente per eventuale comparsa di sintomi d'astinenza. In caso di intossicazione acuta grave (condizione comatosa/semicomatosa) (alcolemia >1 g/L) è importante supportare meccanicamente la ventilazione e, se necessario individuare:

- eventuali cause addizionali di coma quando presente;
- correggere, se presenti, l'ipoglicemia (soluzione glucosata al 5%), gli squilibri idro-elettrolitici e l'equilibrio acido-base;
- somministrare complessi vitaminici B + acido ascorbico (vitamina C);
- lavanda gastrica e carbone vegetale attivato (entro due ore dal consumo di una notevole quantità di alcol).

Infine, possono essere utilizzati farmaci in grado di ridurre l'alcolemia e l'acetaldemia, quali glutatione ridotto 600 mg e.v., S-adenosilmetionina 400 mg e.v. o metadoxina 300-900 mg e.v. diluiti in 500 cc. di soluzioni fisiologica o isoelettrolitica in mono-somministrazione giornaliera per 2-3 gg. (Vonghia, 2008). In particolare, è stato evidenziato che 300-900 mg di metadoxina e.v. sono in grado di accelerare l'eliminazione dell'etanolo e, conseguentemente, di indurre una risoluzione più rapida dei sintomi da intossicazione alcolica rispetto al placebo (Vonghia, 2008).

## 2. Trattamento della sindrome da astinenza da alcol

Nei casi di assunzione cronica da alcol, quando un soggetto ne riduce o ne sospende bruscamente il consumo, può comparire, entro 6-12 ore dall'ultima assunzione, una manifestazione clinica che prende il nome di SAA (Mayo-Smith, 1997; Amato, 2011). Traumi, stress, infezioni intercorrenti e malnutrizione, ma anche un trattamento farmacologico non adeguato, possono far progredire la SAA verso la sua complicanza più drammatica, il delirium tremens (DTs) (Mayo-Smith, 2004; Amato, 2011). Fino a qualche anno fa la mortalità per DTs era pari al 15%. Collasso circolatorio e ipertermia sono le cause di morte. Dopo l'avvento dei farmaci specifici per il trattamento del DTs, la mortalità si è ridotta a non più dell'1%.

I principi generali della terapia della SAA sono:

- monitoraggio dei parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca e temperatura corporea), degli elettroliti e della glicemia;

- idratazione (se necessario) fino a 1500-2000 cc con soluzioni glucosata al 5% e salina;
- somministrazione di 250 mg di tiamina (Vit B1) (2 + ½ fl i.m. o e.v./die, per 3-5 gg.) in aggiunta a vitamine del gruppo B (Vit B6 e B12) e vitamina C per prevenire l'insorgenza del quadro clinico di encefalopatia di Wernicke. Quest'ultima è caratterizzata da oftalmoplegia del VI nervo cranico, atassia e confusione mentale. In caso di diagnosi certa di encefalopatia di Wernicke il trattamento prevede l'utilizzo di una dose di 500 mg di Vit B1 i.m. o e.v. tre volte al giorno per almeno 2 giorni in aggiunta a vitamine del gruppo B (Vit B6 e B12) e Vit C ed, in caso di neuropatia, è opportuno proseguire con il trattamento orale con Vit B1 alla dose di 300 mg/die fino al raggiungimento del miglioramento clinico;
- trattamento farmacologico specifico per la risoluzione della sintomatologia e per la prevenzione delle complicanze (crisi convulsive e DTs), utilizzando come farmaci di prima scelta le benzodiazepine (BDZs) (Mayo-Smith, 1997, 2004).

Il processo decisionale che guida l'intervento farmacologico si basa sulla valutazione della reale necessità di trattamento e su ripetuti controlli clinici che pongano l'indicazione o meno a proseguire la terapia. La sorveglianza si avvale dell'impiego di una scala di misurazione di facile somministrazione, ripetibile e sensibile. La scala più comunemente utilizzata a tale scopo è denominata CIWA-Ar (*Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale*) essa permette di identificare due categorie di SAA:

- SAA lieve (CIWA-Ar <8-10 punti): il paziente non necessita di terapia farmacologica, ma di monitoraggio dei sintomi astinenziali per almeno 24 ore durante le quali il punteggio della scala CIWA-Ar non supererà i 10 punti;
- SAA di intensità moderata/grave (CIWA-Ar >10 punti): il paziente va trattato tempestivamente con idonea terapia farmacologica anti-astinenziale.

Esistono due modalità di trattamento farmacologico della SAA: al bisogno (all'insorgenza del sintomo) o con schema predefinito (tabella 1).

**Tabella 1. “La tabella illustra le due possibilità di trattamento della SAA (trattare solo se CIWA-Ar >8-10 punti): trattamento all'insorgenza del sintomo; trattamento con schema terapeutico predefinito: trattare farmacologicamente per 3 giorni e, in 4a giornata, iniziare la riduzione posologica progressiva (25% della dose giornaliera) del farmaco”**

Trattamento all'insorgenza del sintomo (CIWA-Ar >8-10 punti)	CIWA-Ar ogni ora: Clordiazepossido: 50-100 mg per os Diazepam: 10-20 mg per os o e.v. Lorazepam: 2-4 mg per o e.v. o i.m.
Trattamento con schema terapeutico predefinito (CIWA-Ar >8-10 punti)	Utilizzare uno dei seguenti farmaci ogni 6 ore: Clordiazepossido: 50 mg per os ogni 6 ore il 1° giorno, poi 25 mg ogni 6 ore il 2° e 3° giorno Diazepam: 10 mg per os o e.v. ogni 6 ore il 1° giorno, poi 5 mg ogni 6 ore il 2° e 3° giorno Lorazepam: 2 mg per os o e.v. o i.m. ogni 6 ore il 1° giorno, poi 1 mg ogni 6 ore il 2° e 3° giorno Utilizzare anche ogni 4 ore: Sodio oxibato: 50-100 mg/Kg suddiviso in 3-6 somministrazioni giornaliere

Nel caso in cui si utilizzi lo schema terapeutico predefinito, è necessario iniziare la riduzione del dosaggio delle BDZs in 4° giornata, diminuendo la loro posologia del 25% ogni 24 ore, fino alla sospensione (Mayo-Smith, 2004; Amato, 2011).

Le BDZs sono considerate i farmaci di prima scelta nel trattamento della SAA, in quanto hanno dimostrato un'efficacia simile ai neurolettici, clonidina, beta-bloccanti ed anti-convulsivanti nella risoluzione dei sintomi astinenziali e risultano più efficaci dei neurolettici nel prevenire le crisi convulsive ed il DTs (Mayo-Smith, 1997, 2004). Qualora, le BDZs a dosaggio pieno non assicurino la completa risoluzione della SAA, è necessario associare i farmaci elencati in tabella 2.

---

**Tabella 2. “I farmaci elencati vanno utilizzati solo in aggiunta alle BDZs se i sintomi della SAA e del DTs non recedono”**

**Neurolettici** (aloperidolo: 0.5-5 mg ogni 30-60 minuti e.v. o i.m.; 0.5-5 mg ogni 4 ore per via orale): in caso di agitazione persistente, disturbi percettivi o disturbi del pensiero (allucinazioni o illusioni visive e/o uditive)

**β-bloccanti** (atenololo: 100 mg/die per os): in caso di ipertensione e tachicardia persistenti

**α-adrenergici** (clonidina: 0.150-0.300 mg/die per os): in caso di ipertensione e tachicardia persistenti

**Anticonvulsivanti** (carbamazepina per os: 800 mg i primi 3 giorni; 600 mg dal 4° al 7° giorno; 400 mg l'8° giorno; 200 mg il 9° giorno poi sospendere al 10° giorno): in caso di convulsioni persistenti

---

In alternativa alle BDZs, alcuni studi hanno sperimentato l'impiego del sodio ossibato (SMO) analogo dell'acido gamma-aminobutirrico (GABA) nel trattamento della SAA (Leone, 2010; Skala, 2014, Keating, 2014). Il SMO, confermando i risultati degli studi pre-clinici effettuati su ratti alcol-preferenti, è risultato altrettanto efficace delle BDZs nella risoluzione della SAA. Inoltre, rispetto al diazepam, il SMO possiede una maggiore velocità d'azione nel sopprimere alcuni dei sintomi della SAA quali ansia, agitazione e depressione. Il dosaggio del SMO comunemente utilizzato nel trattamento della SAA è di 50-100 mg/kg/die ogni 4 ore per 3 giorni. Tuttavia, in considerazione dello scarso numero di pazienti arruolati negli studi clinici condotti fin ad ora, una recente analisi Cochrane ha evidenziato come non sia, al momento, ancora possibile fornire sufficienti dati a favore o contro il SMO rispetto alle BDZs per il trattamento della SAA (Leone, 2010). Tuttavia, un recente studio clinico controllato (GATE I) ha, ulteriormente, confermato la stessa efficacia del SMO nei confronti dell'oxazepam nella risoluzione dei sintomi da astinenza da alcol (Caputo, 2014a).

Infine, altre molecole quali il gabapentin, l'acido valproico ed il baclofene sono state sperimentate nel trattamento della SAA evidenziando risultati confortanti. In particolare, un studio clinico controllato ha dimostrato la stessa efficacia del baclofene (10 mg x 3/die) nei confronti del diazepam nel controllo della SAA; tuttavia, in considerazione della scarsità di dati controllati, il baclofene non può essere ancora considerato una sicura alternativa alle BDZs.

### 3. Trattamento del mantenimento dell'astinenza da alcol

La terapia farmacologica della dipendenza da alcol si avvale oltre che di numerosi farmaci aspecifici, come le vitamine del gruppo B e PP, l'acido folico, i sali minerali, gli psicofarmaci (ansiolitici, antidepressivi, neurolettici), anche di farmaci specifici. Alcuni di essi sono approvati per tale scopo già da diversi anni, mentre altri necessitano di ulteriori conferme cliniche (Connor, 2015; Caputo, 2014b).

#### 3.1 Farmaci approvati

##### 3.1.1 Disulfiram

Le fasi iniziali del metabolismo dell'etanolo sono la sua conversione ad acetaldeide ad opera dell'enzima alcol-deidrogenasi e di questa ad acetato per effetto dell'enzima aldeide-deidrogenasi (ALDH). Questi passaggi metabolici avvengono molto rapidamente e non si determina accumulo di acetaldeide. Il disulfiram (DF) inibisce l'azione dell'ALDH in modo irreversibile, causando un accumulo di acetaldeide capace di determinare un corteo sintomatologico chiamato "sindrome da acetaldeide"<sup>1</sup>. Le manifestazioni cliniche da accumulo di acetaldeide compaiono 5-15 minuti dopo l'assunzione di alcol e possono durare da 30 minuti fino ad alcune ore; tali sintomi possono, talvolta, rendere necessaria l'ospedalizzazione del paziente. La consapevolezza del rischio di comparsa dei sintomi da accumulo di acetaldeide funge da deterrente per l'assunzione di alcol. Sebbene il DF sia utilizzato da diversi anni per il trattamento della dipendenza da bevande alcoliche, gli studi clinici controllati non ne hanno confermato l'efficacia nell'indurre e mantenere l'astinenza e nel ritardare l'assunzione del "primo bicchiere". Il DF sembra, invece, efficace nel ridurre il consumo di alcol (Caputo, 2014b). Inoltre, il DF si è dimostrato efficace nei soggetti dipendenti da cocaina. Infatti, il meccanismo che sta alla base sembra essere legato all'azione del DF di inibizione della dopamina-beta-idrossilasi enzima deputato alla conversione della dopamina a norepinefrina con conseguente incremento della concentrazione di dopamina nel cervello e riduzione del consumo di cocaina. Questo meccanismo potrebbe essere, potenzialmente, utile nel ridurre il consumo di alcol con un effetto gratificante e, quindi, di riduzione del *craving*<sup>2</sup> per l'alcol; tuttavia, saranno necessari studi clinici controllati per dimostrare tale ipotesi.

Inoltre, occorre ricordare che il DF inibisce il metabolismo di molti farmaci, quali anticoagulanti, fenitoina e isoniazide, accentuandone attività e tossicità. Il suo utilizzo

---

1 - Definizione di sindrome da acetaldeide: sensazione di calore intenso al volto, al collo ed al tronco con rush cutaneo di colore violaceo, tachicardia, ipertensione arteriosa, nausea, vomito, diarrea, cefalea, difficoltà respiratorie ed alterazioni ECG-grafiche.

2 - Definizione di craving: "bramare", "desiderare fortemente"; si intende il forte e irresistibile bisogno di assumere una determinata sostanza (molto spesso stupefacenti); qualora questo desiderio non possa essere soddisfatto provoca sofferenza psicologica e fisica, molto spesso con ansia, insonnia, aggressività e sintomi depressivi. Può esserci craving anche se non c'è dipendenza fisica, quindi, è importante non confondere i sintomi del craving con quelli da astinenza fisica.

è controindicato in presenza di epatopatia severa e cardiopatia ischemica. Il DF può causare epatite; pertanto, è bene predisporre controlli degli enzimi di epato-citonecrosi almeno ogni 3 mesi. Infine, un trattamento per un periodo superiore ai 6 mesi può causare neuropatie periferiche. La terapia con DF può essere iniziata solo se il soggetto risulta astinente da alcol da almeno 12 ore, con un dosaggio di 800-1200 mg/die per i primi 3-4 gg., continuando, poi, con 400 mg/die fino alla 7° giornata compresa; in seguito, ridurre il dosaggio a 200 mg/die mantenendolo per non più di 5-6 mesi (tabella 3).

Il trattamento è ripetibile dopo un periodo di sospensione di 30-40 giorni. Al fine di garantire la corretta somministrazione del DF, è indispensabile la presenza di un membro della famiglia che controlli l'assunzione del farmaco. Inoltre, un recente studio clinico ha dimostrato che l'effettuazione del così detto *drink-test*<sup>3</sup> prima di intraprendere il trattamento con DF non è necessaria in quanto non induce un miglioramento dell'efficacia del farmaco rispetto ai soggetti non sottoposti a questa esperienza negativa (Caputo, 2014b).

### 3.1.2 Sodio oxibato

Il SMO è un metabolita del GABA, dotato di funzioni di neuro-trasmittitore e di neuro-modulatore. Gli effetti del SMO sarebbero determinati dalla sua azione GABA<sub>B</sub>-ergica; il SMO è anche in grado di interferire con l'attività cerebrale di dopamina, serotonina, acetilcolina e degli oppioidi, producendo effetti "alcol-mimetici" riducendo il *craving* per l'alcol con un meccanismo positivo di ricompensa (*reward*)<sup>4</sup>. Diversi studi hanno dimostrato che il 30-60% dei pazienti trattati con il SMO mantiene la completa astinenza dopo 3-6 mesi di trattamento (Leone, 2010; Skala, 2014, Keating, 2014). Un recente studio Cochrane ha mostrato che, nonostante il modesto numero di pazienti analizzati negli studi clinici condotti fin ad ora, il SMO sembra presentare un miglior effetto nel mantenimento dell'astinenza da alcol rispetto al naltrexone (NTX) ed al DF nel medio e lungo termine (3-12 mesi) (Leone, 2010). Questi dati vanno, inoltre, considerati alla luce dei rischi connessi allo sviluppo di *craving* ed episodi di abuso per il SMO suggerendo lo stretto monitoraggio clinico durante la somministrazione di questa molecola, in particolare in alcolisti con poli-dipendenza da cocaina ed oppiacei e co-morbidità psichiatrica con disturbo *borderline* di personalità (Leone, 2010; Skala, 2014, Keating, 2014; Caputo, 2014b). Tuttavia, le comuni dosi terapeutiche del SMO non creano dipendenza e, conseguentemente, il paziente non manifesta sintomi d'astinenza all'interruzione del trattamento. Inoltre, uno studio cli-

3 - Definizione del drink test: far assumere al paziente il DF in associazione a quantità di alcol progressivamente crescenti fino alla comparsa dei sintomi correlabili ad una reazione da acetaldeide.

4 - Il reward o ricompensa (rinforzo positivo) non è altro che uno delle tre tipologie descritte di craving che presentano alla base una dis-regolazione neuro-trasmittitoriale. Infatti, esistono tre tipologie di craving: a) reward craving (da ricompensa): disregolazione dopaminergica / oppioidergica (deficit oppioidi) b) relief craving (da tensione): disregolazione GABA-ergica / glutammatergica (iperexcitabilità); c) ossessive craving (da ossessione): disregolazione serotoninergica (deficit di serotonina) (Verheul e coll., 1999).



nico ha dimostrato che l'efficacia del SMO sembra essere indipendente dalla tipologia di alcolismo (secondo Lesch)<sup>5</sup>, con una prevalenza di successo in soggetti con disturbo d'ansia (tipologia Lesch II) (Leone, 2010; Skala, 2014, Keating, 2014; Caputo, 2014b). Infine, come sottolineato da due autorevoli autori anglosassoni, in una condizione clinica come i disturbi da uso di alcol dove le attuali terapie farmacologiche risultano efficaci solo in una piccola quota di pazienti e dove è documentata un'alta morbilità e mortalità, probabilmente, l'utilizzo di molecole sostitutive può considerarsi una opportunità terapeutica vantaggiosa (Chick & Nutt, 2012).

Circa il 30% dei pazienti trattati con il SMO ne sperimenta gli effetti collaterali, rappresentati da vertigini, sedazione ed astenia. Tali manifestazioni non richiedono, in genere, la sospensione del trattamento, in quanto la vertigine scompare spontaneamente già dopo le prime somministrazioni, mentre sedazione ed astenia scompaiono in 2-3 settimane. Le dosi consigliate e la durata del trattamento con il SMO sono le seguenti: 50 mg/kg/die per os suddivisi in 3-6 somministrazioni per 3-12 mesi (tabella 3).

### 3.1.3 Acamprosato

L'acamprosato (ACM) presenta una attività antagonista sul recettore N-metil-D-aspartato del glutammato con conseguente normalizzazione dell'ipertono glutammatergico e successiva riduzione dell'eccessiva entrata di ioni calcio intra-cellulari (effetto di neuro-protezione). Questo meccanismo, migliorando il disturbo disforico spesso presente negli alcolisti cronici, provoca, in maniera indiretta, una riduzione del *craving* per l'alcol con una conseguente riduzione del consumo dello stesso (Caputo, 2014b). Infatti, studi clinici controllati hanno evidenziato l'efficacia dell'ACM sia nell'attenuare il *craving* per l'alcol che nel mantenere l'astinenza da bevande alcoliche nei pazienti trattati. Una meta-analisi di 17 studi clinici controllati che includevano 4087 soggetti, ha confermato che l'ACM è superiore al placebo nel mantenimento dell'astinenza a 6 mesi (36.1% vs. 23.4%;  $p < 0.001$ ). In un recente studio Cochrane l'ACM ha evidenziato una maggiore efficacia rispetto al placebo nella riduzione del consumo di alcol. Un recente studio meta-analitico, oltre a confermare l'efficacia della molecola nella riduzione del consumo di alcol rispetto al placebo, ha mostrato la stessa efficacia in entrambi i sessi. Inoltre, in un ulteriore studio europeo, ACM è risultato superiore al placebo nel ridurre i giorni cumulativi di astinenza nella tipologia Lesch I e II, ma non in Lesch III e IV, dopo 12 mesi di trattamento e 12 mesi di follow-up.

---

5 - Classificazione delle tipologie di alcolismo secondo Lesch (Lesch et al., 1988).

Tipo I: severi sintomi fisici da astinenza da alcol, l'alcol è utilizzato per prevenire o ridurre i sintomi di astinenza fisica, familiarità per alcolismo.

Tipo II: l'alcol è utilizzato come sedativo e per ridurre i sintomi d'ansia e, spesso, la sua assunzione avviene in associazione con altri farmaci sedativi.

Tipo III: l'alcol è utilizzato come anti-depressivo e/o a scopo auto-distruttivo e, spesso, sono presenti disturbi della sfera affettiva con comportamenti aggressivi.

Tipo IV: danno cerebrale prima dell'inizio del consumo di alcol, problematiche sociali prima dei 14 anni, deterioramento organico e psico-sociale, disturbi comportamentali, epilessia primaria.

L'ACM viene eliminato mediante escrezione renale ed il suo utilizzo è, pertanto, sconsigliato in pazienti affetti da insufficienza renale. I principali effetti collaterali riportati sono diarrea, cefalea e vertigini. Le dosi consigliate e la durata del trattamento sono di 1,3 g/die (pazienti con peso <60 kg) per os suddivisi in 2 somministrazioni giornaliere e 2 gr/die (pazienti con peso >60 kg) per os suddivisi in 3 somministrazioni giornaliere, per un periodo di 1 anno (tabella 3).

### 3.1.4 Naltrexone

Il NTX presenta una azione antagonista sui recettori  $\mu$  del sistema degli oppioidi e ne riduce il rinforzo positivo, cioè gli effetti piacevoli ed il *craving* per l'alcol (anti-reward). L'effetto è prodotto dalla riduzione del rilascio di dopamina nel *nucleus accumbens* localizzato nell'area del tegmento ventrale del sistema limbico. Pazienti alcolisti che continuano a bere durante trattamento con NTX riferiscono di essere meno propensi ad assumere grandi quantità di alcol. Il NTX riduce il *craving* per l'alcol non solo nei pazienti alcolisti, ma anche nei bevitori sociali. Numerosi studi controllati in doppio cieco verso placebo ne hanno dimostrato l'efficacia, soprattutto se il farmaco viene associato a trattamenti psico-sociali. Infatti, il trattamento a medio termine con NTX riduce del 36% le ricadute e del 13% la probabilità di riprendere ad assumere bevande alcoliche.

Inoltre, una recente revisione sistematica ha evidenziato che sia il NTX che l'ACM riducono il rischio di ricaduta e, quando confrontati, presentano entrambi la medesima efficacia nel controllo del consumo di alcol. Quindi, altri fattori, quali le dosi di tali farmaci ed i loro potenziali effetti collaterali e la disponibilità di uno o dell'altro trattamento, devono guidare la decisione clinica ad utilizzare uno o l'altro farmaco (Jonas, 2014).

I più comuni effetti collaterali sono cefalea, nausea, dispepsia, anoressia, ansia e sedazione. Dosi giornaliere di 300 mg di NTX possono provocare epato-tossicità (epatite) che, invece, si riscontra raramente alle dosi usuali di 50-100 mg/die. L'utilizzo di 380 mg in mono-somministrazione i.m. ogni 30 gg garantisce una maggiore aderenza del paziente al trattamento (tabella 3).

## 3.2 Farmaci non approvati

### 3.2.1 Baclofene

Il baclofene, derivato lipofilo del GABA con effetto miorilassante, agisce come potente agonista sui recettori GABA<sub>B</sub>, e, quindi, con potenziale azione come farmaco anti-*craving*. Inoltre, il baclofene inibisce il rilascio di dopamina a livello del *nucleus accumbens* del ratto, fenomeno correlato al rinforzo positivo da alcol. Un recente studio clinico controllato ha confermato che l'assunzione di baclofene è efficace nell'indurre e mantenere l'astinenza da bevande alcoliche nel 70% dei soggetti trattati, percentuale significativamente superiore al 21% del gruppo placebo. I pazienti riferivano la scomparsa del pensiero ossessivo per l'alcol già dopo le prime somministrazioni del farmaco.

Tale dato è stato confermato ulteriormente dallo stesso gruppo in soggetti con cirrosi epatica (Addolorato, 2007) ed in soggetti etilisti non epatopatici utilizzando anche dosi superiori; tuttavia, i dati rimangono ancora controversi, in quanto in un ulteriore studio clinico controllato non è stata evidenziata una superiorità della molecola rispetto al placebo. Ancora più recentemente un lavoro descrittivo di alcuni casi di pazienti alcolisti affetti da co-morbidità psichiatrica che assumevano farmaci psico-attivi ha mostrato che, dosaggi da 70 fino a 375 mg al giorno di baclofene sono stati in grado di ridurre significativamente il consumo di alcol (Caputo, 2014b). Le dosi consigliate e la durata del trattamento sono di 5 mg per os ogni 8 ore, per 3 giorni fino a 10-20 mg ogni 8 ore per altri 27 gg.; tuttavia, un attento monitoraggio sia all'inizio del trattamento che durante il periodo di incremento della dose di baclofene va mantenuto, in particolare, se tale molecola è assunta in associazione ad altri farmaci con azione depressiva sul sistema nervoso centrale per una possibile insorgenza di effetti collaterali.

### 3.2.2 Topiramato

L'azione anti-*craving* del topiramato sembra sia riconducibile all'inibizione del rinforzo positivo indotto dall'alcol attraverso la facilitazione dell'attività GABA-ergica e l'inibizione dell'attività glutammato-ergica, con conseguente minore liberazione di dopamina a livello del sistema limbico. In due studi clinici randomizzati in doppio cieco verso placebo la somministrazione di topiramato al dosaggio iniziale di 25 mg/die, progressivamente incrementato di 25 mg/die fino al raggiungimento della dose di mantenimento di 300 mg/die, per un periodo di 3 mesi in soggetti etilisti ne ha dimostrato la maggiore efficacia rispetto al placebo, in termini di riduzione sia del consumo medio giornaliero di unità alcoliche che dei giorni di bere eccessivo con incremento della percentuale dei giorni di astinenza (Johnson, 2010).

### 3.2.3 Ondansetrone

Trattasi di molecola antagonista dei recettori 5-HT<sub>3</sub> della serotonina ed agisce bloccando il rilascio di dopamina a livello del *nucleus accumbens*. Uno studio clinico randomizzato in doppio cieco verso placebo ne ha dimostrato l'efficacia nel ridurre il consumo di alcol alla dose di 0,25-2 mg/die, suddivisi in 2 somministrazioni giornaliere, per un periodo di 6 settimane (Johnson, 2010).

### 3.2.4 Pregabalin

Il meccanismo d'azione del pregabalin non è ancora chiaro. Nonostante tale molecola presenti una struttura simile al GABA, non agisce in maniera diretta sui recettori GABA<sub>A</sub> e GABA<sub>B</sub>, ma il meccanismo d'azione principale è l'inibizione del flusso intracellulare di ioni calcio con successiva riduzione del rilascio extracellulare di alcuni neuro-trasmittitori tra i quali il glutammato. Uno studio clinico randomizzato in doppio cieco ha mostrato che dosi di 150-450 mg/die di pregabalin sono in grado di ridurre specifici sintomi psichiatrici (ad esempio l'ansia) in misura significativamente superiore rispetto al NTX, mostrando, quindi, un effetto anti-*craving* indiretto (Caputo & Bernardi, 2010).

### 3.2.5 Gabapentin ed acido valproico

Il gabapentin è un analogo del GABA ed il suo meccanismo di azione è di incrementare le concentrazioni di GABA attraverso l'aumento della sua sintesi ed il blocco del flusso di calcio intracellulare. Il gabapentin (600 mg/die suddiviso in due somministrazioni giornaliere) ha dimostrato una efficacia superiore al placebo nel ridurre il consumo di alcol in alcolisti con disturbo post-traumatico da stress resistenti al trattamento con inibitori della ricaptazione della serotonina ed in alcolisti con insonnia (Caputo & Bernardi, 2010). Il meccanismo dell'acido valproico è di incrementare i livelli cerebrale di GABA attraverso una azione antagonista dei recettori dell'N-metil-D-aspartato. Uno studio randomizzato in doppio cieco ha mostrato come l'acido valproico, al dosaggio di 750 mg/die, sia risultato più efficace del placebo nella riduzione del consumo di alcol in alcolisti con disturbo bipolare.

Infine, altre molecole (aripiprazolo, prazosina, vigabatrin, tiagabina e neurosteroidi) hanno evidenziato risultati positivi in termini di riduzione del consumo di alcol, ma ulteriori studi saranno necessari per confermarne la loro efficacia nel trattamento della ricaduta e nel mantenimento della completa astinenza da alcol (Caputo & Bernardi, 2010).

### 3.3 Terapia farmacologia combinata

In considerazione della scarsa efficacia nel raggiungimento e nel mantenimento dell'astinenza da alcol delle molecole utilizzate singolarmente, numerosi studi clinici sono stati implementati negli ultimi anni al fine di indagare la presenza di un possibile effetto addizionale o sinergico dei farmaci comunemente utilizzati per il trattamento dell'alcol-dipendenza. A tale riguardo, uno studio clinico controllato ha dimostrato che NTX ed ACM utilizzati in associazione hanno evidenziato la stessa efficacia del solo NTX nel mantenimento dell'astinenza da alcol, risultando, però, più efficaci del placebo e dell'ACM utilizzato singolarmente. Uno studio clinico controllato ha dimostrato una maggiore efficacia della terapia combinata con ondansetrone e NTX rispetto al placebo nel mantenimento dell'astinenza, nella diminuzione dell'assunzione di alcol e nella riduzione del *craving* per l'alcol in una popolazione di alcolisti della tipologia II di Cloninger (Cloninger, 1981)<sup>6</sup>. Una possibile spiegazione dell'efficacia di questa terapia combinata risiede nella capacità di ridurre il rinforzo positivo indotto dall'alcol che entrambe queste molecole hanno. Infatti, sia l'azione antagonista sui recettori  $\mu$  degli oppioidi esercitata dal NTX che quella sui recettori 5-HT<sub>3</sub> della serotonina esercitata dall'ondansetrone riducono la liberazione di dopamina.

Inoltre, i dati preliminari di uno studio clinico pilota dimostrano che la combinazione farmacologia tra SMO e NTX risulta significativamente superiore rispetto alle due molecole utilizzate singolarmente nel mantenimento della completa astinenza da alcol nei soggetti trattati (Caputo, 2014b) evidenziando un effetto sinergico delle due molecole. Uno studio clinico randomizzato verso placebo ha evidenziato, dopo le prime 6 settimane di trattamento, una significativa riduzione del numero di ricadute

nel bere eccessivo nel gruppo trattato con gabapentin e NTX rispetto ai soggetti trattati con solo NTX o con placebo. Infine, un recente studio italiano osservazionale ha mostrato che circa il 60% dei pazienti non rispondenti alla mono-terapia con SMO e sottoposti a trattamento combinato di DF e SMO hanno raggiunto la completa astinenza da alcol.

### 3.4 La terapia farmacologica individualizzata nell'era della farmaco genomica

La dipendenza da alcol è un disordine eterogeneo, infatti i dati di Verheul e collaboratori (Verheul, 1999), le tipologie di Lesch (Lesch, 1988) e la classificazione di Cloninger (Cloninger, 1981) evidenziano come esistano diversi sottotipi di pazienti alcol-dipendenti. Pertanto, parlare di una terapia univoca per il trattamento dell'alcol-dipendenza risulta riduttivo, in quanto differenti sottogruppi di pazienti possono beneficiare di terapie diverse (Johnson, 2010). Diventa necessario definire una terapia per quanto possibile personalizzata per ogni paziente, allo scopo di ottimizzare la risposta al trattamento (Johnson, 2010). Dati recenti evidenziano che tale obiettivo può essere raggiunto con la valutazione delle diverse tipologie, ma anche attraverso lo studio della variabilità genetica del paziente e della conseguente risposta ai farmaci ed appare, quindi, sempre più evidente l'importanza degli studi di farmaco-genomica. A tale riguardo, Oslin e collaboratori, hanno evidenziato una relazione tra due specifici polimorfismi del locus del gene che codifica per il recettore  $\mu$  per gli oppioidi (OPRM1) e la risposta al trattamento con NTX (Caputo, 2014b). Risultati analoghi sono emersi dalla rivalutazione dello studio COMBINE. Tuttavia saranno necessari ulteriori studi per chiarire il ruolo che le variazioni del gene che codifica per OPRM1 hanno sulla risposta al trattamento per la dipendenza da alcol con antagonisti degli oppioidi, anche in considerazione di altri studi che non hanno confermato tale dato.

---

6 - Classificazione delle tipologie di alcolismo secondo Cloninger (Cloninger et al., 1981).

Tipo I di Cloninger: sono divenuti dipendenti da alcol nell'età adulta in seguito a eventi di vita e presentano una componente genetica minore, sono persone in cui la dipendenza si configura come un "episodio", per quanto lungo e grave, in un contesto di vita per altri aspetti "normale", presentano, prevalentemente, un relief craving (l'alcol è utilizzato per ridurre la tensione) e un comportamento di evitamento di situazioni rischiose o pericolose (harm avoidance); i pazienti di tipo I rispondono bene a un intervento relativamente "leggero": si tratta di pazienti che una volta messi nelle condizioni di affrontare il loro problema con le sostanze e le situazioni di vita connesse, stanno globalmente bene e sono, nella maggior parte dei casi, in grado di riprendere la propria vita sociale e familiare. Per questa categoria di pazienti è assai utile un intervento residenziale breve, specie se comprende interventi miranti a superare il congelamento emotivo causato dalle sostanze e dalle situazioni traumatiche e l'appoggio a gruppi di auto aiuto.

Tipo II di Cloninger: la componente genetica è più forte, la dipendenza inizia precocemente, impronta tutta la vita ed è, spesso, associata a disturbi di personalità e altri disturbi mentali; in genere, sono pazienti che presentano un reward craving (l'alcol è utilizzato come gratificante) e sono solitamente alla ricerca di sensazioni intense (novelty seeking). Per i pazienti di tipo II, invece, il discorso è più complesso: essi richiedono interventi multipli e continuativi nel tempo in cui, spesso, è necessario affiancare anche il supporto sociale. Accanto al programma finalizzato all'astinenza da alcol, analogo a quello previsto per il tipo I, per questi pazienti è necessario prevedere interventi sia di tipo medico che psicologico mirati alla stabilizzazione della emotività disfunzionale; possono essere indicati per interventi residenziali lunghi e contenitivi.

Altri studi di farmacogenetica riguardano il trattamento con ondansetrone, in particolare appare di grande interesse il recente studio di Johnson e collaboratori che hanno valutato l'efficacia della somministrazione di ondansetrone versus placebo nei pazienti affetti da alcol-dipendenza, in relazione ai diversi genotipi. In particolare, tali pazienti sono stati suddivisi in tre gruppi, in base al genotipo della regione regolatoria 5' del gene del trasportatore presinaptico della serotonina (5-HTT): LL, LS o SS. In tale studio, tra i pazienti trattati con ondansetrone, è stato evidenziato che solo i pazienti con genotipo LL hanno mostrato una buona risposta alla terapia, assumendo una quantità di alcol al giorno inferiore rispetto ai pazienti con genotipo LS o SS (Johnson, 2010). Tali risultati sono in linea con i dati di un precedente studio che aveva dimostrato una significativa riduzione della quantità di alcol assunta giornalmente nei pazienti sottoposti a trattamento con ondansetrone e con genotipo LL; al contrario il trattamento non era risultato efficace nei pazienti con genotipo LS o SS. Altri studi hanno valutato l'associazione tra i diversi genotipi della regione regolatoria 5' del gene del trasportatore presinaptico della serotonina (5-HTT) e il trattamento con sertralina evidenziando come non vi sia associazione tra somministrazione di sertralina e genotipo LS o SS. L'associazione tra il genotipo LL e il trattamento con sertralina sembrerebbe dipendere dall'età di insorgenza dell'alcol-dipendenza. Infatti nei pazienti con tale genotipo e con insorgenza tardiva di alcolismo, il trattamento con sertralina è risultato efficace nella riduzione del consumo alcolico. Al contrario, tale associazione non è stata riscontrata nei pazienti con insorgenza precoce di alcolismo. Infine, è da segnalare il recente studio di Kiefer e collaboratori che hanno evidenziato come la variazione del gene che codifica per GATA-binding protein 4 potrebbe influenzare la ricaduta e la risposta al trattamento nei pazienti trattati con ACM attraverso la modulazione dei livelli ematici di peptide natriuretico atriale.

#### 4. Trattamento della riduzione del consumo di alcol ad alto rischio

Nessuno dei farmaci approvati per il trattamento dell'alcol-dipendenza ha l'indicazione per la riduzione del consumo di alcol, sebbene alcuni di essi siano utilizzati per questo scopo. Per esempio, il NTX è stato sperimentato nel ritardare il giorno di elevata assunzione di alcol (*heavy drinking day*) e nel prevenire la ricaduta nel forte consumo di alcol (*heavy drinking*). Questi studi hanno, infatti, suggerito che il ruolo principale del NTX è quello di ridurre gli episodi di ricaduta nel bere eccessivo e, quindi, il numero di giorni di bere eccessivo piuttosto che di aumentare il numero di giorni di completa astinenza. La scoperta di farmaci che hanno lo scopo di ridurre il consumo di alcol è, quindi, di grande interesse (EMEA, 2010). Queste molecole sarebbero adatte per i soggetti che non sono sufficientemente motivati alla proposta di un immediato programma di completa astinenza da bevande alcoliche. Queste molecole, facilitando la riduzione dell'uso di alcol in questi pazienti, cambierebbero l'attitudine degli stessi verso le problematiche alcol-correlate. Negli Stati Uniti d'America, il 42% dei pazienti che necessitano di un trattamento per le problematiche alcol-correlate hanno riferito che avevano rifiutato il trattamento proposto, perché non erano pronti a

sospendere totalmente il consumo di alcol; la disponibilità di farmaci per la riduzione del consumo di alcol renderebbero l'aggancio di questi pazienti più semplice; analogamente, sarebbe più facile per i medici avere a disposizione un metodo efficace per questi pazienti evitando di insistere sul raggiungimento della completa astinenza. In più, la riduzione del consumo potrebbe essere considerato un passaggio intermedio per preparare i pazienti alla completa astinenza, oppure ad un obiettivo a lungo termine di controllo del consumo di alcol. Ancora, la riduzione del consumo di alcol è associato ad una riduzione delle morbilità e mortalità causata dalle problematiche alcol-correlate. La strategia di riduzione del consumo di alcol potrebbe essere utilizzata nelle fasi precoci del trattamento dell'alcol-dipendenza nell'ambito delle cure primarie e, nelle fasi avanzate, nell'ambito del trattamento specialistico.

#### 4.1. Nalmefene

Recentemente, il nalmefene è stato sperimentato per ridurre il consumo di bevande alcoliche con risultati incoraggianti. Il nalmefene è stato approvato, infatti, nel febbraio 2013 dall'Agenzia Europea del Farmaco ricevendo l'autorizzazione per la commercializzazione nell'Unione Europea con indicazione nella riduzione del consumo di alcol nei pazienti con diagnosi di alcol-dipendenza che presentano elevate livelli di consumo di alcol (definiti come: consumo di alcol >60 g/die per l'uomo e >40 g/die per la donna)<sup>7</sup> (Keating, 2013). Il nalmefene è una molecola antagonista dei recettori  $\mu$  e  $\delta$  ed agonista parziale dei recettori  $\kappa$  del sistema degli oppioidi. Recentemente, sono stati effettuati due studi clinici randomizzati in doppio cieco verso placebo (ESENSE 1 ed ESENSE 2) dove i pazienti con diagnosi di alcol-dipendenza venivano sottoposti a trattamento con nalmefene (18 mg) "al bisogno" (definito come auto-identificazione di situazioni ad alto rischio di assunzione di alcol, usando il nalmefene quando il consumo di bevande alcoliche era imminente oppure non più di 1 o 2 ore dopo aver iniziato ad assumere alcol) per un periodo di 6 mesi. Successivamente, è stata effettuata, inoltre, una analisi post-hoc di questi due studi che includeva solo pazienti che consumavano grandi quantità di alcol (ad alto rischio) ( $\geq 60$  g/die per l'uomo e  $\geq 40$  g/die per la donna) (van Den Brink, 2013) e che non avevano variato questo consumo tra il momento dello screening e quello della randomizzazione (popolazione *target*) (tabella 3). Questa indagine ha mostrato che, dopo 6 mesi di trattamento, il nalmefene, confrontato con il placebo, è risultato più efficace del placebo nel ridurre significativamente il numero di giorni ad elevato consumo di alcol (differenze nel trattamento: -3.2 giorni;  $p < 0.0001$ ) ed il consumo alcolico totale (differenze nel trattamento: -14.3 g/die;  $p < 0.0001$ ) nella popolazione *target* (van Den Brink, 2013). Infine, un ulteriore studi ha anche dimostrato l'efficacia e la sicurezza a lungo termine di questa molecola.

7 - Definizione dei livelli di consumo di bevande alcoliche (World Health Organization, 2000).

Basso rischio	uomo:	1-40 g/die;	donna:	1-20 g/die
Rischio medio	uomo:	41-60 g/die;	donna:	21-40 g/die
Rischio alto	uomo:	61-100 g/die;	donna:	41-60 g/die
Rischio molto alto	uomo:	>100 g/die;	donna:	>60 g/die



**Tabella 3. “Farmaci attualmente approvati per il trattamento della dipendenza da alcol: meccanismo di azione, indicazione, controindicazioni e dosaggio”**

**Completa astinenza da bevande alcoliche**

**Acamprosato**

- meccanismo d'azione: antagonista del recettore N-metyl-D-aspartato del glutammato
- indicazione: farmaco anti-*craving* da utilizzare nei pazienti con *relief craving* considerando che la riduzione degli episodi di *heavy drinking* può essere considerato un risultato positivo
- controindicazioni: severa insufficienza renale
- dosaggi: 1.3-2 g/die per os suddivisi in 3 somministrazioni per 12 mesi

**Disulfiram**

- meccanismo d'azione: inibitore dell'enzima aldeide deidrogenasi
- indicazione: farmaco deterrente, da utilizzare nei pazienti motivati al mantenimento della completa astinenza da bevande alcoliche ed in presenza di una persona di riferimento alla quale affidare il farmaco e la sua somministrazione
- controindicazioni: cirrosi epatica, cardiopatia ischemica cronica e neuropatia periferica
- dosaggi: 800-1200 mg/die per os fino al 4° giorno, poi 400 mg/die dal 5° al 7° giorno, poi 200 mg/die per 5-6 mesi

**Naltrexone**

- meccanismo d'azione: antagonista dei recettori  $\mu$  e  $\kappa$  del sistema degli oppioidi
- indicazione: farmaco anti-*craving*, da utilizzare nei pazienti con *reward craving* considerando che la riduzione degli episodi di *heavy drinking* può essere considerato un risultato positivo
- controindicazioni: cirrosi epatica
- dosaggi: 50-100 mg/die per os per 3-6 mesi o 380 mg i.m. (formulazione a lento rilascio) ogni 30 giorni per 6 mesi

**Sodium Oxibato**

- meccanismo d'azione: agonista del recettore GABA<sub>B</sub>
- indicazione: a) soppressione dei sintomi da astinenza da alcol; b) farmaco anti-*craving* con proprietà alcol-mimetiche di rinforzo positivo, da utilizzare nei pazienti con *reward e relief craving* ed in presenza di una persona di riferimento alla quale affidare il farmaco e la sua somministrazione
- controindicazioni: poli-dipendenza, disturbo di personalità (*borderline*)
- dosaggi: a) 50-100 mg/kg/die per os ogni 4-6 h per 7-10 giorni (trattamento della sindrome da astinenza da alcol); b) 50-75 mg/kg/die per os ogni 6-8 h per 3-12 mesi (trattamento anti-*craving*)

**Riduzione del consumo di alcol ad alto rischio**

**Nalmefene**

- meccanismo d'azione: antagonista del recettore  $\mu$  e  $\delta$  e agonista parziale del recettore  $\kappa$  del sistema degli oppioidi
- indicazione: da utilizzare in un programma di riduzione del consumo di alcol nei pazienti con livelli di consumo alcolico ad alto rischio ( $\geq 60$  g/die per l'uomo e  $\geq 40$  g/die per la donna) non motivati al raggiungimento immediato della completa astinenza da bevande alcoliche
- controindicazioni: pazienti con sindrome da astinenza da alcol che necessita di un trattamento farmacologico (punteggio CIWA  $>10$ ) e/o di un immediato raggiungimento della completa astinenza da bevande alcoliche
- dosaggi: 18 mg per os “al bisogno” per 6 mesi

## 5. Conclusioni

Il controllo dei sintomi da astinenza da alcol attraverso l'utilizzo di specifici farmaci anti-astinenziali è ormai comprovato e, nonostante, le BDZs rimangano, al momento, l'approccio farmacologico di prima scelta, altre molecole con azione GABA-ergica hanno dimostrato di essere ugualmente efficaci nella soppressione dei sintomi astinenziali.

Nell'ambito della prevenzione della ricaduta, rimane imprescindibile il fatto che,



in associazione al trattamento farmacologico, è opportuno utilizzare un approccio multi-disciplinare caratterizzato dal colloquio motivazionale e, quando necessario, da un trattamento motivazionale o cognitivo comportamentale e/o gruppi di auto-aiuto. Inoltre, l'identificazione di una maggiore efficacia dovuta all'effetto additivo e sinergico di più farmaci ed il riconoscimento di differenti tipologie di craving e di etilismo amplierà, nei prossimi anni, da una lato le possibilità di trattamento con la presa in carico di più soggetti sulla base della motivazione (astinenza completa o riduzione del consumo) e, dall'altro, l'efficacia del trattamento stesso.

Infine, come già dimostrato, tra l'altro, in altri ambiti clinici ed, in considerazione del fatto che il farmaco "ideale" ed efficace per tutte le tipologie di pazienti alcolisti non esiste, la sfida futura sarà l'individuazione di un trattamento personalizzato attraverso una accurata indagine del polimorfismo genico recettoriale dei siti di azione delle molecole anti-craving (Johnson, 2010).

## Bibliografia

Addolorato G., Leggio L., Ferrulli A. et al, *Effectiveness and safety of baclofen for maintenance of alcohol abstinence in alcohol-dependent patients with liver cirrhosis: randomised, double-blind controlled study*, Lancet, 2007, 370, pp. 1915-1922

Amato L., Minozzi S., Davoli M., *Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome*, Cochrane Database Syst Rev, 2011, 6, CD008537

Caputo F, Bernardi M, *Medications Acting on the GABA System in the Treatment of Alcoholic Patients*, Curr Pharm Des, 2010, 16, pp. 2118-2125

Caputo F, Skala K, Mirijello A et al, *Sodium Oxybate in the Treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome: A Randomized Double-Blind Comparative Study versus Oxazepam. The GATE 1 Trial*, CNS Drugs. 2014a, 28, pp. 743-752

Caputo F, Vignoli T, Grignaschi A et al, *Pharmacological management of alcohol dependence: From mono-therapy to pharamcogenetics and beyond*, Eur Neuropsychopharmacol, 2014b, 24, pp. 181-191

Chick J., Nutt D.J., *Substitution therapy for alcoholism: time for a reappraisal?*, J Psychopharmacol, 2012, 26, pp. 205-212

Cloninger R.C, Bohman M., Sigvardsson S., *Inheritance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopted men*, Arch. Gen. Psych, 1981, 38, pp. 861-868

Connor JP, Haber PS, Hall WD, *Alcohol use disorders*, Lancet. 2015, doi: 10.1016/S0140-6736(15)00122-1

European Medicines Agency (EMA), *Guideline on the development of medicinal products for the treatment of alcohol dependence*, 2010, EMA/CHMP/EWP/20097/2008

Johnson B.A., *Medication treatment of different types of alcoholism*, Am J Psychiatry, 2010, 167, pp. 630-639

Jonas D.E., Amick H.R., Feltner C., et al, *Pharmacotherapy for Adults With Alcohol Use Disorders in Outpatient Settings A Systematic Review and Meta-analysis*, JAMA, 2014, 311, pp. 1889-1900

Keating G.M., *Nalmefene: a review of its use in the treatment of alcohol dependence*, CNS Drugs, 2013, 27, pp. 761-72

Keating G.M., *Sodium oxybate: a review of its use in alcohol withdrawal syndrome and in maintenance of abstinence in alcohol dependence*, Clin Drug Investig, 2014, 34, pp. 63-80

Lesch O.M., Dietzel M., Musalek M. et al., *The course of alcoholism. Long-term prognosis in different subtypes*, Forensic Sci International, 1988, 36, pp. 121-138

Leone M.A., Vigna-Taglianti F., Avanzi G. et al., *Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for treatment of alcohol withdrawal and prevention of relapses*, Cochrane. Database. Syst. Rev, 2010, 2, CD006266

Mayo-Smith M.F., *Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline*. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal, JAMA, 1997, 278, pp. 144-51

Mayo-Smith M.F., Beecher L.H., Fischer Timothy L et al, *Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline*, Arch Intern Med, 2004, 164, pp. 1405-12

Skala K., Caputo F., Mirijello A. et al., *Sodium oxybate in the treatment of alcohol dependence: from the alcohol withdrawal syndrome to the alcohol relapse prevention*, Exp Opin Pharmacother, 2014, 15, pp. 245-257

Van den Brink W., Aubin H.J., Blandström A., et al, *Efficacy of as-needed nalmefene in alcohol-dependent patients with at least a high drinking risk level: results from a subgroup analysis of two randomized controlled 6-month studies*, Alcohol Alcohol, 2013, 48, pp. 570-578

Verheul R., Van Den Brink W., Geerlings P., *A three-pathway psychological model of craving for alcohol*, Alcohol Alcohol, 1999, 34, pp. 197-222

Vonghia L., Leggio L., Ferrulli A. et al., *Alcohol acute intoxication*, Eur J Intern Med, 2008, 19, pp. 561-7

World Health Organization (WHO), *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*, 2000

World Health Organization (WHO), *Global status report on alcohol and health*, 2014

## 2. Interventi psicologici

**Maria Angela Abrami**

### 1. Il trattamento multimodale integrato in ambito alcolico

Il Modello Multimodale Integrato, applicato nel trattamento dei Disturbi correlati all'alcol, risulta attualmente il più diffuso a livello nazionale e internazionale nella cura dell'alcolismo e delle patologie alcol correlate. Secondo questo modello di intervento, l'approccio al problema alcol e patologie alcol correlate è di tipo medico-psicologico e sociale, poiché il presupposto teorico della genesi del disturbo è di natura bio-psico-sociale, vale a dire determinato da una multifattorialità di aspetti ereditari, di comportamento, di personalità, sociali ed ambientali. Gli aspetti clinici dei Disturbi correlati all'alcol si manifestano sia sul piano organico e psicologico, sia nell'ambito del disagio sociale che dei disturbi psichiatrici, in quadri di complessità e multifattorialità, che richiedono, necessariamente, un approccio multidisciplinare ed interventi terapeutici tra loro integrati. Gli interventi multidisciplinari, ad opera delle equipe specialistiche curanti, rappresentano gli anelli di una "catena terapeutica" in cui la dimensione medica, psicologica e sociale operano con l'obiettivo della presa in cura del paziente con addiction e della sua famiglia, al fine di comprenderne i significati di base e favorire il superamento della condizione di dipendenza. A partire da una valutazione diagnostica multidisciplinare, da parte di figure professionali con formazione alcolologica, il Modello Multimodale Integrato prevede la formulazione di un progetto terapeutico individualizzato, strutturato sulla base di una pluralità di interventi, orientati ad una propria specificità terapeutica.

Gli interventi multidisciplinari integrati in ambito alcolico si strutturano in:

- **Interventi medici:** terapie farmacologiche, anticraving, detossicazione, trattamenti per le patologie alcol-correlate, interventi di educazione sanitaria e di counseling;
- **Interventi psicologici:** terapie motivazionali e di prevenzione della ricaduta, terapie individuali, di coppia e di gruppo, sia rivolte alla persona con problemi alcol correlati che alla famiglia;
- **Interventi sociali:** sostegno nelle condizioni di disagio sociale e familiare, supporto nella gestione di percorsi di reinserimento sociale, supporto nella gestione di problemi correlati ad aspetti legali;
- **Interventi educativi:** sostegno nell'apprendimento di nuovi stili di vita, per la persona alcolista e la sua famiglia, attraverso interventi individuali e di gruppo. Attuazione di programmi di tipo preventivo, rivolti a target specifici di popolazione.

### 2. L'intervento motivazionale in ambito alcolico

#### 2.1 Il colloquio motivazionale (CM) e applicazione nei Disturbi correlati all'alcol

Il colloquio motivazionale è definito dai suoi autori W. R Miller e S. Rollnick (2002) come un metodo direttivo volto ad aumentare nella persona la motivazione intrinseca al cambiamento, attraverso l'esplorazione e la risoluzione dell'ambivalenza. Il metodo

utilizzato da quest'approccio è centrato sul cliente e non è orientato ad insegnare nuove capacità, né ad esplorare la storia individuale, bensì a dare centralità ai valori e ai pensieri di cui la persona è portatrice, per condividere un percorso di cambiamento. Tale tipologia di colloquio non si fonda su un insieme di tecniche, ma rappresenta un metodo di comunicazione e un modo di essere con e per le persone (Rollnick e Miller, 2002), la cui efficacia è ampiamente dimostrata anche nel trattamento dei Disturbi correlati all'alcol, con riscontri significativi rispetto alla ritenzione in trattamento e al raggiungimento dell'astensione.

Uno dei presupposti del colloquio motivazionale è costituito dal fatto che la motivazione al cambiamento non è considerata un tratto personale, ma rappresenta il frutto di un processo interpersonale che si sviluppa nell'ambito di una relazione e da essa ne viene influenzata. Le risorse al cambiamento risiedono nella persona e debbono essere evocate nella relazione d'aiuto counselor/cliente, attraverso un processo attivo, di ascolto, riflessione e costante feed back da parte del terapeuta, affinché possano essere stimolate le potenzialità al cambiamento, di cui la persona rappresenta il primo artefice. Anche il counselor è consapevole che il vero agente del cambiamento è rappresentato dalla persona, portatrice, allo stesso tempo, del proprio disagio e delle potenzialità per innescare il processo del cambiamento. La relazione tra il counselor e il cliente deve essere caratterizzata, perciò, da una forte natura collaborativa, che tenda, ma non costringa, al cambiamento, attraverso l'utilizzo e la capacità da parte del counselor di mettere in atto elementi facilitatori finalizzati a tale scopo.

Gli elementi che definiscono il colloquio motivazionale sono:

- **esprimere empatia**, attraverso l'ascolto riflessivo, per accrescere la fiducia nella relazione e consolidarla durante tutto il percorso del colloquio.
- **aumentare la frattura interiore del cliente**, allo scopo di sbloccare la condizione di ambivalenza, con modalità anche direttive ed orientate verso una modificazione positiva dei comportamenti. Per frattura interiore si intende la percezione delle contraddizioni che la persona ha tra la propria attuale condizione da un lato e le aspirazioni, valori e mete ideali dall'altro (Festinger, 1957; Scaglia 1998). In altre parole, la frattura interiore rappresenta il conflitto esistente tra la condizione attuale, ad esempio la condizione di dipendenza, e l'immagine che la persona ha di Sé. La frattura interiore può essere equiparata alla condizione di una bilancia decisionale, secondo la quale le persone vivono motivazioni tra loro in contrapposizione, caratterizzate da costi e benefici associati ad entrambi gli aspetti del conflitto: "So che bere mi fa male, ma mi piace". Più aumenta la frattura interiore, più la persona è in grado di orientarsi verso un cambiamento della propria condizione attuale.
- **prestare attenzione alla resistenza espressa dal cliente**, cercando di aggirarla, anziché affrontarla in forma diretta con discussioni accese o confronti autoritari, per trasformarla in oggetto propulsore del cambiamento. La resistenza del cliente si può manifestare attraverso alcune categorie comportamentali, quali: dimensione

della discussione e della sfida, l'interruzione e la negazione, l'ignorare quanto il counselor sta evidenziando. Le resistenze sono elementi tra loro sovrapponibili, indici di non disponibilità al cambiamento.

- **sostenere l'autoefficacia del cliente**, elemento chiave della motivazione al cambiamento. Per autoefficacia s'intende la fiducia di un individuo nella propria capacità di attuare un comportamento prestabilito, in un tempo determinato (Bandura, 1977). La convinzione di poter cambiare è un potente elemento del processo di cambiamento, di cui la persona è responsabile, così come le aspettative positive del counselor verso le possibilità del cliente di cambiare possono influenzare il cambiamento stesso.

Nonostante il counselor tenga conto di tutti questi aspetti, può sempre verificarsi il rischio che, all'interno del colloquio motivazionale, si manifesti, da parte del cliente, un'opposizione al trattamento; infatti, non è infrequente che tale condizione venga riscontrata nella pratica clinica, in particolare con persone aventi problemi di addiction, ove questo atteggiamento è un chiaro segno di dissonanza all'interno della relazione counselor-cliente. Quando si verifica tale fenomeno, il counselor deve individuare e correggere i possibili fattori che producono la dissonanza. Le cause implicate nella dissonanza possono essere molteplici: alcune derivano da una non adattabilità delle strategie del counselor al livello di disponibilità al cambiamento del cliente, altre sono espressione di un aumento di rabbia/frustrazione, sia nel cliente che nel counselor, ed altre ancora scaturiscono in mancanza di un accordo sui ruoli nell'ambito della relazione. Va sottolineato che non sono da confondere i termini dissonanza e resistenza. La dissonanza descrive la natura corrente di una relazione/interazione, la resistenza, invece, fa riferimento al comportamento del solo paziente. Entrambi i costrutti possono essere integrati uno con l'altro, poiché spesso il comportamento resistente è un chiaro segnale di dissonanza della relazione in corso.

Lo sviluppo del colloquio motivazionale si articola in due fasi, che presentano obiettivi diversi tra loro, ma che si sovrappongono una con l'altra, spesso senza una netta distinzione tra le metodologie utilizzate ricorrenti durante tutto il colloquio.

La **prima fase** si focalizza sull'evocazione di motivazioni intrinseche al cambiamento e sulle risorse per cambiare, insite nella persona. Scopo principale è la risoluzione dell'ambivalenza del cliente, cercando di motivarlo attivamente al cambiamento. È bene ricordare che l'ambivalenza non scompare mai del tutto, ma decresce, perché ciò si realizza, è importante poter dirigere e stimolare le affermazioni del cliente nella direzione del cambiamento. Le affermazioni verso tale obiettivo rappresentano un costante promemoria delle ragioni per cui è importante impegnarsi a cambiare. La responsabilità del cambiamento è sempre lasciata alla persona, che può scegliere di accettare o meno le condizioni per raggiungere gli obiettivi, in un'ottica di autonomia al cambiamento. Al fine di valutare la solidità della motivazione, in questa fase il counselor pone attenzione alla disponibilità al cambiamento, ovvero quanto il cliente ritiene importante cambiare,

alla fiducia nelle proprie possibilità (autoefficacia) e alla frattura interiore, intesa, come già sottolineato, quale percezione della discrepanza e delle contraddizioni esistenti tra la propria attuale condizione da un lato, ed importanti aspirazioni, valori e mete ideali dall'altro.

La **seconda fase** del colloquio, raggiunto l'obiettivo di aumentare la fiducia, si concentra sul *rafforzamento* dell'impegno a cambiare e mira a sviluppare un progetto concreto e concordato, da poter mettere in pratica. Pianificare un percorso di cambiamento significa stabilire gli obiettivi del cambiamento, valutare le opzioni, giungere ad un piano e far emergere l'impegno. Il counselor in questa fase può avvalersi di diverse tecniche, come l'uso di *domande aperte stimolanti*, *feedback oggettivi* nella direzione del cambiamento ed *esplorazioni dei valori della persona*, che la stessa intende realizzare attraverso il proprio cambiamento. Fare emergere l'impegno al cambiamento, e valutare se sussistono le condizioni per attuarlo, permette al counselor di determinare se la persona necessita ancora di tempo, prima di passare all'azione. La persona può non essere pronta a cambiare, poiché tale processo genera paura e riattiva una condizione di sfiducia nelle proprie potenzialità. Un cambiamento nello stile del counseling, infatti, può influenzare direttamente il livello di resistenza del cliente. Di fronte a tale condizione, il counselor è chiamato a fare un passo indietro e a lavorare maggiormente nella direzione di accrescere la fiducia, elemento, questo, di grande importanza per fronteggiare la resistenza e sviluppare la motivazione al cambiamento. Quando il processo di avvio al cambiamento è attivo, si possono riscontrare segnali di disponibilità, che si manifestano con una diminuzione della resistenza e la formulazione di domande relative al cambiamento o previsioni su come sarà la vita una volta avvenuto.

In entrambe le fasi del colloquio motivazionale è importante prestare molta attenzione agli aspetti etici nei confronti del cliente, relativi a tutti i processi di "influenzamento" che possono generarsi in una relazione d'aiuto. Favorire il cambiamento da parte del counselor, dunque, significa non "influenzare" il cliente secondo una propria prospettiva di cambiamento, ma riconoscerne le risorse e porre la persona nelle condizioni di cambiare lungo un percorso da lei tracciato e non predeterminato a priori da tecniche asettiche e avulse da un contesto di aiuto.

## 2.2 Gli Stadi del Cambiamento e la Prevenzione della Ricaduta

La teoria degli stadi del cambiamento fa riferimento al Modello TTM (Transtheoretical model of change, Prochaska e Di Clemente, 1982; Di Clemente 1994) per comprendere il processo di cambiamento del comportamento, attraverso delle fasi necessarie che la persona deve compiere per giungere a realizzarlo. Quest'approccio è diventato parte integrante del colloquio motivazionale ed è ampiamente utilizzato nel trattamento dei Disturbi correlati all'alcol, oltre che in altri ambiti relativi ai comportamenti a rischio o protettivi per la salute.

Il processo di cambiamento è articolato in diverse fasi, caratterizzate da una serie

di passaggi, che comprendono molteplici attività, impiego di energie e di motivazione, necessarie a raggiungere e a mantenere il cambiamento. Compito del clinico è di individuare in quale stadio del ciclo di cambiamento si trova la persona giunta alla sua osservazione e utilizzare il colloquio motivazionale per individuare le strategie motivazionali da mettere in atto, con l'obiettivo di favorire il passaggio da uno stadio ad un altro e determinare il cambiamento o i cambiamenti dei comportamenti problematici.

Il cambiamento si realizza lungo un continuum, attraverso gli stadi di: **Precontemplazione, Contemplazione, Determinazione, Azione e Mantenimento.**

Lo stadio iniziale di Precontemplazione è la fase in cui il paziente non è consapevole del comportamento problematico e pertanto non prende in considerazione il cambiamento, non riconosce di avere un problema con l'alcol e non avverte alcun effetto negativo relativo alla propria condotta, pertanto non è disposto a prendere in considerazione alcun trattamento. Gli unici obiettivi raggiungibili con questa utenza sono rappresentati dalla capacità del clinico di accogliere la posizione dell'altro, mantenere il contatto lasciando "una porta aperta" e, ove possibile, aumentare la consapevolezza e i dubbi circa il comportamento in atto. In questa fase, più che in altre, va posta massima attenzione alla qualità della relazione, evitando contrapposizioni e scontri, che andrebbero ad alimentare la resistenza e la negazione del paziente. La resistenza al cambiamento dei precontemplatori è stata sintetizzata dalla formula delle quattro "R" ovvero: **riluttanza, ribellione, rassegnazione e razionalizzazione.**

Lo stadio successivo alla Precontemplazione è rappresentato dalla *Contemplazione*, fase in cui il cliente considera la possibilità di cambiare, ma vive una condizione di ambivalenza e non è ancora disposto a mutare i suoi comportamenti. Nonostante riconosca di avere un problema con l'alcol e valuti i pro e i contro della propria condizione, non riesce ad assumere una decisione volta al cambiamento. Questo avviene a causa dell'ambivalenza, la quale rappresenta una condizione del cambiamento che l'operatore deve trattare come un'opportunità, per indurre il cliente ad ampliare la frattura interiore e la disponibilità al cambiamento. L'operatore può avvalersi di tecniche specifiche come l'utilizzo della Bilancia decisionale (Janis e Mann, 1977), che sono risultate di grande efficacia, permettendo al cliente di confrontarsi con le proprie posizioni ambivalenti in merito all'uso di alcol o rispetto a qualsiasi altro comportamento. Il tentativo dell'operatore è quello di orientare la bilancia nella direzione della determinazione a cambiare, valutando insieme al cliente i rischi del comportamento di addiction e i vantaggi che il cambiamento porta con sé. L'utilizzo dei feedback adeguati sul loro comportamento attuale e l'informazione corretta sui rischi correlati alla propria persona, permettono di orientare i clienti verso la modificazione ottimale del loro comportamento. È altresì opportuno, definire da quanto tempo la persona sta valutando di poter attuare il cambiamento e se ha già messo in atto pregressi tentativi in tale direzione e con quale esito.

A questo punto la persona ha raggiunto lo stadio della *Determinazione* al cambia-



mento: intende cambiare e mettere in atto quanto necessario, per attuare un piano di cambiamento. In questa fase le persone necessitano di un costante accompagnamento a sostenere il loro impegno e a perseguire le azioni concordate valutandone la loro efficacia; ciò non significa che la decisione al cambiamento sia consolidata e definitiva, poiché l'ambivalenza non è scomparsa definitivamente, tuttavia la persona intende impegnarsi seriamente in tale passaggio.

La fase successiva è quella dell'*Azione*, nella quale le persone apportano modifiche concrete ed ulteriori ai loro comportamenti, in modo attivo e determinato, mettendo in atto quanto emerso nelle fasi precedenti del processo. L'azione non equivale ad un cambiamento definitivo, piuttosto, tale periodo richiede più impegno e mantenimento del comportamento orientato al cambiamento. Infatti, il counselor deve tenere a mente che, se il cliente in questa fase non sviluppa o non ha sviluppato autoefficacia adeguata, probabilmente non riuscirà ad ottenere un risultato duraturo. È importante perciò che l'operatore si concentri sui compiti portati a termine con successo dai clienti, sostenendo e confermando le loro decisioni, aiutandoli a percepire il proprio merito nei successi ottenuti, incrementando così il sentimento di autoefficacia.

Infine, lo stadio del *Mantenimento* è rappresentato dai comportamenti volti a consolidare il cambiamento conseguito con marcato impegno e al riconoscimento dei vantaggi ottenuti. Questa non rappresenta una fase scontata del processo di cambiamento, ma un passaggio critico in cui la persona può sperimentare la difficoltà a mantenere un cambiamento per un lungo periodo. La persona può incorrere in una ricaduta nell'uso di alcol e sperimentare l'esperienza della regressione a fasi precedenti del percorso di cambiamento. Il compito centrale dell'operatore è quello di mettere in atto tutte le strategie per prevenire la ricaduta, riconoscendo i rischi a cui la persona va incontro e affrontarli con determinazione.

Secondo il Modello degli Stadi del Cambiamento, la *Ricaduta* è un evento possibile durante tutto il percorso e disconoscere tale condizione significa non aiutare la persona nella comprensione di un processo di cambiamento che è di tipo circolare piuttosto che lineare. In tale prospettiva, colui che ricade rientra nel circolo del cambiamento, anche diverse volte, prima di giungere alla condizione dell'uscita definitiva dal cerchio e del mantenimento della condizione di astensione dall'uso di alcol. Aiutare il paziente a rientrare in trattamento dopo una ricaduta, rappresenta il compito specifico dell'operatore, il quale non può prescindere dalla valutazione della motivazione al cambiamento della persona ricaduta, facilitato in questo dal tipo di relazione costruita nella fasi precedenti.

L'operatore attraverso il counseling di prevenzione della ricaduta, aiuta la persona a ripercorrere gli eventi scatenanti, interni ed esterni ad essa e a "leggere" la ricaduta come evento occasionale (la cosiddetta "scivolata") o prolungato, per trarne utili informazioni necessarie a ripristinare la motivazione a proseguire sulla strada del cambiamento. La ricaduta rappresenta sempre il ritorno di vecchi stili di vita, da esplorare e fronteggiare



con adeguate strategie, individuate insieme al paziente, al fine di evitare il ripetersi dei comportamenti a rischio. Tale esplorazione non può prescindere dalla valutazione motivazionale del paziente rispetto a quanto è disposto a fare per prevenire la condizione di ricaduta e indurlo a rientrare nel ciclo del cambiamento. Inoltre, coloro che sono in trattamento e hanno raggiunto l'astensione, spesso, mettono in atto comportamenti di "violazione dell'astinenza" (Abstinence Violation Effect, Marlatt e Gordon, 1985) per dar prova a sé stessi e agli altri delle capacità di riuscita e di controllo sull'assunzione di alcol. Il fallimento di tale comportamento è all'origine di sentimenti di colpa da parte del paziente e di possibile rinuncia al proprio cambiamento, con inevitabili conseguenze sul piano individuale e familiare. Il clinico deve poter utilizzare questo momento come opportunità terapeutica, per rivedere con il paziente le aree di fragilità e valutare se la ricaduta può essere prevenuta con tecniche di fronteggiamento delle situazioni "trigger". Le tecniche di fronteggiamento possono essere integrate con trattamenti farmacologici di prevenzione, o con interventi terapeutici mirati al trattamento del disagio psichico sottostante. È stato riconosciuto che tra le cause scatenanti la ricaduta, un ruolo determinante è rappresentato da condizioni di sofferenza psicologica e da quadri psicopatologici (Disturbi Mentali autonomi o associati all'uso di sostanze, Disturbi della Personalità ed eventi traumatici), variabili queste, che necessitano di attenta valutazione finalizzata ad attuare adeguati trattamenti specialistici, sia ambulatoriali che residenziali.

### 3. Gli interventi psicoterapeutici in ambito alcolico

Nel trattamento dell'alcoldipendenza sono previsti interventi di psicoterapia individuale, di coppia, familiare e di gruppo, integrati con interventi farmacologici, sociali ed educativi. Le psicoterapie, in particolare con pazienti dipendenti, si attuano lungo un continuum espressivo-supportivo o supportivo-espressivo (Gabbard, 1994), dove il polo supportivo (di sostegno) può essere applicato nelle prime fasi del trattamento, quando la persona necessita di sperimentare un sostegno attivo, da parte del terapeuta, alle parti fragili del Sé e alla costruzione di un'alleanza di lavoro. Viceversa, il polo di tipo espressivo (capacità di insight) è attuabile quando la persona è in grado di esplorare i conflitti sottostanti la dipendenza. Durante il trattamento, pertanto, il terapeuta oscillerà tra queste due polarità a seconda dei bisogni espressi dal paziente.

Esistono diverse forme di psicoterapia per la comprensione del funzionamento psichico e dei disturbi psichici, a seconda dei modelli teorici di riferimento e della tecnica utilizzata nella pratica clinica.

Gli orientamenti psicoterapeutici prevalenti nel trattamento della Dipendenza da alcol sono:

- di tipo psicodinamico: individuale, di gruppo, familiare, a breve, medio o lungo termine;
- di tipo cognitivo-comportamentale: individuale, di gruppo;
- di tipo sistemico- relazionale: familiare, di coppia.

### 3.1 Psicoterapia individuale ad orientamento psicodinamico

Per semplicità di trattazione, in questa sede, non si distingue la psicoterapia psicodinamica, dove per dinamica si intende un insieme di forze psichiche inconscie, in un equilibrio per l'appunto dinamico, dalla psicoanalisi, considerandole come trattamenti sovrapponibili nelle loro finalità terapeutiche. È risaputo che una persona con problemi di addiction non possa fruire di un trattamento psicoanalitico classico, ma che possa, invece, beneficiare di un trattamento psicodinamico “flessibile” e modificato, in grado di focalizzare il funzionamento della persona dipendente e le modalità relazionali riattualizzate nella relazione terapeutica. Le indicazioni e controindicazioni al trattamento psicoterapeutico sono assunti di base validi, come indicazioni generali, applicabili anche al di fuori del target dei pazienti alcolodipendenti.

#### **Indicazioni:**

Pazienti con gravità di abuso non elevata o che esplicitino l'intenzione di interrompere l'uso di alcol attraverso la richiesta di un trattamento psicoterapeutico;  
 Pazienti con struttura nevrotica, narcisistica e border-line di personalità;  
 Pazienti con capacità di pensiero astratto, capacità elaborativa e di riflessione sul Sé;  
 Livello cognitivo nella norma;  
 Sufficiente integrazione sociale.

#### **Controindicazioni:**

Pazienti con disturbo antisociale o paranoide di personalità;  
 Pazienti con deficit cognitivi;  
 Pazienti con gravi patologie psicorganiche;  
 Pazienti con gravi disturbi psichici inficianti un lavoro intrapsichico;  
 Pazienti con gravi problematiche sociali.

Il terapeuta seleziona i pazienti attraverso una Diagnosi psicodinamica che stabilisce l'indicazione o meno al trattamento. Di fatto, i primi colloqui devono orientare a identificare le caratteristiche di personalità e la capacità del paziente di rispondere ad una psicoterapia psicodinamica.

La Diagnosi Psicodinamica si fonda sui seguenti aspetti (Gabbard, 2005,2011):

- Utilizzo da parte del terapeuta dell'intervista psicodinamica (colloquio psicodinamico), anziché dell'intervista descrittiva, di orientamento medico, per la definizione dell'anamnesi. Secondo l'approccio psicodinamico, la modalità con cui viene raccolta la storia del paziente è essa stessa terapeutica. Il paziente racconta la sua storia senza seguire una modalità domanda/risposta, ma narrando liberamente ciò che è più significativo per lui.
- Possibilità di avvalersi di test psicologici di tipo proiettivo (Test di Rorschach, TAT), per la focalizzazione su aspetti del mondo interno e test di livello cognitivo (Test di Wais), per la valutazione delle condizioni mentali.

- Valutazione degli eventi scatenanti la condizione psicopatologica e la conseguente richiesta d' aiuto.
- Valutazione della qualità della relazione terapeutica, con attenzione agli aspetti verbali e non verbali.
- Analisi degli aspetti di transfert e controtransfert nella relazione terapeutica per la comprensione delle difficoltà relazionali presenti e passate del paziente.
- Valutazione dei meccanismi di difesa osservabili attraverso le resistenze manifestate dal paziente nella relazione con il terapeuta.
- Livello dei meccanismi di difesa: utilizzo di difese primitive o di difese mature, poiché a seconda delle difese impiegate dal paziente, si osserva una diversa organizzazione di personalità.
- Natura del funzionamento del Super-io. Nelle persone con problemi di addiction si evidenzia un rigido funzionamento della dimensione super egoica, a causa di un profondo sentimento di colpa correlato a fragilità del Sé.
- Relazioni oggettuali esterne (familiari, sentimentali, amicali), che riflettono il mondo interno del paziente e le relazioni oggettuali interne.
- Valutazione dell'influenza, nella relazione terapeutica, dei partner relazionali utilizzati dal paziente.
- Valutazione delle forze e debolezze dell'Io, attraverso la valutazione dell'esame di realtà, del controllo degli impulsi, della capacità di giudizio.
- Valutazione del Sé, ovvero la dimensione della persona che si costituisce nelle prime fasi dello sviluppo nella relazione madre-bambino, che si esprime nella coesione del sé, del livello di autostima, della continuità di sé in termini di identità, della rappresentazione di sé, dei confini del Sé in relazione agli altri, includendo anche i confini corporei.
- Valutazione della capacità di mentalizzazione (Fonagy,1997, 2001), la quale nasce dall'aver sperimentato un legame di attaccamento sicuro con la madre nelle prime fasi dello sviluppo. Se l' attaccamento è avvenuto in modo adeguato, il bambino svilupperà la capacità di capire le persone in termini di sentimenti, desideri e aspettative e di comprenderne la differenza tra la propria percezione e le caratteristiche reali dell'altro.
- Analisi dei fattori biologici e socio-culturali della persona in relazione alla dipendenza.

La valutazione psicodinamica rappresenta un insieme di ipotesi sul funzionamento psichico, non stabile e definitiva, ma soggetta a modifiche, sulla base di nuovi elementi acquisiti durante la valutazione terapeutica. Inoltre, la valutazione psicodinamica non corrisponde ad una Diagnosi categoriale, ma alla comprensione del funzionamento mentale della persona, definito in termini di organizzazione di personalità di tipo nevrotico, narcisistico o borderline e psicotico. L'avvio della terapia prevede un setting, costituito da regole e limiti professionali, che garantiscono il buon funzionamento della terapia. Si fa riferimento al giorno e orario della seduta, all'assenza di contatto tra terapeuta e paziente al di fuori della seduta, all'utilizzo del lettino o della modalità vis a vis, ed all'onorario

per il trattamento condotto in ambito privato. La violazione del setting può rappresentare oggetto di analisi delle dinamiche messe in atto dal paziente al di fuori della seduta (acting out) o all'interno di essa (acting in).

Nelle prime fasi del trattamento, il compito del terapeuta è di favorire l'alleanza terapeutica, per facilitare il paziente nel processo di rendere coscienti i contenuti più profondi e non consapevoli. Attraverso le associazioni libere, i contenuti e i sogni espressi dal paziente, il terapeuta si orienta nella comprensione dei significati inconsci e interviene attraverso gli strumenti dell'interpretazione, osservazione, confrontazione e chiarificazione.

La relazione terapeutica rappresenta un fondamentale strumento di analisi delle dinamiche del paziente, vale a dire, dello sviluppo del transfert nei confronti del terapeuta. Lo sviluppo del transfert costituisce la riedizione inconscia di emozioni passate vissute verso le figure affettive significative e proiettate nel presente sulla persona del terapeuta. L'interpretazione del transfert da parte del terapeuta mostra al paziente le cause inconse dei conflitti e la possibilità di "rivivere", sul terapeuta, ciò che a suo tempo è stato rimosso, in quanto fonte di sofferenza. Nell'ambito della relazione terapeutica, oltre al transfert del paziente e la sua fondamentale interpretazione per la rielaborazione dei conflitti, si sviluppa da parte del terapeuta la reazione del controtransfert. Particolarmente con le persone dipendenti, il controtransfert provato dal terapeuta, rappresenta un'intensa reazione emotiva nei confronti del paziente, evocata dalle modalità relazionali ed emotive del paziente stesso. Il controtransfert contempla anche aspetti del mondo interno del terapeuta, riattivati dalle caratteristiche di personalità del paziente. Affinché non vi siano interferenze tra aspetti controtransferali e transferali, il terapeuta deve aver sostenuto un'attenta analisi di aspetti di sé e monitorare sempre con attenzione il proprio controtransfert, anche con un'attività di supervisione al proprio lavoro. Il controtransfert rappresenta uno strumento fondamentale per il terapeuta, da utilizzare nella comprensione delle dinamiche del paziente e di quanto emerge nella relazione terapeutica.

L'azione terapeutica, attraverso l'analisi dei conflitti rimossi, favorisce l'insight del paziente, ossia la comprensione di sé, l'interiorizzazione di nuovi nessi associativi e di aspetti "buoni" della relazione terapeutica, con la finalità di giungere alla soluzione dei conflitti, di cui i sintomi ne rappresentano la manifestazione. Per soluzione del conflitto si intende la capacità del paziente di aver elaborato la natura delle difese e del desiderio sottostante e di poter abbandonare o attenuare il desiderio, al fine di non più impiegare difese disfunzionali.

In un'ottica psicodinamica, l'addiction rappresenta una difesa utilizzata dal paziente per sostenere le vulnerabilità del Sé, affrontabili con percorsi psicoterapeutici individuali o di gruppo, combinati con trattamenti medici e sociali, secondo una prospettiva multidimensionale di cura della dipendenza.

### 3.2 Il gruppo nel trattamento dei Disturbi correlati all'alcol

Sulla base di evidenze scientifiche ormai consolidate, è notoriamente diffusa l'efficacia del Gruppo come strumento terapeutico nel trattamento dei Disturbi correlati all'alcol, sia per persone con problemi di addiction che per le loro famiglie. L'esperienza elettiva del Gruppo nel trattamento delle Dipendenze ha origine nella tradizione dei Gruppi di auto-aiuto, sorti negli Stati Uniti: A.A., Al-Anon, N.A. e sviluppata secondo un'ottica psicoterapeutica, negli anni 80, da autori come J.Borriello (1979), S.Brown (1985), D.Cooper (1987), M.Vannicelli (1988), Khantzian et al. (1990), R.A.Matano e I.D.Yalom (1991), Flores (1996) e R. Mackenzie (1997). In Italia il fenomeno si è diffuso dapprima in ambito psichiatrico, con un'attenzione rivolta, oltre che ai disturbi del paziente, al suo contesto sociale e familiare e in seguito nell'ambito dei Servizi delle Dipendenze (U.Nizzoli, 1996). Dapprima l'approccio terapeutico era rivolto alla presa in carico del singolo e della sua patologia, successivamente l'ottica dell'intervento si è orientata a dare valenza alla presa in carico familiare e gruppale, in un percorso di tipo integrato, riconoscendo la complessità dell'origine della dipendenza e i fattori socio-ambientali e familiari che concorrono all'origine e al mantenimento del disturbo. Il Gruppo, nell'ambito dei Servizi di Alcologia, è uno strumento terapeutico utilizzato sia negli interventi di prevenzione, che del trattamento, per le potenzialità di tale risorsa, la sua efficacia terapeutica e il vantaggio in termini di costi-benefici. In ambito preventivo, alcuni dei gruppi maggiormente diffusi sono: Gruppi di tipo informativo, finalizzati ad informare target di popolazione per prevenire i rischi dell'uso di sostanze e alcol, Gruppi Psicoeducazionali, Gruppi di pari nelle scuole, Gruppi di Educazione sanitaria. Nell'ambito della cura si menzionano: Gruppi di Psicoterapia a breve, medio e lungo termine, Gruppi di Familiari, Gruppi Motivazionali, Gruppi di Self-Monitoring, Gruppi di Assertività, Gruppi Multifamiliari, Gruppi di terapia cognitivo-comportamentale (CBT), Gruppi con metodologie psicocorporee. L'intervento di gruppo è ampiamente utilizzato anche nell'ambito delle strutture residenziali per persone con problemi di Dipendenza, con un orientamento prevalente di tipo cognitivo-comportamentale, sia per affrontare l'area della dipendenza che l'area del trauma sottostante al comportamento di abuso.

#### 3.2.1 Gruppi MDGT: Modified Dynamic Group Therapy for substance abusers

La MDGT è un modello di terapia di gruppo, proposta da Khantzian, Hallyday e McAuliffe (1990, 1999), basata sulla teoria e la tecnica della psicoterapia psicoanalitica.

La psicoterapia individuale e di gruppo afferma che forze mentali, come le pulsioni e gli affetti, sono attive a livello inconscio e che strutture e funzioni psicologiche regolano queste forze. Per mezzo del trattamento relazionale si attivano e si rendono manifeste al soggetto le proprie modalità di pensare, sentire e agire; per cui, il trattamento psicodinamico fornisce l'opportunità di analizzare e modificare l'esperienza individuale di Sé e degli Altri.

Il modello proposto da questi autori si fonda sulla comprensione psicodinamica del-

le vulnerabilità nelle strutture dell'Io e del Sé, che possono predisporre alla dipendenza da sostanze, affrontando le difficoltà della persona nella regolazione dei sentimenti, dell'autostima, delle relazioni e della cura del Sé. Inoltre, si focalizza sul mantenimento dell'astinenza, la capacità di affrontare le difficoltà psicologiche, che sottostanno alla ricaduta e l'incoraggiamento ad un nuovo modo di conoscersi, attraverso l'attenuazione del narcisismo. A livello strutturale, la MDGT è impostata come una terapia psicodinamica a breve termine: è un gruppo terapeutico a rotazione, progettato per un massimo di 6 mesi, con incontri bisettimanali di 90 minuti ciascuno. La composizione del gruppo può andare da un minimo di 3 ad un numero ottimale di 8-10 membri, ogni membro partecipa per il tempo prestabilito e vengono inseriti a rotazione nuovi componenti.

### **3.2.1.1 Principi teorici: la tradizione supportivo-espressiva e il modello psicologico della dipendenza**

La MDGT appartiene alla tradizione psicodinamica supportivo-espressiva (Luborsky, 1984; Kernberg, 1986; Wallerstein, 1986). O.Kernberg descrive la psicoterapia supportiva come un processo che ha lo scopo di rinforzare le difese del paziente usando la suggestione, alcune chiarificazioni e interventi ambientali, ma non l'interpretazione. La tecnica di base è quella di esplorare le difese del paziente nel qui ed ora, "favorendo un migliore adattamento alla realtà mediante la consapevolezza degli effetti disorganizzanti di queste operazioni difensive".

La psicoterapia espressiva, d'altro lato, cerca di determinare la riorganizzazione della personalità attraverso la scoperta, l'esplorazione e l'indebolimento delle difese; l'interpretazione da parte del terapeuta costituisce il suo fondamento. Nonostante O.Kernberg sostenga che la terapia espressiva possa essere efficace anche con pazienti molto disturbati, suggerisce che in tali casi debba essere modificata.

La MDGT è basata su un modello psicologico della dipendenza secondo cui il recupero è inteso in termini di recupero psicologico, attraverso l'integrazione di un punto di vista nuovo ed attivo del Sé e la ricaduta psicologica è considerata come un ripiegamento verso vecchie percezioni e punti di vista del Sé. Di fatto l'intervento si focalizza sull'esplorazione, la comprensione e il recupero del Sé senza dare particolare importanza alle sostanze e ai comportamenti collegati. L'uso di droga viene considerato all'interno delle difficoltà dell'individuo nella regolazione del Sé, dell'autostima, delle relazioni personali e dell'auto-cura ed è considerato un modo per attenuare e controllare la sofferenza psicologica, anziché per cercare piacere. Attraverso questo approccio la MDGT è volta anche a sottolineare la capacità di recupero delle persone dipendenti, non solo a superare le loro dipendenze, ma anche ad affrontare le ferite psicologiche, per integrare ciò che è stato frammentato, tollerare la sofferenza e sviluppare un adattamento alla vita più maturo e autonomo. La MDGT utilizza i principi teorici della tradizione della psicologia dell'Io e del Sé, non solo per esplorare le particolari vulnerabilità, che favoriscono la tendenza della persona a coinvolgersi nella dipendenza, ma per offrire un metodo di trattamento specifico.

### 3.2.1.2 Focus terapeutici

Il metodo della MDGT individua i focus terapeutici dell'intervento nelle aree di maggior difficoltà dei soggetti dipendenti. Costoro sono considerati vulnerabili, poiché presentano:

1. Difficoltà di accesso, tolleranza e regolazione dei sentimenti
2. Problemi relazionali
3. Fallimento dell'autocura
4. Carenze nell'autostima

Queste rappresentano quattro dimensioni centrali della struttura di carattere, attive nella vita quotidiana di ognuno, che nella personalità dipendente sono soggette a disregolazione e distorsione, determinando una problematica caratteriale stabile.

Attraverso il confronto tra i membri e i rimandi del terapeuta, i soggetti possono gradualmente venire a contatto con quelle emozioni estremizzate, vale a dire sentimenti troppo forti o troppo deboli, che hanno spinto la persona ad utilizzare le sostanze come una fonte di "protezione". Le persone con problemi di dipendenza vengono destabilizzate da questi sentimenti e li rifiutano attivamente, cercando un sostegno esterno, che possa mitigare l'intolleranza agli affetti, come la rabbia e l'angoscia da loro provate. Inoltre, queste persone vivono una condizione di superficialità e confusione verso i sentimenti provati e non di rado sono incapaci di esprimerli (alexitimia), o sembra quasi che non ne abbiano (soggetti dis-affettivi). In realtà, questi soggetti lottano difensivamente per non provare alcun tipo di emozione.

Molti degli aspetti interpersonali dei gruppi forniscono alcune delle risposte "curative", attraverso aspetti condivisi e universali come il sostegno e l'accettazione costanti, l'attivazione di modalità d'ascolto e di interazione attenta e rispettosa. Inoltre, il conduttore può favorire un esame dell'autostima e spiegare i problemi che portano i membri del gruppo ad assumere tipiche posizioni autoannullanti, come l'atteggiamento di autosufficienza, il disconoscimento del bisogno, le trasgressioni e la contro-dipendenza.

L'ultima grande tematica trattata all'interno della MDTG riguarda l'autocura: la dipendenza viene vista come il riflesso di un pervasivo indebolimento della capacità di autocura e di autoconservazione. La storia di vita dei pazienti molto spesso, infatti, mette in luce incidenti, cure preventive di vario genere, difficoltà legali e finanziarie, in cui vi è stata una persistente incapacità di fronteggiare, anticipare e valutare le conseguenze delle loro azioni. Questi frequenti fallimenti nell'autocura sono riflessi sintomatici di deficit nelle strutture dell'Io che, normalmente, proteggono dal danno e dal pericolo. I dipendenti, quindi, non sono in grado di percepire la sostanza come una condizione che crea loro danno. L'approccio adottato all'interno del gruppo cerca di aiutare i membri a conoscere le loro vulnerabilità in questa funzione, valorizzando una



comprensione e una rielaborazione attiva ed empatica delle conseguenze fallimentari e distruttive dei loro deficit, permettendogli di modificare le risposte a questo tipo di bisogno.

In conclusione, il lavoro svolto all'interno dei gruppi terapeutici MDGT è quello di fornire un contesto adeguato alla comprensione delle difficoltà date dalle vulnerabilità caratteriali e le relative risposte adottate; il conduttore e gli stessi membri esaminano e affrontano reciprocamente le posizioni di ciascuno, le quali rivelano le caratteristiche autodistruttive sottostanti e le modalità utilizzate per compensare queste vulnerabilità.

### 3.2.1.3 Il conduttore e i membri del gruppo

Diversamente dalla tradizionale psicoterapia analitica di gruppo, il conduttore della MDGT è più attivo, direttivo e centrato sul suo ruolo, oltre che fermo e accogliente nel suo approccio. Fino a un certo punto è anche collusivo, per esempio incoraggiando e “scherzando” con i membri del gruppo. Il suo atteggiamento contribuisce a creare un'atmosfera di sicurezza e sostegno, dove le persone si sentono libere di parlare e capaci di cominciare a sopportare il dolore che hanno cercato di evitare mediante strategie di automedicazione attraverso le sostanze. Il conduttore in ogni gruppo esercita diversi gradi di influenza rispetto a cosa o a chi il gruppo decide di dare attenzione. Egli deve chiarire le vulnerabilità portate dai pazienti, che spesso faticano a riconoscere le problematiche che stanno vivendo, soffermandosi ogni qualvolta qualcosa non viene compreso a livello emotivo. Inoltre, spesso deve “dar voce ai sentimenti”, quando i pazienti non riescono a farlo autonomamente. Queste chiarificazioni, spiegazioni, ed interventi supportivi permetteranno ai pazienti di avviare un processo di auto esplorazione su come i loro modelli relazionali e comportamentali influenzino e conducano alla dipendenza. Il conduttore gioca un ruolo importante anche nel creare delle norme di riferimento interne al gruppo stesso, per promuovere la coesione e l'efficacia terapeutica. Egli stesso viene spesso assunto come modello dai nuovi membri ed il suo atteggiamento aperto e non giudicante influenzerà la partecipazione e la riuscita del gruppo. Tuttavia, potrà anche essere bersaglio di ricorrenti e potenti bisogni, che sono centrali per le difficoltà e le disfunzioni delle persone dipendenti. Dati i loro problemi specifici con la regolazione del Sé e l'abuso di sostanze, i partecipanti si rivolgeranno spesso al conduttore per cercare benessere, protezione, ammirazione e guida. È inoltre auspicabile che i membri avviino un processo di conoscenza reciproca per arrivare a fornirsi supporto e comprensione; per questa ragione vengono incoraggiati a raccontare le loro storie e a rivelarsi in modo personale, cioè ad aprire i loro Sé autentici. La resistenza è normale in questa fase del trattamento, per cui compito del conduttore e dei membri stessi è di accettare queste resistenze senza imporre mete restrittive o confronti obbligati. Attraverso questo percorso attivato dal confronto intragruppo, ogni partecipante arriverà a identificarsi con le emozioni e i sentimenti vissuti dagli altri, sentendosi così meno solo nel percorso di recupero psicologico e nel mantenimento dell'astinenza.



### **La fase iniziale:**

Il terapeuta, nei colloqui preliminari e nella seduta di pre-gruppo, informa delle regole base del gruppo, includendo la riservatezza, la necessità di mantenere una frequenza regolare alle sedute e di presentarsi astinenti; inoltre, informerà sui tempi, la durata, la sede e il luogo degli incontri e sulla durata del trattamento. Verranno discussi i benefici generali del trattamento su pazienti dipendenti e i cambiamenti, che un gruppo a breve termine può portare, attraverso la riduzione dei sintomi, l'aumento dell'autostima, il miglioramento dell'autocura e delle relazioni personali. Viene rimandato ai futuri membri che il focus centrale delle discussioni non è la sostanza o i comportamenti ad essa associati, ma le strutture di carattere sottostanti la dipendenza. Lo scopo di questo incontro è di promuovere atteggiamenti gruppali, stabilire dei rapporti tra i componenti e trasmettere loro un chiaro senso del lavoro da attuare insieme.

Le prime sedute di un gruppo MDGT si focalizzano sui seguenti aspetti:

1. la presentazione del conduttore e dei membri del gruppo
2. una dichiarazione dello scopo del gruppo da parte del conduttore
3. una spiegazione di come la psicoterapia affronta il problema della dipendenza da sostanze
4. le regole di base che governano una partecipazione attiva, la frequenza, la riservatezza e l'astinenza
5. il focus terapeutico
6. la regolazione del clima affettivo del gruppo.

Nelle prime sedute i membri vivono una condizione di imbarazzo e vergogna, determinata dalla paura di entrare a far parte di un gruppo in cui è necessario affrontare situazioni emotive evitate per anni. Per questo tutti i nuovi membri tendono ad adottare un atteggiamento di chiusura difensiva, portando le interazioni ad un livello razionale; i partecipanti, pertanto, tendono a mantenersi emotivamente distanti l'uno dall'altro e sono incapaci o non desiderano rivelare la loro sofferenza psicologica. In questa fase temono di essere criticati, giudicati ed esclusi dagli altri membri o dal terapeuta, come pure di essere considerati patologici e tendono a vedere il coinvolgimento nella psicoterapia come una conferma delle paure rispetto a se stessi e agli stereotipi sulla terapia.

La responsabilità del terapeuta è quella di far presente ai pazienti che queste emozioni ambivalenti, da loro provate sono "normali" e presenti nel vissuto emotivo di tutti i nuovi entrati. Egli deve stimolarli ad aprirsi e a legarsi al gruppo, senza per questo forzare il processo di coesione spontanea.

### **La fase intermedia:**

La fase intermedia ha inizio nel momento in cui i membri si sentono più coinvolti e legati al gruppo come un tutto e cominciano a sperimentare reciprocamente determinati attaccamenti.

Superata la fase iniziale di accettazione e supporto, i membri hanno ormai raggiunto una sicurezza emotiva, che permette loro l'apertura ai sentimenti più profondi e disturbanti. Inoltre, i partecipanti stessi si supportano vicendevolmente, assumendo un ruolo attivo e riflessivo. In questo periodo possono verificarsi crisi riguardanti la continuità della presenza, le assenze e/o l'uso di sostanze, determinate dalla portata emotiva dei vissuti condivisi all'interno del gruppo, che spesso possono far vacillare le posizioni di astinenza assunte dai membri. La crisi va però interpretata come un momento di crescita e una possibilità verso la comprensione delle dinamiche di risposta alle problematiche adottate dai pazienti. Molto importante è un'accurata gestione di questi momenti da parte del conduttore che deve affrontare con fermezza le trasgressioni alle regole, spiegando le motivazioni sottostanti a questi comportamenti, spesso non volontari, assunti dai partecipanti.

#### **La fase finale:**

I membri anziani, ormai in chiusura di trattamento, assumono in queste ultime sedute un ruolo di co-conduttori verso i membri inseriti da poco (essendo un gruppo a rotazione), trasmettendo loro le tradizioni del gruppo e i metodi adottati per fronteggiare i problemi. Essi sono in grado di comprendere, come proprie, le quattro aree centrali della MDGT, sulle quali hanno lavorato, portando i loro vissuti all'interno del gruppo e favorendo in questo modo la coesione di gruppo. In tal modo, si può lavorare al consolidamento dei risultati raggiunti sul piano emotivo.

Queste fasi non si sviluppano lungo un rigido percorso lineare, ma attraverso oscillazioni, da una fase all'altra, a seconda della costruzione del gruppo e dei bisogni espressi dai partecipanti.

### **3.2.2 Gruppi per la Ripresa delle Funzioni (G.R.F.)**

Il Gruppo per la Ripresa delle Funzioni (G.R.F.) (Zucca Alessandrelli 2001, 2002) è un modello teorico ad orientamento psicanalitico, modulato e modificato secondo le caratteristiche delle persone con problemi di addiction. Il Gruppo G.R.F. è a termine, della durata di 40 sedute, condotto a cadenza settimanale. Il gruppo è semiaperto, con possibilità di ingressi durante le prime sedute. Gli obiettivi del Gruppo G.R.F. sono:

- il miglioramento delle abilità di funzionamento personale, relazionale e sociale
- l'astensione o la riduzione dell'uso di sostanze/alcol

In relazione a tali obiettivi, il gruppo GRF è orientato allo sviluppo e al rafforzamento del senso di sé, a sviluppare l'investimento psichico sul sé e sulla consapevolezza della propria vita emotiva attraverso il rapporto tra i pari e il conduttore. Il gruppo G.R.F. è tarato su soggetti con disturbi narcisistici del Sé, che hanno sviluppato il sintomo della dipendenza per fronteggiare, in termini compensatori, le vulnerabilità proprie di una personalità fragile. Gli assunti teorici di base si rifanno alla lettura psicodinamica della dipendenza (E. Kestemberg 1972, R.Diaktine 1985, A.Green 1983,

P.Jeammet 1985, H.Kohut, E.Khantzian 1990-1999, C.Bollas 1985, I.Kumin 1999) che vede come cause fondanti, all'origine di tale patologia, la fragilità del Sé, la scarsa tolleranza affettiva e la vulnerabilità narcisistica. Questa condizione nasce da una carenza primitiva nella relazione madre-bambino, che non ha permesso il costituirsi, in quest'ultimo, di un schermo protettivo con funzione di filtro, in grado di aiutarlo a fronteggiare le eccitabilità pulsionali e le sollecitazioni del mondo esterno. La mancata costruzione di un assetto difensivo maturo e stabile è alla base della formazione di un senso di Sé instabile, con conseguenti gravi ripercussioni nella formazione dell'identità e nella qualità degli scambi relazionali futuri. Per vicariare questa precarietà, nelle fasi successive dello sviluppo, in particolare nella fase adolescenziale, la persona tenterà di contro investire la realtà esterna, per trovare un ancoraggio alla propria identità, attraverso comportamenti di addiction e la ricerca di una forte sensorialità corporea. Di fatto l'agito tossicomano rappresenta la possibilità di colmare un profondo senso di svuotamento e il tentativo di evitare il collasso emotivo del Sé, attraverso un oggetto o comportamento esterno a cui la persona può "legarsi", riconoscendolo come il proprio oggetto "salvifico" e diventandone così dipendente. La "ripresa delle funzioni", nel suo significato affettivo, è intesa, allora, come un'esperienza esistenziale di sviluppo, che attraverso il gruppo dei pari, le dinamiche di coesione, la partecipazione affettiva e il ruolo rivestito dal conduttore, diventerà per il paziente, la base emotiva per sperimentare un'esperienza relazionale nuova, una "tensione relazionale", capace di mobilitare le potenzialità trasformative e mettere le basi per investimenti futuri, fondati su nuovi modelli e nuove identificazioni.

### **Contratto e Setting**

L'inserimento in gruppo prevede un contratto (scritto o orale) tra il soggetto e il conduttore, in cui si dichiarano le modalità di lavoro e le regole da seguire. Il setting viene concordato con i partecipanti: il comportamento da tenere in gruppo, il rispetto della privacy, il divieto di partecipare sotto l'effetto di sostanze o di commettere agiti durante le sedute, la definizione degli orari e del giorno in cui si tiene il gruppo. A conclusione del trattamento di gruppo, per coloro che non avessero raggiunto i risultati previsti, il contratto potrà essere riformulato, evidenziando i focus da riaffrontare con il paziente, attraverso un nuovo percorso terapeutico di gruppo. Il GRF non esclude che i soggetti abbiano già in corso altri tipi di trattamento, o si sottopongano a trattamenti psicologici individuali al bisogno, con lo stesso terapeuta o con un'altra figura terapeutica.

### **Metodo: lavoro su focus terapeutici**

Il gruppo costituisce uno spazio dove ci si concentra su focus o temi principali, mentre viene lasciata sullo sfondo l'area psichica di maggior tensione conflittuale, ovvero un'area traumatica che potrà essere affrontata solo in un secondo tempo, quando il sé del paziente sarà reso sufficientemente forte da poter tollerare una possibile elaborazione dei conflitti. Pertanto, durante il lavoro di gruppo, non si entra nel conflitto intrapsichico, ma lo si rende latente (latenza terapeutica), lavorando, invece, sugli

aspetti del sé onnipotente e fragile e sui tratti narcisistici del carattere, presenti nella personalità dipendente. I focus, dichiarati attraverso i contenuti portati dai partecipanti, riguardano: la cura del sé, la scarsa autostima, la dipendenza e l'autonomia, il sentimento di vergogna e fallimento, i tratti di carattere narcisistici patologici, il senso di svuotamento e le modalità del sé onnipotente. Il lavoro di gruppo tra pari e il conduttore consisterà nel riportare i contenuti a tali temi nodali, favorendone la comprensione rispetto al proprio modo di funzionare e in relazione agli altri.

### **Ruolo del conduttore**

Il conduttore deve garantire la stabilità del setting, concordato per il buon funzionamento del gruppo e del clima relazionale, che si viene a creare, valutare i temi che emergono dalla comunicazione e coglierne i significati sul piano emotivo e intersoggettivo. Viene, pertanto, usata una modalità di conduzione semistrutturata, ricorrendo a modalità orientate prioritariamente all'analisi dei contenuti per giungere a concentrarsi sui focus del gruppo GRF. Il lavoro consiste nel riportare i contenuti portati dal gruppo dei pari al focus di lavoro, principalmente attraverso l'interazione tra i pari, nell'ambito della quale il conduttore si "mantiene sullo sfondo". In questo modo, utilizzando i temi che ruotano attorno al focus, il conduttore si pone come obiettivo principale quello di riattivare nei partecipanti il senso di sé e la capacità di riconoscersi come autori principali della propria vita emotiva. Per lavorare analiticamente con il piccolo gruppo, inoltre, è necessario avere presente l'influenza sull'oggetto di osservazione del soggetto osservante, e dunque, nella fattispecie, l'influenza sul gruppo del conduttore. Egli deve fungere da perno, per fornire chiarificazione e sostegno all'interno del gruppo, oltre che saper creare modelli e norme di comportamento gruppal; durante il lavoro di gruppo, il conduttore non dà interpretazioni di tipo intrapsichico, mantiene un approccio fermo ed accogliente e un atteggiamento empatico, interessato, riservato, in modo tale da creare un clima in cui le persone si sentano libere di parlare e capaci di sopportare il dolore emergente, da sempre evitato mediante strategie inconsce di automedicazione e autoinganno.

### **Il limite del tempo**

Il gruppo a termine rappresenta una condizione psichica e relazionale di "rassicurazione" per soggetti con problemi di narcisismo e dipendenza. La fragilità dell'assetto narcisistico fa desiderare, a livello profondo, una vicinanza relazionale e un'accoglienza senza limiti, ma è proprio questo profondo bisogno che crea nella persona un'angoscia di perdersi e di annullarsi nella vicinanza con l'altro. Pertanto, il termine è una rassicurazione nei confronti del bisogno dell'oggetto e allo stesso tempo del timore di perdersi in esso, poiché permette di evitare vicinanze e sviluppi di transfert troppo intensi ed eccitanti, favorendo invece la costruzione di un sé di gruppo, con la funzione di contenere e rassicurare, anche grazie alla presenza del conduttore.

### **Il gruppo dei pari**

Il contenitore del Gruppo dei pari è molto importante allo scopo sopra descritto.

In particolare sarà il gruppo dei pari che assumerà una funzione di Holding, secondo il noto concetto di Winnicott della madre-ambiente, con la caratteristica non solo di accogliere, ma anche di favorire un processo trasformativo, attraverso la partecipazione e lo scambio tra il singolo, il gruppo e viceversa. Il gruppo dei pari e le interazioni, che in esso si creano, rappresentano la condizione verso il cambiamento trasformativo della persona.

### **Presenza in carico multipla**

Secondo il modello definito da Zucca Alessandrelli, la presenza in carico multipla prevede un'equipe organizzata in modo da offrire una risposta terapeutica a più voci nella differenziazione delle competenze e dell'esperienza di ciascuno. La funzione principale della presenza in carico multipla è la mediazione e la modulazione relazionale nei confronti di persone, che a causa della loro fragilità, vivono come ipereccitabile o pericolosa la vicinanza e il transfert, talvolta troppo intenso, di una relazione duale. La presenza in carico multipla prevede una comunione di obiettivi, una condivisione di filosofia e di linguaggio, in cui il paziente può riconoscere nell'equipe curante un contenitore terapeutico, in cui sviluppare le proprie funzioni, in un'ottica trasformativa di cambiamento.

### **Selezione dei pazienti**

Il processo di selezione dei pazienti è un momento cruciale di questo programma terapeutico. Un eccesso di abbandoni, dovuto ad una selezione non accurata, potrebbe, infatti, alterare la funzione terapeutica di quel particolare gruppo di pari, che si esplicita nell'appropriatezza dell'individuo per il gruppo e nella capacità della persona di funzionare in un setting gruppale. È pertanto prevista una prima fase diagnostica multidisciplinare, al fine di verificare la presenza delle condizioni minime per proporre il programma: disponibilità ad entrare in un gruppo, minima adesione alle condizioni di frequenza, assenza di macroscopiche controindicazioni, come gravi patologie organiche o psichiatriche o impellenti problemi sociali. Le persone disponibili ad intraprendere il percorso di gruppo vengono avviate ad una valutazione psico-diagnostica approfondita, per definire ulteriori criteri di inclusione o di esclusione. Contemporaneamente, il paziente viene informato sul grado di coinvolgimento richiesto dal lavoro di gruppo con i pari, in modo da essere rassicurato su quanto può attendersi. Questo accompagnamento, che coinvolge il soggetto nella scelta del suo trattamento, sembra, di fatto, aumentare la successiva ritenzione.

### **Criteri di inclusione**

Vengono inclusi i pazienti con Disturbi correlati ad uso di sostanze secondo i criteri DSM-V, anche con terapie farmacologiche in atto, con una o più delle seguenti caratteristiche:

- disturbi di personalità
- organizzazione psicologica dipendente, non ancora irrigidita e stabile. Si fa riferi-

mento ad un'organizzazione che, nonostante le caratteristiche difensive e le modalità relazionali narcisistiche proprie di una struttura dipendente, non è stata compromessa da aspetti psicopatologici gravi, rilevati anche con l'utilizzo dei test MMPI-2, Wais, Roschach, Tat, somministrati in batteria o singolarmente.

#### **Criteri di esclusione**

- Disturbo Paranoie di Personalità
- Disturbo Antisociale di Personalità
- Terapia farmacologica non stabilizzata
- Soggetti con deficit cognitivi
- Soggetti con gravi problematiche sociali
- Soggetti con gravi patologie organiche in atto

### **3.2.3 Gruppi di Psicoterapia**

Si tratta di gruppi psicoterapeutici orientati secondo i principi teorici della psicoanalisi, con riferimento, in particolare, al modello teorico di gruppo descritto da vari autori, nel corso di un lungo periodo di tempo, fino ai giorni nostri: W.Bion, H.Ezriel, S.H. Foulkes, I.D.Yalom, M.Pines, S.Corbella.

Come afferma S.Corbella (1988) “oggi si possono usare costruttivamente le ricerche sul gruppo nel suo insieme e sul comportamento dei singoli nel gruppo in modo integrativo, dal momento che il gruppo è formato dai singoli individui e quindi non vi può essere che una dialettica costante fra i due poli”.

#### **3.2.3.1 Caratteristiche dei gruppi psicoterapeutici**

Nell'ambito della psicoterapia di gruppo per persone con problemi di addiction, come scrive Carraro (2001), dobbiamo osservare che non esiste un'unica forma di psicoterapia di gruppo, ma differenti trattamenti di gruppo, di tipo supportivo, espressivo, focali, a breve, medio e lungo termine, a seconda del livello evolutivo della persona e degli obiettivi trasformativi che ci si propone di raggiungere, in un'ottica di sviluppo longitudinale, che favorisca l'autonomia dell'individuo.

I gruppi psicoterapeutici sono orientati maggiormente verso il polo espressivo del continuum espressivo-supportivo e si caratterizzano per aspetti di eterogeneità dei conflitti intrapsichici (differenti categorie diagnostiche), piuttosto che di omogeneità (soggetti con problemi di addiction), tuttavia, per un più efficace funzionamento del lavoro di gruppo, è opportuno bilanciare adeguatamente i due aspetti. In considerazione dell'orientamento all'analisi degli aspetti espressivi e dunque all'acquisizione dell'insight, questi gruppi vengono proposti nella fase avanzata del percorso terapeutico di una persona con problemi d'addiction. Il gruppo di psicoterapia è semiaperto, ossia con possibilità di inserimento di nuovi pazienti durante il percorso di gruppo, senza limite di tempo rispetto alla conclusione e condotto a cadenza settimanale. L'inserimento dei pazienti prevede colloqui preliminari, in cui il terapeuta “prepara” il

paziente al gruppo, riconoscendo le angosce che inevitabilmente il gruppo evoca nella mente del paziente. Si concorda un contratto terapeutico, che rappresenta il setting di gruppo (cornice terapeutica), entro il quale viene condotta la terapia di gruppo. Assumono particolare rilevanza le regole di comportamento da tenere in gruppo, come la riservatezza, la puntualità e la continuità alle sedute sia per il singolo che per il lavoro del gruppo. Il gruppo si tiene sempre nello stesso spazio e luogo, con una disposizione circolare per tutti i membri, compreso il conduttore.

### **Indicazioni**

Il terapeuta non può prescindere dalla motivazione del paziente ad intraprendere una terapia di gruppo. Tuttavia, è altrettanto importante che il terapeuta si rappresenti la formazione del gruppo sulla base dei pazienti selezionati. Yalom suggerisce, come indicazione al gruppo, una mentalità psicologica, una adeguata forza dell'io, la capacità di tollerare le frustrazioni del processo terapeutico e la presenza di problemi nelle relazioni interpersonali. Quest'ultimo aspetto assume un significato ambivalente, poiché se i pazienti con problemi relazionali necessitano del gruppo, questa categoria di pazienti può non tollerare la dinamica relazionale allargata rappresentata dal gruppo stesso. La fase di selezione permette al terapeuta di valutare l'idoneità di quel particolare paziente per quella tipologia di gruppo.

### **Controindicazioni**

Pazienti con scarsa motivazione e massiccia idealizzazione della situazione terapeutica duale; pazienti cerebropatici; pazienti con disorganizzazione psicotica; con disturbo di personalità antisociale; pazienti paranoici; persone con rigida adesione ad un'ideologia politica o religiosa e, con tendenza al proselitismo, poiché, come sottolinea S. Corbella, potrebbero attuare tale modalità con gli altri membri del gruppo. Pazienti che utilizzano massicciamente, a scopo difensivo, la difesa della negazione e che non potrebbero tollerare i rimandi del gruppo in merito all'esame di realtà. Il terapeuta deve sempre valutare se sussistono le condizioni per un inserimento rispetto alla fase in cui si trova il gruppo e se questo è in grado di accogliere un nuovo paziente.

### **Il lavoro di gruppo**

L'indicazione data ai partecipanti è di esprimere una "discussione liberamente fluttuante" (Foulkes, 1970), intesa come una modalità di esprimere ciò che i componenti sentono e pensano di sé e degli altri membri, senza censure o limiti razionali. In particolare, si chiede di porre attenzione proprio a quei pensieri e vissuti che il paziente non ritiene significativi o inopportuni per il contesto della terapia di gruppo. Nelle prime fasi di costituzione del gruppo, accanto alle angosce e alle fantasie persecutorie relative al gruppo, i pazienti vivono una condizione emotiva di "insieme", in cui condividere incertezze e confusione emotiva, con una marcata fiducia nel terapeuta, idealizzato nella sua funzione di accudimento. In seguito emergono fantasie di fusionalità (i componenti si esprimono con espressioni come: "anch'io"), tendenza a ricercare il rapporto privilegiato con il terapeuta e ricerca di un gruppo che non contempli altri inserimen-



ti. I componenti, attraverso i contenuti razionali portati in gruppo, si difendono da paure di dispersione e frammentazione di sé e timori di separazione fra sé e gli altri. Il terapeuta, in questa fase, deve fungere da modulatore delle paure del singolo, tenendo conto del contenitore del gruppo, soffermandosi su quanto sta accadendo in quel momento, per costruire un clima rassicurante in cui tutti possano esprimersi. Il terapeuta deve sempre muoversi sul doppio binario individuo-gruppo, privilegiando l'uno o l'altro o entrambi, a seconda della condizione emotiva che si viene a creare nel gruppo. Alle fasi di regressione a modelli primari di relazione, si associano l'identificazione con gli altri membri, il senso di continuità, appartenenza e di gerarchia. Ovvero, modelli di interazione che vengono esplicitati dal terapeuta e gradualmente interiorizzati dai componenti. Emergono le storie personali e timidi tentativi di differenziarsi dagli altri: il terapeuta interviene con cautela rispetto alle prime interpretazioni delle difese messe in atto dai componenti e pone attenzione agli attacchi al suo ruolo, valorizzandone il significato emancipativo e di individuazione da parte dei componenti. Questa fase, insieme ad altri momenti del lavoro terapeutico, rappresenta l'occasione per trattare la pulsione aggressiva come un aspetto non distruttivo del Sé, ma pensabile e fonte di insight per giungere alla sua elaborazione. Il lavoro terapeutico vero e proprio, come ricorda S. Corbella, ha inizio quando la persona vive il gruppo come un contenitore rassicurante, in cui diventa possibile una regressione funzionale condivisibile con altri. I pazienti riescono a parlare di sé liberamente, a portare fantasie personali e i propri sogni, da condividere con gli altri componenti. L'interazione del gruppo aiuta ciascuno a comprendere aspetti e comportamenti di sé e a dare significato ai sintomi, instaurando una cultura interpretativa all'interno del gruppo. La coesione del gruppo favorisce questo processo e rinforza gli elementi evolutivi, che gradualmente emergono dal lavoro di interazione del gruppo. Durante questo percorso, il gruppo attraversa momenti di fusionalità e di stallo in questa condizione rassicurante, prima di giungere, dopo un processo non sempre facile, alla fase di individuazione. Si attraversano momenti di marcata difficoltà emotiva per il gruppo e il terapeuta, caratterizzato da sentimenti transferali e controtransferali di solitudine, prodromici all'esame di realtà rispetto alla consapevolezza di sé e dei propri limiti. Nel gruppo i sentimenti di transfert dei pazienti sono molteplici e permettono di osservare le relazioni oggettuali interne manifestate nel gruppo. Il transfert può essere più diluito in gruppo, ma anche molto intenso a causa delle interazioni dei suoi membri. Anche il controtransfert del terapeuta può essere molto intenso, sia verso il gruppo che i singoli membri, a causa dell'intensità delle emozioni che emergono nel gruppo e investono il terapeuta stesso. Attraverso "il lavoro di gruppo" di analisi ed elaborazione del transfert, delle difese e delle resistenze, il paziente può apprendere le proprie potenzialità evolutive e affrontare la conclusione del proprio percorso terapeutico. Il fine terapia costituisce un passaggio graduale, sentito dal paziente e condiviso con il gruppo e il terapeuta, per fronteggiare insieme le paure di separazione e le regressioni difensive che inevitabilmente potrebbero riemergere. È una fase delicata sia per il singolo che conclude che per i diversi componenti, i quali reagiscono all'uscita a seconda del loro livello evolutivo. Rappre-



senta un momento in cui si ripercorre la storia di sé e del gruppo, i passaggi evolutivi e le crisi condivise, dando l'opportunità a tutti di rivedersi nei propri passaggi e rispetto alla propria posizione interna. In questo modo il gruppo scrive una parte della propria storia e la conserva come patrimonio di tutti e per coloro che verranno inseriti.

### 3.3 La terapia della coppia e della famiglia

Nell'ambito dei Disturbi correlati all'alcol, l'approccio alla coppia e alla famiglia rappresenta un anello determinante della catena terapeutica di presa in carico della persona con problemi di addiction. Il bere e il rapporto con l'alcol di un individuo, non può essere letto se non all'interno della complessa articolazione sociale e familiare e quindi svolge, nella logica relazionale, una funzione di volta in volta diversa, ma sempre specifica del sistema a cui si riferisce (Cerizza, Greco, 1999).

#### 3.3.1 Concezione teorica

La metodologia sistemico-relazionale trova la sua applicazione in diversi contesti e realtà sociali, oltre a quello familiare, di coppia e individuale, come nell'ambito dei gruppi di lavoro, delle organizzazioni e dei sistemi significativi della rete sociale.

Secondo l'approccio sistemico relazionale, un individuo non è separato dal proprio contesto, ma rappresenta un essere in relazione con il proprio ambiente di vita, con il quale non può non interagire. Da un punto di vista psicologico, un sistema è un insieme di persone in relazione tra loro e unite da legami affettivi. Per cui, così come l'individuo evolve lungo un percorso di crescita maturativa, allo stesso tempo le relazioni tra le persone evolvono all'interno di un sistema, attraversando delle tappe fisiologiche di transizione, per le quali è necessario una riorganizzazione e rinegoziazione dei comportamenti dei membri, che appartengono a quel sistema. Quando una famiglia, nell'ambito del proprio ciclo di vita, dalla nascita alla morte, vive dei passaggi nodali (ad esempio il passaggio dei figli dall'età infantile a quella adolescenziale), attraverso la disorganizzazione-riorganizzazione del sistema, è necessariamente chiamata al superamento di alcuni compiti di sviluppo per poter entrare in una fase successiva del ciclo di vita. Nel corso dell'evoluzione del ciclo vitale una famiglia sarà tanto più funzionalmente efficiente, quanto più sarà capace di modificare le sue strutture e, corrispondentemente, sarà tanto più rigida e disfunzionale quanto meno sarà capace di modificare le sue regole di funzionamento, mano a mano che il processo di evoluzione dei suoi membri incontra ostacoli o criticità. Una famiglia con strutture rigide non potrà che essere fragile e vulnerabile, incapace di adattarsi ai cambiamenti e si organizzerà attorno a sistemi difensivi rigidi, volti ad impedire la disorganizzazione del sistema.

La comprensione delle relazioni tra i componenti del nucleo familiare non segue la logica della causalità lineare, ma si fonda sul modello di causalità circolare, in cui i componenti del sistema si influenzano reciprocamente all'interno di un contesto considerato nella sua globalità. Il comportamento di un individuo influenza il comporta-

mento dell'altro, ovvero la sua risposta, la quale a sua volta contiene un'informazione e condiziona la successiva condotta del primo soggetto. È un fenomeno di tipo circolare e non causale, pertanto non esiste un comportamento causa e un altro effetto, ma una circolarità in cui, nell'ambito di un conflitto, nessuna delle versioni dei coniugi o dei componenti del nucleo familiare può essere considerata vera.

La famiglia, secondo quest'ottica, è governata da regole e da relazioni tra i suoi membri: più il sistema è organizzato intorno a regole rigide di relazione, più è portatore di patologia (Furlan, Picci, 1990). Le regole, cioè la normativa più o meno esplicita, che determinano, guidano e limitano i comportamenti dei membri della famiglia rappresentano dei costrutti ipotetici, creati dall'osservatore per spiegare ciò che osserva e di cui la famiglia può esserne completamente all'oscuro. Selvini Palazzoli afferma, a tal proposito, che "il potere è nelle regole del gioco," piuttosto che nel singolo comportamento. Al fine di mantenere l'equilibrio all'interno del sistema, è fondamentale che sussista l'accordo tra i componenti in merito alle regole del sistema. Se la regola non esplicitata dice: "non dire ciò che provi" ed è ciò che ci si spetta da quel sistema, la sua violazione potrà generare squilibrio e conflitto. I conflitti, di norma, insorgono quando in un contesto relazionale si deve stabilire chi ha il diritto di porre le regole. Tale diritto, non consapevole per i membri del sistema, rappresenta una lotta di potere, che spiega come, ad esempio, i coniugi arrivino a confliggere poiché l'altro, non riconosciuto nel proprio ruolo, è colui che richiede un certo comportamento nell'ambito del legame.

A riguardo della comunicazione, è bene sottolineare che, all'interno di un sistema "non si può non comunicare", poiché il fatto stesso di non comunicare rappresenta comunque una forma di espressione. Anche il comportamento di ciascun membro della famiglia comunica agli altri un messaggio, quindi è considerato come una forma di interazione nel sistema. Viene da sé, che i sintomi stessi sviluppati all'interno del sistema sono anch'essi messaggi inviati da un componente a tutti gli altri. Il funzionamento disfunzionale del sistema è segnalato dal membro portatore del sintomo, definito "paziente designato", ossia colui che esprime una modalità disfunzionale di vivere, pensare e agire ed è portatore di un disagio appartenente al sistema, di cui lui ne è portavoce. Egli non rappresenta una vittima, ma un partecipante attivo al gioco patologico (M. Selvini Palazzoli e coll. 1996), con notevoli privilegi e potere relazionale. Il sintomo, pertanto, assume un duplice significato: è l'espressione di un sistema rigido, non in grado di adattarsi ai cambiamenti evolutivi e il potente rinforzo dello status quo. In questa prospettiva, il sintomo, come altri comportamenti, è una forma di comunicazione, più precisamente l'unica forma, di un contesto che non ne permette altre.

Secondo la teoria sistemico-relazionale, l'alcoldipendenza è sempre un fenomeno familiare, determinato da disfunzioni o patologie relazionali del sistema famiglia. Il sintomo rappresenta per l'alcolista l'unica forma di comunicazione adeguata e adat-

tativa ed è sostenuto e mantenuto, nella sua forma disfunzionale, dai membri della famiglia. Il sintomo, pertanto, deve essere visto come una risposta emozionale della famiglia, che non conosce altre modalità di reazione al disagio, se non quella dell'alcol. Ogni membro della famiglia contribuisce al comportamento disfunzionale dell'alcolista, che a sua volta manifesta un sintomo, come meccanismo adattativo e stabilizzante del sistema familiare (Bartolomei, Barbieri e altri, 1983).

Gli autori Cirillo, Di Fiorino, Carlesi, De Cesari (1985) affermano che il paziente designato, rappresentato nella fattispecie dall'alcolista, permette al nucleo familiare o al coniuge, nell'ambito del legame di coppia, di:

- differenziarsi come parte buona del contesto, assumendo il ruolo di eroe positivo;
- coprire, anche a livello inconsapevole, eventuali comportamenti non adeguati di sé;
- limitare i propri doveri sociali, lavorativi e familiari, utilizzando a scopo giustificatorio il "problema alcol" del coniuge o del familiare;
- progettare la propria esistenza sulle modalità del rinvio o dell'ipotesi: "se non ci fosse stato questo problema allora si sarebbe potuto fare.....";
- avere o credere di avere il supporto dei figli, uniti nella "disgrazia" dell'alcoldipendenza;
- scaricare la propria aggressività, anche attraverso lamentele, assumendo una modalità decolpevolizzata di reagire a problemi di dipendenza e passività;
- muoversi all'interno di situazioni note, anche se dolorose, riducendo i margini di rischio di ogni evento nuovo, "prevedendo" avvenimenti già "scritti": "io l'avevo detto". Il familiare utilizza questo meccanismo per proteggersi ed alimentare un sentimento di onnipotenza e decolpevolizzazione;
- mantenere una ritualizzazione dei comportamenti e impedire ogni possibilità di introspezione per non determinare alcun cambiamento.

Dunque, all'interno del nucleo familiare o della coppia, si crea un'"omeostasi", volta a mantenere lo status quo, pur tra conflitti, disagi e marcate disfunzioni. È proprio tale condizione che induce a non prendere consapevolezza del problema e ad avanzare una richiesta d'aiuto solo in condizioni di estremo disagio. Di fatto, quando le famiglie o le coppie giungono ai Servizi, sono portatrici di profondi sentimenti di vergogna sociale e sentimenti di colpa, che richiedono un lungo accompagnamento terapeutico prima che tali sentimenti possano essere elaborati. Nonostante la sua collusione nella patogenesi e nel mantenimento della dipendenza, la famiglia rappresenta sempre una risorsa nel trattamento dell'alcoldipendenza, benché ciò non significhi che anch'essa non necessiti di aiuto terapeutico.

Le dinamiche relazionali maggiormente osservabili nelle famiglie e nelle coppie, si strutturano intorno ad alcuni nuclei osservabili:

- nelle coppie è frequente la dinamica sado-masochistica, in cui l'attacco simmetrico costituisce l'elemento funzionale all'omeostasi del legame, caratterizzato da uno scambio funzionale dei ruoli di vittima impotente o punitore colpevole;

- nelle famiglie si osserva uno scambio di ruoli tra genitori e figli in cui questi ultimi assumono precocemente un ruolo adultocentrico e di responsabilità, per sopperire all'assenza di ruolo della figura genitoriale e ai suoi compiti affettivi;
- l'alleanza tra i figli e il genitore non alcolista genera la costituzione di “nuove coppie” nell'ambito della famiglia: coppia madre-figlio, coppia padre-figlia, anche in contrapposizione tra loro. Il comportamento di alcoldipendenza rinforza la potenza affettiva della nuova coppia genitoriale e contribuisce a mantenere il comportamento di abuso, escludendo ed esautorando il genitore alcolista dal proprio ruolo;
- i figli possono assumere un ruolo di reazione alla patologia familiare, manifestando comportamenti devianti o, viceversa, comportamenti difensivi di estrema adeguatezza e perfezione comportamentale;
- i fratelli di un componente con abuso o dipendenza possono rivestire il ruolo di “fratelli buoni”, in contrapposizione al ruolo del fratello “cattivo”, secondo la nota parabola del “figliol prodigo”.

La remissione del sintomo di dipendenza, spesso, determina nel sistema famiglia o nella coppia l'emergere dei reali conflitti sottostanti la dipendenza e la tendenza a rifiutare il cambiamento del congiunto, nonostante la costante dichiarazione di aspirare al raggiungimento della sua astensione. La condizione di sobrietà della persona determina una ristrutturazione dei ruoli e dei compiti nell'ambito della coppia e della famiglia, prima offuscati dall'uso dell'alcol, che i membri della famiglia non sempre sono disposti a tollerare. L'assetto della coppia e della famiglia si era strutturato attraverso l'alcol, ora il cambiamento richiede un nuovo assetto di ruoli, spazi e regole che destabilizzano il precedente equilibrio, seppur patologico.

### 3.3.2 Il trattamento e l'applicazione nei Disturbi correlati all'alcol

La terapia familiare interviene nell'ambito della famiglia e della coppia, attraverso approcci di tipo sistemico-relazionale e psicodinamico. Quest'ultimo approccio si rifà alla teoria delle relazioni oggettuali ed è maggiormente indicato quando il disturbo relazionale è più radicato e sussistono maggiori resistenze al cambiamento. Attraverso l'interpretazione dei modelli relazionali interni del singolo e della loro proiezione nel contesto del legame di coppia e familiare, i membri possono giungere ad una consapevolezza ed elaborazione delle proiezioni ed identificazioni proiettive agite nella relazione e fonte di dinamiche psicopatologiche, tra cui il manifestarsi della dipendenza (Gabbard, 2007).

L'approccio sistemico prevede che l'intervento terapeutico sia rivolto ai seguenti aspetti:

- la storia trigerazionale della persona ( nonni, genitori, figli);
- l'organizzazione relazionale e comunicativa attuale della famiglia;
- la funzione del sintomo del singolo individuo nell'equilibrio della famiglia;
- la fase del ciclo di vita della famiglia in cui si presenta il sintomo (fase relativa, ad esempio, all'uscita da casa dei figli, matrimoni, lutti, separazioni, nascite, ecc.), ca-

ratterizzata da eventi che costringono il sistema a riorganizzarsi per evolvere verso nuovi assetti organizzativi e relazionali.

Il terapeuta interviene con una modalità attiva sul sistema famiglia, attraverso la ristrutturazione dei ruoli, delle gerarchie, delle alleanze disfunzionali tra i membri e della qualità della comunicazione. Il terapeuta utilizza tecniche di prescrizione dei compiti e di comportamenti, assegnazione di ruoli e smascheramento di dinamiche invischianti ma funzionali al mantenimento dell'omeostasi. Frequenti sono gli interventi paradossali del terapeuta per evidenziare, a sua volta, la comunicazione di tipo paradossale presente nel contesto familiare tra i suoi membri.

Può accadere che nel contesto terapeutico emergano emozioni intense, in cui il terapeuta familiare viene coinvolto nel sistema famiglia e investito di ruoli e aspettative. Il terapeuta deve fronteggiare dinamiche di tipo manipolatorio nella relazione, messe in atto dai componenti, i quali inconsapevolmente impediscono il cambiamento al fine di mantenere l'omeostasi. Appartiene a questa modalità il comportamento di un coniuge, che può assumere un ruolo di ipercoinvolgimento nella relazione con l'obiettivo di mettersi "al posto di" e mantenere il ruolo di eroe o eroina del tipo: "Io ti salverò", di hitchcockiana memoria. Il coniuge, attraverso questa modalità, non opera alcun cambiamento di sé, ma si concentra sul "paziente designato", considerato la causa di tutti i disagi famigliari.

Queste famiglie si caratterizzano per aspetti di onnipotenza, espressa attraverso il sintomo del "paziente designato":

- l'onnipotenza della vittima schiava del suo carnefice e grandiosa nel suo dolore. La domanda rivolta al terapeuta è di tipo paradossale: "liberaci da questa maledizione e conservaci il ruolo di vittime". Questo paradigma sottende la dinamica della dipendenza relazionale tra i membri della coppia e della famiglia. I cambiamenti che l'azione terapeutica può mettere in atto, sono vissuti come una minaccia all'onnipotenza del dolore e della sofferenza, paradossalmente coesistenti con il desiderio di serenità e di un equilibrio del sistema.
- I membri tenderanno ad instaurare nel setting un contesto di tipo giudiziario e/o pedagogico, per mettere in scacco il sottosistema terapeutico, mediante squalifiche della sua efficienza e della sua idoneità a risolvere il problema. In altre parole, il terapeuta è investito delle stesse prerogative che la famiglia inconsapevolmente detiene, come attributi a cui difficilmente è disposta a rinunciare.
- La famiglia delega la soluzione del problema agli "esperti", tirandosi fuori da qualsiasi compito relazionale e di responsabilizzazione, dichiarando il proprio disimpegno, per preservarsi da colpe non tollerabili.
- I componenti della coppia e della famiglia tendono a creare alleanze con il terapeuta, finalizzate a manipolare la relazione a conferma delle proprie posizioni nell'ambito del sistema famiglia ("o sei con me o contro di me"). I componenti della famiglia e della coppia tendono a ricostituire il circolo vizioso delle dinamiche

patologiche che hanno determinato e mantenuto la dipendenza, contrapponendosi all'intervento del terapeuta, percepito come elemento esterno al sistema capace di scardinare l'equilibrio.

Compito del terapeuta è mantenere una posizione "equidistante" e non collusiva con i tentativi di coinvolgimento nelle dinamiche relazionali del sistema. L'azione terapeutica è volta a ripristinare adeguate competenze personali e relazionali, a valorizzare le risorse presenti e rintracciabili nel contesto di vita attuale e ad elaborare modalità di comunicazione interpersonale più efficaci e funzionali delle precedenti.

### **3.4 La terapia cognitivo-comportamentale(CBT)**

L'approccio cognitivo comportamentale (CBT, Cognitive-Behavior Therapy) è ampiamente utilizzato nell'ambito del trattamento dei Disturbi correlati all'alcol.

La terapia cognitivo comportamentale è una tecnica scientificamente fondata e trova la sua applicazione, oltre che nell'ambito dei disturbi da uso di sostanze, anche per la diagnosi e il trattamento dei disturbi dell'area della salute mentale, dei disturbi comportamentali, dell'apprendimento, relazionali e psicosomatici. Si tratta di una concezione psicologica volta all'osservazione dei comportamenti, dei pensieri e delle credenze disfunzionali, orientata sul versante teorico opposto rispetto alle teorie psicodinamiche.

La terapia cognitivo-comportamentale combina due forme di terapia:

- la terapia comportamentale: il cui scopo è modificare la relazione fra situazioni che generano disagio e le reazioni emotive e comportamentali che la persona sviluppa in tali condizioni, mediante l'apprendimento di nuove modalità di reazione;
- la terapia cognitiva: il cui scopo è di individuare i pensieri ricorrenti, gli schemi fissi di pensiero e di interpretazione della realtà, che sono concomitanti alle emozioni negative, percepite come sintomi e ne rappresentano la causa, per correggerli ed integrarli con pensieri più funzionali al benessere della persona.

Rappresenta lo sviluppo e l'integrazione delle terapie comportamentali e di quelle cognitive, ponendosi in una posizione di sintesi degli approcci neocomportamentisti della REBT (Rational-Emotive Behavior Therapy) di A.Ellis e della terapia cognitiva classica di A. Beck.

#### **3.4.1 Caratteristiche della terapia cognitivo-comportamentale e applicazione nei Disturbi correlati all'alcol**

Secondo il modello interpretativo comportamentale, la dipendenza, al pari di altri comportamenti disadattativi, è un comportamento appreso, che si mantiene e si rinforza grazie al potere rinforzante della sostanza, i cui effetti negativi non vengono percepiti, ma differiti. La ripetizione del comportamento è frutto anche di comportamenti di imitazione per apprendimento, propri del gruppo di appartenenza. Anche

nell'ambito del contesto familiare, l'abuso di alcol da parte di un genitore, può rappresentare un modello di apprendimento disadattativo per i figli e i comportamenti correlati all'abuso tenderanno a perpetuarsi, poiché la sostanza funge da unico rinforzo positivo temporaneo di fronte a continue stimolazioni negative interne alla persona (colpe, sentimenti di fallimento, perdita dell'autostima) ed esterne (riprovazione sociale, fallimenti sociali e lavorativi).

Nell'area dei disturbi correlati ad uso di alcol, la terapia cognitivo-comportamentale interviene a:

- sviluppare competenze sociali e di decision making funzionali per fronteggiare situazioni emotivamente disturbanti, che inducono all'uso di alcol;
- facilitare una ristrutturazione cognitiva, attraverso la presa di coscienza dei propri pensieri e "false" credenze riferite alla sostanza. L'intervento prevede l'analisi dei pensieri antecedenti l'uso di alcol, le credenze in seguito alle quali il paziente mette in atto il comportamento di dipendenza e l'analisi delle conseguenze dell'abuso, meccanismi attuati dal paziente in assenza di consapevolezza;
- sviluppare l'abilità di parlare di sé (self talk) in modo positivo;
- sviluppare capacità di sostituzione di pensieri negativi;
- fornire conoscenze specifiche al paziente sui sintomi, la sostanza e i suoi effetti per aiutarlo a prevedere situazioni a rischio. Affrontare i vantaggi e gli svantaggi dell'uso di alcol sul piano della salute psicofisica;
- esporre, gradualmente, il paziente alla situazione temuta, "sul campo", per comprendere i fattori di rischio, attraverso la tecnica del role-playing.

Obiettivo prioritario della terapia è individuare strategie di funzionamento che possano favorire la riduzione o l'astensione dall'alcol (strategie di problem solving) e la modificazione dello stile di vita. Il raggiungimento di questi obiettivi è compatibile con terapie farmacologiche o altri trattamenti di tipo psicoeducativo, di auto-mutuo-aiuto o tecniche di rilassamento corporeo.

L'intervento è orientato sul "qui ed ora" della seduta e non sull'analisi di contenuti inconsci, perciò non è funzionale alla soluzione di problemi emotivi e comportamentali contingenti. La terapia è orientata al lavoro di tipo focale, utilizzando modalità attive di conduzione ed è a breve termine. I tempi sono stabiliti dal contratto terapeutico, condiviso con il paziente e motivo di verifica dei risultati raggiunti, sulla base degli scopi concordati. Il processo di verifica è congiunto e necessario per stabilire le aree di criticità e di forza del paziente.

A conclusione del trattamento sono previsti follow-up a tempi stabiliti, per la verifica dei risultati conseguiti e del loro mantenimento nel tempo.

Tra le tecniche orientate alla terapia cognitivo-comportamentale si menzionano: il Colloquio Motivazionale di Rollink e Miller (2004), la teoria della Prevenzione della



Ricaduta di Marlatt e Gordon (1985), e la teoria socio-cognitiva di A. Bandura (1977), assai esplicativa per la comprensione della dipendenza. Punto cardine dell'intera teoria sociale cognitiva di Bandura è il concetto di agentività umana (human agency), definito come la capacità di agire attivamente e trasformativamente nel contesto in cui si è inseriti. Tale funzione umana, che riguarda sia i singoli individui sia i gruppi, operativamente si traduce nella facoltà di generare azioni mirate a determinati scopi. L'agentività è intesa come una funzione riguardante gli atti compiuti intenzionalmente, indipendentemente dal loro esito. Punto di partenza nello studio di questa facoltà è la convinzione di poter esercitare attivamente una influenza sugli eventi. Tale approccio riconosce che la maggior parte del comportamento umano sia determinato da molti fattori interagenti tra loro.

Bandura identifica tre classi di cause che influenzano la condotta:

1. I fattori personali interni, costituiti da elementi cognitivi, affettivi e biologici;
2. Il comportamento messo in atto in un dato contesto;
3. Gli eventi ambientali che circoscrivono l'individuo e la condotta.

Questi fattori si combinano nella teoria del *reciproco determinismo triadico* di A. Bandura (P=personalità, A=ambiente, C=condotta) secondo cui l'agentività umana opera all'interno di una struttura causale interdipendente che coinvolge questi tre nuclei d'influenza in una relazione reciproca e triadica. Un ruolo fondamentale nel determinare il cambiamento e gli sviluppi delle condotte è giocato, oltre che dal contesto sociale, anche dalle capacità della persona, dalla sua motivazione ed autoefficacia. Le capacità di base (capacità di simbolizzazione, vicaria, di previsione, di autoregolazione, di autoriflessione) sono identificate da Bandura come processi cognitivi, per i quali le persone sono in grado di conoscere sé stesse ed il mondo, al fine di regolare in esso il proprio comportamento.

## Bibliografia

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth edition (DSM- V).

Andolfi M., *La famiglia trigerazionale: dalle lezioni del prof. Andolfi sull'osservazione relazionale*, Roma, Bulzoni Editore, 1998.

Bandura A., *Self-efficacy: Toward a unifamigliaing theory of behavioral change*, Psychological Review, 84,191-215,1977 e *Social foundations of thought and action a social cognitive theory*, Prentice Hall, 1986.

Bartolomei G., Barbieri L., Venturini D., Winkler M., *Considerazioni sulla famiglia dell'alcolista*, in "Atti del Convegno su Alcolismo, Ospedale e Territorio", Roma, Istituto Italiano di Medicina sociale, 1983.

Beck A.T., *La terapia cognitiva della depressione*, Torino, Bollati Boringhieri, 1987.

Bion W.R., *Apprendere dall'esperienza*, Roma, Armando Editore, 1972.



- Bion W.R., *Esperienze nei gruppi*, Roma, Armando Editore, 1996.
- Bion W.R., *Seminari clinici*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1987.
- Bollas C., *L'ombra dell'oggetto*, Roma, Edizioni Borla, 2007.
- Caretti V., La Barbera D.(a cura di), *Le dipendenze patologiche*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2005.
- Carraro I., Ricci G. (a cura di), *Modelli Teorici e Clinici a confronto nella Cura Delle Dipendenze da Sostanze*, Dolo (Ve), Atti del Seminario di Studio, 2004.
- Carraro I., Ricci G.,(a cura di), *Atti del seminario:Percorsi di gruppo nella cura delle dipendenze da sostanze*, Dolo (Ve), Tipolitografia Canova, 2001.
- Casati O., Rossin R., Teruggi A., Verilli R., *Lavorare con i Gruppi in alcologia*, Torino, Edizioni Medico Scientifiche, 2004.
- Cerizza G., Ronzio R. (a cura di), *Alcol, quando il limite diventa risorsa*, Milano, Franco Angeli, 1998.
- Cerizza G., Greco C., *Alcol e famiglia, in: Il profilo professionale dell'alcolologo*, Milano, Franco Angeli, 1999.
- Cibin M. e altr., *Prevenzione della ricaduta, motivazione al cambiamento, eventi vitali e sofferenza psichica nell'intervento alcolico*, in: Boll. Farmacodip. e Alcoolis., XXIV (1), 2001.
- Cibin M., Hinnenthal I., Zavan V., *Prevenzione della ricaduta, motivazione e sofferenza psichica*, Atti del XVII Congresso Nazionale Società Italiana di Alcologia, Roma, 24-26 ott. 2001.
- Cibin M., Ravera R., Nardo M., Manzato E., Zavan V., *Prevenzione della ricaduta: aspetti biologici e psicoeducazionali, in: L'alcologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale*, (a cura di ).
- Cibin M. e altr., Ministero della Sanità - Regione del Veneto, 2001.
- Cirillo S. e altri, *La famiglia del tossicodipendente*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1996.
- Clarkin J., Yeomans F., Kernberg O., *Psicoterapia delle personalità borderline*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2000.
- Corbella S., *Liberi legami*, Roma, Edizioni Borla, 2014.
- Corbella S., *Storie e luoghi del gruppo*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2003.
- Dal Pos G., Albiero D., *L'approccio cognitivo-comportamentale nella valutazione e trattamento delle dipendenze da sostanze, in: Modelli teorici e clinici a confronto nella cura delle dipendenze da sostanze*, (a cura di ) Carraro I., Ricci G., Atti del Seminario di studio, Dolo (Ve), 2004.
- Del Corno F., Lang M., (a cura di), *Trattamenti in setting di gruppo*, Milano, Franco Angeli, 1993.
- Di Clemente C.C., *Gli stadi del cambiamento: un approccio transteorico alla dipendenza*, in Guelfi G.P. e Spiller V., *Motivazione e stadi del cambiamento nelle tossicodipendenze*, Il Vaso di pandora II,4, 1994, 37-51.
- Di Fiorino M., Carlesi Cirillo M., De Cesari A. *Interazioni dinamiche ed aspetti cognitivi nella famiglia dell'alcolista e ruolo del terapeuta*. Minerva psych., vol. 26, 257 (1985).
- Di Maria F., Falgares G., *Elementi di psicologia dei gruppi*, McGraw-Hill, 2005.

- Di Maria F., Lo Verso G., (a cura di ), *La psicodinamica dei gruppi*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1995.
- Eiguer A., Ruffiot A. e altr., *Terapia psicoanalitica della coppia*, Roma, Edizioni Borla, 1986.
- Festinger L., *A theory of cognitive dissonance*, Evanston, Row & Peterson, 1957, trad. it. La teoria della dissonanza cognitiva, Milano, Franco Angeli, 1973.
- Fonagy P., *Attaccamento e funzione riflessiva*, trad.it. Milano, Raffaello Cortina Editore, 2001.
- Foulkes S.H., *Analisi terapeutica di gruppo* trad. it. Torino, Boringhieri Editore, 1967.
- Furlan P.M., Picci R.L., *Alcol, Alcolici, Alcolismo*, Torino, Bollati Boringhieri Editore, 1990.
- Gabbard G., *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2011.
- Gabbard G., Lester E., *Violazioni del setting*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1999.
- Gabbard G., *Psichiatria Psicodinamica*, Milano, Raffaello Cortina Editore, Tr. it. 2007.
- Giannelli A., Zucca Alessandrelli C., *Le nuove vie delle psicoterapie di gruppo*, Psichiatria Oggi Anno XIII n.2, Novembre 2000.
- Janis I.L., Mann L. (1977) *Decision making: a psychological analysis of conflict, choice and commitment*, NY: free press.
- Kaes R., *Le teorie psicoanalitiche del gruppo*, Roma, Edizioni Borla, 1999.
- Kernberg O.F., *Disturbi gravi della personalità*, Torino, Bollati Boringhieri Editore, 1984.
- Khantzian E.J., Halliday K.S., Mcauliffe W.E., *La dipendenza e il Sé vulnerabile*, trad. it. Padova, Piccin, 1997.
- Kohut H., *La ricerca del Sé*, Torino, Bollati Boringhieri, 1982.
- Kohut H., *Narcisismo e analisi del Sé*, Torino, Bollati Boringhieri, 1976.
- Loewald H., *Riflessioni psicoanalitiche*, Milano, Dunod Masson, 1999.
- Lucchini A., (a cura di), *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*, Milano, Franco Angeli, 2001.
- Lucchini A., Greco C., Cerizza G., *Il profilo professionale dell'alcolologo*, Milano, Franco Angeli, 1999.
- Lucchini A., Nava F., Manzato E. (a cura di), *Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista*, Milano, Franco Angeli, 2008.
- Lucchini A., Strepparola G. (a cura di), *Modelli di intervento in alcologia*, Franco Angeli, 2010.
- Marlatt G., A., Gordon J.R., *Relapse prevention*, Guilford N.Y., 1985.
- Mc Williams N., *La diagnosi psicoanalitica*, Roma, Casa Editrice Astrolabio, 1999.
- Medicina delle Dipendenze, Policlinico G.B.Rossi Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona (a cura di ), *Alcol: capire e orientare i consumi, diagnosticare e curare abuso e dipendenza*, Edizioni Clad-Onlus, 2014.

Miller W.R. e Rollnick S. (2002) *Motivational interviewing: preparing people for change-Second edition*, New York, Guilford Press, trad. it. Il colloquio motivazionale, Trento, Erikson, 2004.

Minuchin S., *Famiglie e terapie della famiglia*, Roma, Astrolabio Ubaldini, 1978.

Moiraghi Ruggenini A., *Alcolologia*, Milano, Masson, 1996.

Mosti A., Braghieri E., Buono M., *Diagnosi, motivazione e trattamento precoce*, in: *Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista*, (a cura di) Lucchini Nava F., Manzato E., Milano, Franco Angeli Editore, 2008.

Nizzoli U. (a cura di), *Macchine terapeutiche*. Le Psicoterapie nei Sert, Regione Emilia Romagna, 1994.

Prochaska J.O., Di Clemente C.C., *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. Psychotherapy: Theory, research and practice, 19, 276-288, 1982.

Pujet J. Bernard M., e altr., *Il gruppo e le sue configurazioni*, Roma, Edizioni Borla, 1996.

Ricci G., Cibin M., Tonellato G., *I gruppi terapeutici nei disturbi da uso di sostanze*, Padova, La Garangola, 1999.

Rugi G., Gaburri E., *Il campo grupppale*, Roma, Edizioni Borla, 1998.

Sacchi M. (a cura di), *Teoria e clinica dei processi di gruppo*, Vercelli, Edizioni Mercurio, 2001.

Sanavio E., *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1991.

Scaglia M., *La frattura interiore. Collegamenti con il processo del cambiamento e implicazioni terapeutiche*, Bollettino delle farmacodipendenze e Alcolismo 21 (2), 23-27, 1998.

Selvini Palazzoli M. e altr. *I giochi psicotici nella famiglia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1996.

Selvini Palazzoli M., Cecchini G., Prata G., Boscolo L., *Paradosso e controparadosso*, Milano, Feltrinelli, 1975.

Semi A.A.. (a cura di), *Trattato di Psicoanalisi*, Vol.1 e 2, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1988.

Sforza M., Egidi V., *Su di spirito*, Milano, Franco Angeli, 2002.

Vella G., Loriedo C., *Il paradosso e il sistema familiare*, Collana «Programma di Psic.Psichiat.Psicoter», Torino, Bollati Boringhieri, 1989.

Yalom I., *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, Torino, Bollati Boringhieri, 1974.

Winnicott Donald, *Gioco e realtà*, trad. Giorgio Adamo e Renata Gaddini, prefazione di Renata Gaddini, Roma, Armando, 1974.

Zucca Alessandrelli C., (a cura di), *Dipendenze/Addiction*, Parte prima e seconda, n.10-11 Quaderni de Gli Argonauti, Milano, CIS Editore, 2006.

Zucca Alessandrelli C., *GRF: gruppo per la ripresa delle funzioni* (parte prima), Gli Argonauti XXIII, n.91 pag.319-336, Milano, CIS Editore, 2001.

Zucca Alessandrelli C., *GRF: gruppo per la ripresa delle funzioni* (parte seconda), Gli Argonauti XXIV n.92 pag. 45-46, Milano, CIS Editore, 2002.

### 3. Interventi educativi

**Mario Biazzi**

#### Premessa

La presa in carico di una persona con problemi di alcoldipendenza si struttura attorno a differenti filoni di intervento clinico, con il comune obiettivo degli operatori coinvolti di offrire sostegno ed aiuto al paziente nel percorso di cura della propria dipendenza.

L'equipe multiprofessionale che opera nei Servizi per le Dipendenze è composta da personale afferente alle aree sanitaria, sociale ed educativa e valuta la tipologia delle problematiche del paziente, in ottica multidimensionale, con particolare riferimento a:

- La situazione sul piano della salute fisica e psichica
- Le ricadute sociali e familiari dei problemi alcol-correlati
- L'impatto sulle relazioni del paziente con il mondo esterno e con se stesso
- I possibili percorsi di recupero e di risoluzione dei problemi in essere

Gli interventi messi in campo dai Servizi specialistici prevedono, quindi, una pluralità di figure professionali che operano singolarmente e cooperano tra loro in una équipe multidisciplinare nella quale, accanto agli interventi di tipo medico-sanitario, psicologico, sociale, sono previsti interventi di carattere educativo.

Il lavoro educativo è imperniato attorno ad alcune tematiche di carattere generale:

- La *consapevolezza* del problema da parte del paziente;
- La *motivazione* al percorso di cura e di cambiamento, attraverso un'analisi dei limiti e delle risorse disponibili sia a livello personale che socio-ambientale;
- Il *cambiamento* del proprio rapporto con l'alcol, ma anche e più in generale del proprio stile di vita in relazione a sé e al mondo esterno, alle modalità di gestione dei problemi e delle tensioni interne;
- La *gestione dei risultati raggiunti, dei momenti di crisi e difficoltà*, individuando strategie concrete e strumenti per affrontare il presente e le sfide future

L'Educatore Professionale è il professionista chiamato ad effettuare tali interventi all'interno di una presa in carico complessa ed articolata, con principi, obiettivi, metodologie di intervento specifici.

#### 1. Principi e caratteristiche dell'intervento educativo

Le parole chiave che appartengono al patrimonio culturale e professionale dell'Educatore e attraverso le quali leggere l'attività svolta nel quotidiano sono le seguenti:

- La *relazione*: la costruzione di un rapporto di fiducia e apertura con il paziente, uno spazio non solo fisico ma anche e soprattutto emotivo e psicologico che consenta al paziente e all'Educatore di ri-conoscersi. Nella relazione d'aiuto, accompagnare il pa-

ziente nel suo percorso di cura significa per l'operatore modularsi tra vicinanza e "giusta distanza", essere presente nei momenti in cui è necessario ma essere in grado di prendere le distanze quando il percorso può e deve essere fatto autonomamente dal paziente.

- Il *"qui ed ora"*: il lavoro educativo è centrato sullo stimolo alla consapevolezza di sé partendo da un'analisi concreta della realtà che il paziente sta vivendo sia sul piano personale (i vissuti, gli stati d'animo, le aspettative, i timori, le difficoltà, i risultati positivi...) che sociale o familiare (la relazione di coppia, con i genitori o i figli, le relazioni extrafamiliari, il lavoro, la posizione sociale, le risorse economiche...). Un percorso di autonomia e di libertà dai problemi di dipendenza non può quindi prescindere da un principio di concretezza sia sul piano soggettivo che in relazione al mondo esterno.
- Il *principio della "fattibilità"* quale timone per guidare i progetti, le proposte, le strategie per affrontare un percorso di cura; la persona non viene quindi considerata in termini astratti, ma in quanto parte di un contesto relazionale e sociale sia presente che con una storia passata.
- Il *lavoro di rete*: gli interventi educativi prevedono, oltre al lavoro diretto con il paziente, una stretta collaborazione con i Servizi pubblici e del privato sociale presenti sul territorio, gruppi di auto-mutuo aiuto e più in generale tutte le agenzie che a vario titolo possono contribuire al percorso di cura del paziente. Il lavoro con ed il lavoro per il paziente rappresentano quindi i due ambiti nei quali si concretizzano gli interventi educativi.
- Il *cambiamento* quale possibilità evolutiva che il paziente e la sua storia possono avere partendo da una base concreta e reale del "qui ed ora" cui si è accennato in precedenza, rappresenta l'anima del lavoro educativo, il motore della relazione con il paziente.

## 2. Obiettivi dell' intervento educativo

Gli obiettivi educativi possono essere estremamente diversificati tra loro in ragione del fatto che ogni presa in carico, ogni paziente ha una storia a sé e, quindi, tempi, priorità, risorse e problematiche vanno ogni volta ridefinite e modulate sul singolo caso.

È tuttavia possibile indicare i principali e più comuni obiettivi di un intervento educativo, che sono di seguito sintetizzati:

- Sostegno alla gestione consapevole delle relazioni interpersonali, aiutare il paziente a capire quali bisogni persegue nella vita di relazione, quali sono i nodi problematici, quali le risorse spendibili, quali i cambiamenti possibili e verso i quali il paziente è motivato.
- Sostegno ad una migliore gestione del proprio spazio/tempo quotidiano, spesso travolto dall'uso problematico di alcol. Aiutare il paziente a ritrovare un equilibrio nella gestione della propria vita di tutti i giorni sul piano pratico (organizzazione dei tempi e degli orari, gestione del denaro, gestione degli impegni e delle responsabilità) supportandolo nel processo di individuazione di opportune strategie di coping utili alla prevenzione delle ricadute e alla gestione dei momenti di craving.
- Accompagnare il paziente a riformulare il proprio progetto di vita su basi di maggiore equilibrio e adesione alla realtà. Sostenere la spinta al cambiamento nei contesti relazionali e di vita quotidiana (lavoro-famiglia-rette amicale) aiutando il paziente a

focalizzare risorse e limiti, punti di forza e nodi problematici, cambiamenti possibili e concreti, strategie e percorsi per realizzarli.

- Problematizzare il rapporto con l'alcol e porlo in relazione critica con i propri bisogni inespresi, i conflitti interiori, le contraddizioni del proprio stile di vita.
- Sostegno ad una maggiore comprensione dei propri meccanismi di funzionamento sul piano emotivo e relazionale, quali di essi sono funzionali e quali disfunzionali in relazione al percorso di cura intrapreso dal paziente.
- Recupero del proprio ruolo sociale, attraverso il lavoro di rete con i Servizi e le realtà del territorio.
- Motivare il paziente ad una riflessione critica sull'attuale situazione in cui si trova, a compiere cioè un esame di realtà che consenta un pensiero ed un agire consapevole sul proprio rapporto con l'alcol.
- Accompagnare il paziente, nei casi indicati, alla consapevolezza circa la necessità di un percorso residenziale (invio presso una Comunità Terapeutica).

### 3. Metodologie dell'intervento educativo

Il colloquio motivazionale rappresenta sicuramente la metodologia di lavoro principale.

L'intervento educativo può prevedere colloqui di diverso tipo, in base alle necessità, agli obiettivi e alle specifiche caratteristiche del paziente:

- individuali con il paziente,
- di coppia,
- con familiari,
- con operatori di Servizi territoriali, gruppi-associazioni, Comunità Terapeutiche

Una seconda metodologia d'intervento è rappresentata dal gruppo educativo-motivazionale, uno spazio nel quale offrire al paziente una possibilità di confronto e ascolto non solo con l'operatore ma anche e soprattutto con altri pazienti.

Infine un'ultima modalità di lavoro con il paziente prevede il vero e proprio accompagnamento del paziente, anche fisico, nello svolgimento di mansioni, compiti, commissioni, supportandolo nel graduale percorso di ripresa della propria autonomia personale e sociale.

## Bibliografia

Gini P., Rossin M.R., Giunta M.G., Longoni B., *Il problema alcol. Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2010

Miller W.R., Rollnick S., *Il colloquio motivazionale*, Trento, Edizioni Erickson, 2004

Stefanovich S., *Da vicino nessuno è normale. Quali competenze per quale operatore sociale?*, in Animazione Sociale, marzo 2005

Demetrio D., *L'età adulta. Teorie dell'identità e pedagogie dello sviluppo*, Carocci Editore, Roma, 2003

## 4. Interventi sociali territoriali: il reinserimento sociale

**Massimiliano Stanga**

Secondo l'ultima indagine riguardante la *“precarietà sociale e l'integrazione”* (indagine dell'Eurobarometro 56.1), la percentuale della popolazione europea a rischio di povertà ed esclusione sociale in Europa varia dal 9% al 22% (Consiglio Europeo, 2001). Le persone sono considerate socialmente emarginate se *«viene loro impedita la piena partecipazione alla vita economica, sociale e civile e/o quando il loro accesso al reddito o ad altre risorse (personali, familiari o culturali) è così inadeguato da impedire loro di condurre uno standard di vita considerato come accettabile dalla società in cui vivono»* (Gallie e Paugam, 2002).

L'emarginazione sociale può essere così definita come una combinazione di mancanza di risorse economiche, isolamento sociale e accesso limitato ai diritti sociali e civili; si tratta di un concetto relativo, culturalmente specifico di ogni particolare società, determinato da una progressiva accumulazione nel tempo dei fattori rilevati. Possono contribuire all'emarginazione sociale i problemi relativi al lavoro, agli standard educativi e di vita, alla salute, alla nazionalità, all'abuso di droghe e alcol, alla differenza di genere ed alla violenza (Consiglio europeo, 2001; Relazioni Nazionali 2002).

Il consumo di sostanze alcoliche e stupefacenti rappresenta un fattore di rischio e può essere considerato alternativamente sia una conseguenza, sia una causa di emarginazione sociale (Carpentier, 2002): il consumo di sostanze psicotrope può provocare un deterioramento delle condizioni di vita ma, d'altro canto, sono proprio i processi di marginalizzazione sociale che possono portare a ricorrere alle sostanze alcoliche e/o stupefacenti.

Il tema del reinserimento sociale del soggetto alcol dipendente è di fondamentale importanza al fine di garantire la completa riabilitazione dello stesso e tale percorso può essere implementato sia a livello residenziale (reinserimento sociale gestito dalle comunità terapeutiche), sia a livello ambulatoriale presso i Servizi specialistici pubblici e privati accreditati per le Dipendenze

Il reinserimento sociale della persona alcol dipendente che accede ad un Servizio specialistico riguarda, essenzialmente, quei soggetti portatori di problemi alcol-correlati che vivono una situazione di esclusione sociale e una condizione di svantaggio.

Nell'esperienza di cura dei pazienti con patologie e problemi alcol correlati, emerge una forte necessità di interventi finalizzati al reinserimento sociale poiché l'esclusivo trattamento terapeutico, nelle situazioni più complesse, può non essere sufficiente a prevenire l'esclusione sociale. Pertanto il reinserimento sociale va supportato da un lavoro di rete tra le varie risorse del territorio, con l'obiettivo di condurre, progressivamente, la persona verso il raggiungimento di una soddisfacente autonomia.



Il reinserimento sociale può essere diviso in tre fasi complementari: formazione, abitazione e occupazione.

La prima fase riguarda la formazione del soggetto che, spesso, presenta un livello d'istruzione molto basso, per valorizzarne le capacità e incrementare il livello di autostima. In particolare, risulta importante attivare ed implementare, nei pazienti in trattamento dei training vocazionali volti a migliorare la motivazione al lavoro e le capacità di ricerca dello stesso, oltre ad incentivare la motivazione al completo recupero. Questi obiettivi vengono raggiunti sia attraverso interventi di motivazione ed empowerment offerti dai Servizi specialistici, sia attraverso percorsi formativi di riqualificazione sul territorio, quali corsi formativi presso agenzie formative finanziate con fondi regionali.

La ricerca di un'abitazione può favorire la stabilità nella vita della persona, se accompagnata da interventi psicosociali e da una costante supervisione. Nell'azione è di fondamentale importanza il coinvolgimento del Servizio Sociale presso il Comune di residenza del soggetto alcol dipendente, attraverso una progettazione condivisa con i Servizi specialistici territoriali. Negli ultimi anni, nel panorama degli interventi a sostegno abitativo, si è cominciato a parlare di *Housing sociale*. Il termine è entrato a far parte del linguaggio comune con la redazione del Piano Nazionale di Edilizia Abitativa - DPCM 16 luglio 2009. Il decreto interministeriale del 22 aprile 2008 definisce l'alloggio sociale come "*l'unità immobiliare adibita a uso residenziale in locazione permanente che svolge la funzione di interesse generale, nella salvaguardia della coesione sociale, per ridurre il disagio abitativo di individui e nuclei familiari svantaggiati, che non sono in grado di accedere alla locazione di alloggi nel libero mercato*". L'alloggio sociale, dunque, si configura come elemento essenziale del sistema di edilizia residenziale sociale ed è costituito dall'insieme di servizi abitativi finalizzati al soddisfacimento delle esigenze primarie.

In quest'ottica l'*housing sociale* ha la finalità di sostenere iniziative abitative a canoni moderati socialmente orientate e indirizzate principalmente a giovani coppie, studenti, anziani, famiglie monoreddito, immigrati e altri soggetti in condizione di svantaggio sociale ed economico: rappresenta, quindi, la risposta abitativa alla cosiddetta fascia grigia, cui appartengono le categorie sociali che hanno un reddito troppo alto per accedere alle politiche abitative pubbliche - ormai in pericolo di estinzione - ma reddito troppo basso per accedere al libero mercato.

Il supporto alla ricerca di una abitazione va esteso anche a quelle persone che subiscono la cancellazione della residenza e alle quali è impedito l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie. Pertanto al fine di impedire la discriminazione e l'emarginazione di queste persone va garantito il diritto di residenza al fine di consentire l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie e l'effettiva partecipazione alla vita sociale.

L'ultimo passo è quello del reinserimento lavorativo dove è molto importante favo-



rire l'acquisizione di professionalità e la possibilità di avere un reddito al fine di ottenere anche un'autonomia economica. Il lavoro costituisce quindi uno degli elementi principali su cui fondare percorsi riabilitativi che possano condurre ad obiettivi di concreta inclusione sociale. La questione lavoro nel soggetto alcoldipendente è principalmente riferibile a due elementi problematici: la difficile compatibilità tra l'attività lavorativa e la dipendenza da alcol e le evidenti discriminazioni che l'alcolista riabilitato subisce nel tentativo di inserirsi nel mercato del lavoro. Nel merito appare di fondamentale importanza la collaborazione con le agenzie comunali singole o a gestione associata, per i comuni di dimensioni ridotte, attraverso la segnalazione al SIL (Servizio Inserimento Lavorativo) e il coinvolgimento delle cooperative sociali di tipo "B".

Le cooperative sociali si collocano in un posto di rilievo nel panorama del 3° settore e trovano la prima collocazione giuridica con il Decreto Legislativo del Capo Provvisorio dello Stato del 14 dicembre 1947 n. 1577 (noto anche come Legge Basevi dal nome dell'ispiratore Alberto Basevi). Questo decreto ha definito, per la prima volta, la tipologia di società cooperativa rispondente al riconoscimento della funzione sociale della cooperazione avente carattere di mutualità e senza finalità di speculazione privata, in armonia coi dettami dell'art. 45 della Costituzione repubblicana Italiana. Successivamente la *legge 8 novembre 1991, n. 381 ("Disciplina delle cooperative sociali")* introdusse apposita disciplina delle cooperative sociali, alla quale occorre fare riferimento per conoscere gli specifici obblighi e divieti, cui queste cooperative sono sottoposte e che ne giustificano il particolare regime tributario. Ai sensi della legge del 1991, le cooperative sociali rientrano in una speciale categoria, caratterizzata dal fatto di *"perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini"* attraverso:

- la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi (tipo A)
- lo svolgimento di attività diverse - agricole, industriali, commerciali o di servizi - finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate (tipo B)

Le cooperative sociali di tipo B possono svolgere qualsiasi attività di impresa, purché si impegnino a destinare una parte dei posti di lavoro così creati (almeno il 30%) a persone in condizioni di svantaggio, che altrimenti faticerebbero a inserirsi dal mercato del lavoro. La L. 481/1991, che è la legge di disciplina delle Cooperative Sociali e regola la loro attività di integrazione socio-lavorativa, apre la possibilità per le cooperative di tipo B di convenzioni con gli Enti pubblici. La legge definisce le categorie di svantaggiati inseribili al lavoro in cooperativa, tra cui gli alcoldipendenti la cui condizione di svantaggio deve essere necessariamente certificata dai Servizi specialistici che hanno in carico la situazione. L'inserimento lavorativo di una persona alcoldipendente deve tenere conto del programma terapeutico ambulatoriale in corso, con possibilità di effettuare periodicamente verifiche sull'andamento del percorso di inserimento lavorativo e della presa in carico presso il Servizio Specialistico di riferimento. Il reinserimento lavorativo dell'alcoldipendente presso una cooperativa sociale

vuole rappresentare una modalità “protetta” di approccio o rientro nel mondo del lavoro, che tenga conto delle fragilità della persona svantaggiata e delle difficoltà che la stessa può presentare durante il percorso di reinserimento, potendo così contare sul supporto di tutti gli operatori coinvolti in una logica di compartecipazione e al progetto di vita e autonomia della persona in carico.

## Bibliografia

- Eurobarometer 56.1: Social exclusion and modernization of pension systems*, European Commission, 2001
- Gallie, D., Paugam, S. (2002), *Social Precarity and Social Integration*, Eurobarometro 56.1, Relazione alla Commissione europea, DG Occupazione e affari sociali, Bruxelles, EORG, 2002
- Carpentier C., *Drug Related Social Exclusion, in the Context of socio-demographic and Economic Indicators*. Working paper, Lisbon, EMCDDA, 2002
- Loxley A., Thomas G., *Neo-conservatives, Neo-liberals, the New Left and Inclusion: stirring the pot*, Cambridge Journal of Education, 2001, 31, 3, 291-301
- Tomas S., in *EMCDDA 2003 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*
- Cocco F., Pibiri R., “*Strumenti per la progettazione di interventi residenziali per giovani e anziani*”, Progetto co-finanziato dalla Regione Autonoma della Sardegna e dalla Comunità Europea (Legge Regionale 7 agosto 2007, n.7 “Promozione della ricerca scientifica e dell’innovazione tecnologica in Sardegna”), 2012

## 5. Interventi innovativi: Mindfulness

**Marco Tosi, Stefano Marchi, Andrea Bassanini**

### 1. La dipendenza come evitamento dell’esperienza. Dipendenza e ricaduta

A fronte di una relativa facilità a disintossicare una persona dipendente, ci troviamo, invece, in grandi difficoltà a prevenire il rischio che la stessa persona riprenda l’uso di quella sostanza (o di quel comportamento). Il problema più grande nella dipendenza, definita come “malattia cronica recidivante” è, infatti, la prevenzione delle ricadute. La percentuale di ricaduta, secondo la letteratura scientifica, varia tra il 40% e il 60% dei casi in trattamento (McLellan et al., 2000), in modo, peraltro, simile alle percentuali di ricaduta di altre malattie croniche. In relazione al trattamento si preferisce, quindi, parlare di un “cambiamento dello stile di vita” rispetto al comportamento patologico, piuttosto che di “guarigione”, almeno nelle prime fasi di cura. Nella ricaduta, come ben sappiamo, non gioca un ruolo soltanto la componente astinenziale, legata a determinate sostanze (alcol, eroina, altro) ma anche un’altra componente, indipendente dall’astinenza e dalle sostanze, che ha a che fare con il “desiderio irrefrenabile” (craving o compulsione) di assumere nuovamente la sostanza tossica o di ripetere ancora il comportamento dannoso. In altre parole la ricerca del piacere e l’evitamen-

to del dolore sono inestricabilmente intrecciati lungo l'evoluzione della dipendenza. Nel corso degli ultimi anni sta suscitando grande interesse la Mindfulness, in quanto metodica complementare agli interventi medici e psicologici, efficace nelle evidenze scientifiche e che propone originali ed efficaci modalità di intervento clinico come il Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) per la riduzione dello stress, il programma Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) per il trattamento delle ricadute nella depressione e numerosi altri interventi specifici per diversi altri disturbi, tra cui quello di cui ci occuperemo in questo capitolo, il Mindfulness Based Relapse Prevention (MBRP). I modelli di intervento basati sulla Mindfulness condividono l'obiettivo principale di modificare alla radice il rapporto con la propria esperienza, in particolare con quella interna, sviluppando le abilità di osservarla proprio mentre accade. L'uso di sostanze (o il comportamento dannoso) hanno, in generale, il significato di regolatore esterno degli stati affettivi, così come quello di evitare l'esperienza presente. L'evento scatenante non è necessariamente una esperienza negativa, ma, paradossalmente, anche positiva, ma tale da alterare il delicatissimo equilibrio emotivo del soggetto. Non sentire o modificare le emozioni, di cui si è fatto esperienza con l'uso ripetuto della sostanza, finisce per autoalimentarsi come desiderio / necessità di star bene, ovvero di mantenere una situazione sempre (possibilmente) identica di "non sentire" o, comunque, sentire altro da quello che effettivamente c'è (M. Novellino). Dal punto di vista della Mindfulness il desiderio, componente fondamentale dell'esistenza umana, quando si trasforma in brama, in attaccamento morboso, con le relative, immanicabili delusioni, viene considerato come la causa principale della sofferenza umana. Nel tentativo di evitare la sofferenza, ogni individuo si attacca agli stati positivi e/o evita quelli negativi. Questo atteggiamento, che tutti noi ben conosciamo e utilizziamo, purtroppo non funziona, anzi, non fa che aumentare e perpetuare il nostro malessere. Quello che proviamo a cacciare dalla porta, rientra dalla finestra, più agguerrito di prima. Potremmo interpretare la dipendenza, quindi, come un tentativo di evitare alcune esperienze, sia cognitive che affettive oppure fisiche. Il trattamento delle dipendenze, per tentare di condurre il paziente ad una situazione di maggiore stabilità, dovrebbe aiutare, quindi, a sviluppare la capacità di stare in contatto con i propri stati affettivi, correlandoli all'esperienza corporea, e a poterli regolare senza ricorrere a modalità di fuga. La pratica della Mindfulness consente, tramite l'apprendimento e l'allenamento, di osservare il "desiderio compulsivo", - fenomeno cognitivo e affettivo transitorio - proprio come qualsiasi altra esperienza, transitorio e osservabile come desiderio e non come realtà fattuale. L'intenzione della pratica è portare consapevolezza all'esperienza di desiderio e imparare ad osservarla senza reagire e in modo non giudicante, in modo tale da creare quel piccolo, ma fondamentale spazio di libertà tra reazione automatica e risposta consapevole.

## 2. Cosa è Mindfulness?

Il termine Mindfulness si riferisce ad una attenzione consapevole, intenzionale e non giudicante verso la propria esperienza, nel momento in cui essa viene vissuta. La

pratica della Mindfulness si propone di aiutare a sostituire, nella vita quotidiana, i comportamenti reattivi, automatici e distruttivi con scelte consapevoli e funzionali. La Mindfulness consente di apprendere a riconoscere i nostri pensieri e le nostre emozioni, accogliendole così come sono, sospendendo i giudizi e con accettazione. Questa definizione è di semplice comprensione, ma così come tra la descrizione di una pizza e l'assaggiarla c'è una bella differenza, allo stesso modo, solo la pratica esperienziale permette una comprensione reale e profonda della Mindfulness. Lo stress, che intendiamo come sofferenza fisica e mentale, in accordo con la visione della pratica di consapevolezza, è solitamente accompagnato da confusione mentale, rimuginio, preoccupazione e dalla conseguente incapacità a mantenere l'attenzione nel presente e in quello di cui ci si sta occupando. L'espressione "non ci sono con la testa" è emblematica da questo punto di vista. La testa in realtà c'è ma è, purtroppo, persa in luoghi lontani tra fantasie e preoccupazioni, inconsapevoli e automatiche. La Mindfulness aiuta ad accorgersi di ciò e permette di risvegliarsi e scegliere consapevolmente dove riportare l'attenzione. Favorisce la consapevolezza dei propri stati mentali e di quelli degli altri, sviluppando una maggiore capacità di accoglienza, apertura e rispetto verso se stessi e verso le altre persone. Le ricerche dimostrano che le persone più abili a lavorare con la mente e gli stati mentali, hanno prestazioni migliori e si rapportano meglio con se stessi, con i colleghi e con i clienti. Da un punto di vista interpersonale la Mindfulness aiuta a sviluppare maggiore comprensione ed empatia. Lo sviluppo di un atteggiamento di curiosità, accettazione e accoglienza dei propri eventi interni favorisce la possibilità che questo avvenga anche verso gli altri. Le persone che seguono un percorso di Mindfulness riscontrano solitamente i seguenti vantaggi (Baer, 2012):

- miglioramento della capacità di attenzione, ovvero maggior capacità di concentrazione nel lavoro, per esempio riuscendo individuare e seguire le priorità con lucidità;
- maggiore abilità nel calmarsi quando ce n'è bisogno;
- maggior consapevolezza di sé e degli altri. Questo favorisce una visione più chiara e realistica di cosa è possibile chiedere a se stessi e agli altri;
- maggior capacità di ascoltare attentamente, di comunicare in modo chiaro e di entrare in sintonia con gli altri
- maggior capacità di rilassarsi, una diminuzione del dolore e un incremento della capacità di far fronte al dolore, una maggiore energia ed entusiasmo, un incremento delle capacità di far fronte a situazioni stressanti sia a breve che a lungo termine.
- Maggior capacità di ascoltare in modo più consapevole i segnali del nostro corpo e della nostra mente coltivando le risorse interne di guarigione e maggiore accettazione di sé e del proprio stato di malessere, sia fisico che mentale.

### **3. Da dove origina la Mindfulness**

Nasce alla fine degli anni '70 grazie a Jon Kabat Zinn, ricercatore dell'Università del Massachusetts, che iniziò ad utilizzare in modo laico e accessibile agli occidentali i saperi e le pratiche meditative della tradizione buddista, che lui praticava da anni

con beneficio e che desiderava sperimentare per diminuire la sofferenza di malati con dolori cronici e gravi con cui era a contatto nel suo ambito di lavoro. I primi risultati furono incoraggianti e significativi, oltre che del tutto verificati nei termini di efficacia clinica. Da queste sperimentazioni derivò il primo protocollo di intervento, l'MBSR, per la riduzione dello stress (inteso come sofferenza fisica e mentale, in modo ampio e trasversale). A partire dagli anni novanta, anche grazie all'inserimento di elementi della psicologia cognitiva, la Mindfulness è stata inserita nel trattamento di una ampia gamma di disturbi psichiatrici, grazie allo sviluppo di protocolli e modelli terapeutici di cui si è dimostrata l'efficacia tra i quali la Mindfulness-Based Cognitive Therapy, la Dialectical Behaviour Therapy, la Acceptance and Commitment Therapy, la Compassion Focused Therapy ed altre ancora. Negli Stati Uniti oltre 20.000 persone hanno completato il programma di otto settimane MBSR; la Mindfulness negli ultimi anni si è sviluppata ampiamente anche in ambito europeo. Viene utilizzata non solo in ambito clinico, ma anche in aziende e nella scuola, con adulti e con bambini, in carcere e nella comunità, visti i vantaggi legati alla acquisizione di una maggiore capacità di attenzione, di concentrazione, di ascolto, di comunicazione e ad una maggiore consapevolezza ed empatia verso sé e verso gli altri. Quest'ultimo aspetto legato alla diffusione della pratica di Mindfulness non è privo di rischi. Se, infatti, da una parte, vediamo la copertina del Time di febbraio 2014 dedicata alla "Mindfulness revolution" dall'altro tale diffusione scopre il fianco a una confusione e talvolta ad un enorme allontanamento da ciò che è intenzione profonda dei percorsi di consapevolezza, coltivare la presenza mentale e sviluppare modalità differenti di stare in relazione con la propria sofferenza. Questo aspetto non si fonda su un presupposto ideologico, bensì su aspetto centrale e fondante la pratica di consapevolezza. Oltre vent'anni di ricerca, infatti, mostrano come le qualità e l'esperienza di pratica degli istruttori rappresenta uno degli aspetti maggiormente dirimenti gli effetti dei percorsi di Mindfulness stessi. Basta leggere la storia dello sviluppo del protocollo MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy), ad opera di Segal, Williams e Teasdale (2000, 2014) per comprendere come confondere i percorsi Mindfulness con percorsi in cui si impara una tecnica semplicemente diminuisce drasticamente, talvolta annulla, i benefici della pratica stessa. Come ormai è noto, infatti, i primi tentativi di applicazione degli interventi Mindfulness svolti da Segal e colleghi sono stati fallimentari. Il percorso MBCT, prima di assumere tale nome, era stato inteso e denominato dai colleghi inglesi "attentional control training", il cui focus era appunto insegnare ai pazienti una abilità, una tecnica di distrazione. Questo percorso però, a detta degli stessi autori, non portò ai risultati sperati. Scrive Jon Kabat-Zinn nel 2003: "Poiché è probabile che in futuro l'interesse per la Mindfulness e la sua applicazione a specifici disturbi affettivi continui a crescere, soprattutto all'interno della comunità dei terapeuti cognitivisti [...] diventa di importanza cruciale che le persone che si avvicinano a questo campo con interesse professionale ed entusiasmo riconoscano l'aspetto peculiare e le caratteristiche distintive della Mindfulness in quanto pratica meditativa, con tutto ciò che implica; ossia che la Mindfulness non va concepita come una nuova promettente tecnica o esercizio

cognitivo-comportamentale, decontestualizzato, innestato in un paradigma cognitivista, il cui scopo sia di indurre un cambiamento desiderabile oppure di “riparare ciò che si è rotto” [...] La Mindfulness non è solo una buona idea che, dopo averne sentito parlare, si possa immediatamente decidere di vivere nel presente, con la promessa di una riduzione dell’ansia e della depressione o di un aumento delle prestazioni e della qualità di vita, e che si possa poi rimettere in pratica all’istante in modo attendibile. È più somigliante invece a una forma d’arte che si sviluppa col tempo, ed è grandemente incrementata attraverso la disciplina di una pratica regolare, quotidiana, sia formale sia informale”.

#### 4. Applicazioni cliniche della Mindfulness

La Mindfulness rappresenta oggi la componente centrale di una serie di nuovi trattamenti che hanno dimostrato effetti significativi nel trattamento di disagio fisico e mentale. Un punto fondamentale e mai troppo spesso richiamato è questo: tutti gli interventi di Mindfulness sono stati rigorosamente studiati in modo scientifico. La Mindfulness si offre come complemento e non come sostituto al trattamento tradizionale, sia medico che psicologico. Negli ultimi trenta anni numerose ricerche hanno evidenziato una efficacia clinica, sia nei confronti di patologie psichiatriche (come il disturbo ossessivo-compulsivo, la depressione, il disturbo di ansia generalizzata, il disturbo post-traumatico da stress, le ricadute in pazienti con uso di sostanze, i disturbi della alimentazione, il disturbo borderline di personalità, ed altro ancora) che di disturbi di tipo più prettamente medico, (in campo oncologico, nel trattamento della psoriasi, sul dolore cronico, sulle patologie cardiocircolatorie legate allo stress, ed altro).

La tabella riassume le situazioni cliniche per cui esistono studi di efficacia in letteratura.

Ansia	Somatizzazioni gastro intestinali
Stress lavorativo, familiare e finanziario	Dolore emotivo (grief)
Asma	Cefalee
Tumori – riduzione dolori	Cardiopatie
Malattie croniche e dolori cronici	Ipertensione
Depressione	Attacco di Panico
Disturbi della nutrizione e dell’alimentazione	Disturbo da stress post traumatico (PTSD)
Sindrome da affaticamento cronico (CFS)	Malattie della pelle
Fibromialgia	Disturbi del sonno

In particolare, nel dolore cronico si riduce significativamente (del 40-50%) a livello del talamo e della corteccia prefrontale la risposta evocata dalla attivazione periferica delle vie dolorifiche e si agisce controllando la componente emotiva associata alla sensazione dolorosa. Nei pazienti con tumore è indicata per gli effetti sia sul piano psicologico (riduzione delle risposte ansiose e depressive) che fisico (modificazione del livello di cortisolo, aumento della risposta immunitaria, migliore risposta alle terapie

chemioterapiche e radiologiche con una relativa diminuzione degli effetti collaterali). Nelle malattie cardiovascolari permette di ottenere una riduzione significativa della pressione arteriosa, della resistenza alla insulina in soggetti diabetici e del livello di colesterolo ematico. Aiuta, in modo significativo, a sostenere l'impatto di malattie croniche o degenerative, (AIDS, distrofia muscolare, cardiopatie, ictus, disturbi respiratori, diabete, acufeni, ecc.) attraverso la coltivazione della accettazione, e tramite una maggiore flessibilità cognitiva e una maggiore apertura emotivo/affettiva. Coadiuvata efficacemente le cure per le malattie della pelle: psoriasi, alopecia, dermatite allergica e, in generale, delle malattie psicosomatiche. Migliora la qualità del sonno.

### 5. Il protocollo MBRP

Rispetto alle problematiche delle dipendenze un approccio che ha dato prove di efficacia è quello del Mindfulness Based Relapse Prevention (MBRP, Bowen, Chawla e Marlatt, 2010) sviluppato presso il Centro di Ricerca Addictive Behaviour dell'Università di Washington. Simile al Mindfulness-Based Cognitive Therapy per la depressione, l'MBRP è concepito come un programma di integrazione delle prassi scientificamente fondate sulla Mindfulness con i principi della terapia cognitivo-comportamentale, applicati al trattamento delle dipendenze. Come la maggior parte dei protocolli basati sulla Mindfulness, anche il MBRP si svolge in 8 incontri della durata di due ore circa, una volta la settimana, e comprende pratica di Mindfulness ed esercizi psicoeducativi, anche attraverso l'uso di metafore e di esercizi immaginativi. La condivisione in gruppo al termine degli esercizi è un altro elemento fondamentale di questo programma. L'ingresso nel gruppo è successivo ad un colloquio preliminare di valutazione. Il gruppo dei partecipanti (8-12 come numero ideale, ma che può arrivare fino a 20 con conduttori esperti) deve prevedere una stabilità nell'uso/comportamento di dipendenza da almeno un mese. Il gruppo è chiuso, anche perché il protocollo conduce in modo graduale e calibrato all'acquisizione e all'allenamento della pratica di consapevolezza. Durante la settimana tra un incontro e quello successivo viene richiesto di praticare gli esercizi proposti, della durata di circa 30 minuti. Fondamentali risultano le qualità dei conduttori, intese come esperienza personale di Mindfulness e abilitazione ad insegnante di Mindfulness. È gradita esperienza nelle dipendenze, ma non è indispensabile. Ecco, in breve, argomenti e obiettivi delle 8 sessioni:

#### Sessione 1: Pilota automatico e ricaduta

##### Obiettivi:

Costituzione del gruppo,  
Fare esperienza diretta,  
Scoperta degli automatismi che ci guidano,  
Scoperta del corpo e dello stare nel corpo  
L'allenamento alla pratica quotidiana

#### Sessione 2: Consapevolezza degli eventi scatenanti e craving

##### Obiettivi:

Avvicinamento alla consapevolezza:  
- di sé (sensazioni corpo e mente)  
- delle situazioni attivanti  
- della risposta del corpo a queste situazioni  
- di come usare il corpo per calmare la mente l'allenamento alla pratica quotidiana



<p><b>Sessione 3: La Mindfulness nella vita quotidiana</b></p> <p><b>Obiettivi:</b></p> <p>Pratica formale e pratica informale</p> <p>Imparare a stare con le sensazioni (comprese le emozioni) (spiacevoli, ma anche no)</p> <p>Imparare come rispondere alle sensazioni /emozioni che ci turbano</p> <p>SOBER</p>	<p><b>Sessione 4: La Mindfulness nelle situazioni ad alto rischio</b></p> <p><b>Obiettivi:</b></p> <p>Stare nelle situazioni più difficili, quelle che riportano verso la dipendenza</p> <p>Affinare la consapevolezza dei trigger</p> <p>Lo spazio di respiro come uscita dal pilota automatico e come spazio di libertà</p>
<p><b>Sessione 5: Accettazione e azione efficace</b></p> <p><b>Obiettivi</b></p> <p>La consapevolezza del corpo e delle nostre reazioni: accogliere con accettazione quello che c'è.</p> <p>Resistenza e sofferenza</p> <p>Sperimentare i propri limiti e accettare sé stessi per poter accettare quello che ci porta la vita</p> <p>Accettare per agire in modo consapevole e prendersi cura di sé stessi</p>	<p><b>Sessione 6: vedere i pensieri come pensieri</b></p> <p><b>Obiettivi</b></p> <p>Comprendere la forza dei pensieri per andare verso la defusione</p> <p>Come i pensieri possono portare (anche) alla ricaduta</p> <p>Come relazionarsi con i pensieri</p>
<p><b>Sessione 7: Cura di sé e stile di vita equilibrato</b></p> <p><b>Obiettivi</b></p> <p>Avere una chiara visione per essere consapevoli dei segnali di pericolo che espongono alla ricaduta</p> <p>Prepararsi al termine degli incontri</p> <p>Prepararsi alla vita successiva</p> <p>Avere chiare le attività nutrienti (da sviluppare) e quelle assorbenti.</p>	<p><b>Sessione 8: Supporto sociale e proseguimento della pratica</b></p> <p><b>Obiettivi</b></p> <p>«Riassunto» delle abilità e pratiche apprese</p> <p>Necessità di costruire una rete di supporto per proseguire nel cammino riabilitativo e vivere in modo consapevole, intenzionale e compassionevole</p> <p>La cerimonia di addio</p>

## 6. Perché funziona?

Le pratiche di cui è composto il programma MBRP hanno lo scopo di promuovere e favorire una maggiore consapevolezza dei trigger legati all'uso di sostanze, degli schemi abituali implicati nei comportamenti di dipendenza e delle reazioni "da pilota automatico" che portano a mettere in atto comportamenti disfunzionali di uso e abuso. Le pratiche di Mindfulness previste del MBRP sono progettate per promuovere l'osservazione dell'esperienza presente e portare consapevolezza rispetto alla gamma di scelte che ognuno può mettere in atto, aumentando di fatto la libertà dell'individuo.

Riportando l'attenzione al corpo, ai processi percettivi, a tutte le cose nella loro essenza di base, si interrompono le risposte automatiche, così da poter maturare nuove e migliori risposte. Anzi possiamo dire che, interrompendo il pilota automatico, smettiamo di "reagire" e incominciamo a "rispondere", guadagnando uno spazio di libertà (e di responsabilità) prima impossibile. Le 3 abilità/apprendimenti alla base del funzionamento sono fondamentalmente:

1. spostare l'attenzione dove desidero portarla, tramite l'attenzione, l'intenzione e con funzione di ancoraggio



2. accogliere l'esperienza, con curiosità, apertura, accettazione e provando a situarsi in una posizione meno giudicante nei confronti degli eventi di vita
3. porre un "intimo distacco" nelle proprie esperienze: tramite la defusione riesco a distinguere tra qualità oggettive e l'attribuzione alla realtà di qualità che sono nei pensieri, quindi nella soggettività

Il lavoro con la Mindfulness è volto, quindi, ad aumentare la possibilità dell'individuo di rispondere agli impulsi attraverso comportamenti "utili" e adeguati e a non re-agire con modalità dannose per la salute e per il proprio benessere psicologico.

Difatti, gli obiettivi principali del MBRP sono:

1. Sviluppare la consapevolezza dei trigger personali e delle re-azioni abituali in modo da individuare quando si agisce con il "pilota automatico" e imparare a creare un "tempo di consapevolezza", cioè una pausa tra questi processi percepiti come automatici;
2. Modificare il rapporto con il disagio, imparando a riconoscere e gestire in modo funzionale le esperienze emotive difficili.
- 3 Promuovere una modalità compassionevole e non giudicante verso la propria esperienza, diminuendo il senso che di colpa che abitualmente riporta ai meccanismi abituali di consumo.

### 7. La sperimentazione

All'interno delle sperimentazioni regionali su progetti innovativi nell'area delle dipendenze (2012-2014) si è svolto, nelle due Asl di Milano Città e di Milano 2, l'utilizzo del protocollo MBRP su pazienti in cura presso servizi ambulatoriali e residenziali. Nelle pagine seguenti daremo breve cenno alla metodologia seguita e ai risultati raggiunti.

Nella sperimentazione relativa all'Asl Milano Città la procedura ha seguito le fasi illustrate nella tabella sottostante:

<b>Preparazione</b>	Incontro con il servizio, illustrazione del razionale del progetto, condivisione degli obiettivi, tempi e metodi
<b>Selezione dei partecipanti</b>	Minimo 1 mese astinenza – massimo 20 soggetti per ciascun gruppo
<b>T0</b>	Introduzione al programma e somministrazione dei seguenti questionari: Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ); Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ II); Desire Thinking Questionnaire (DTQ); Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) BDI - Beck Depression Inventory; STAI - State-Trait Anxiety Inventory; Penn Alcohol Craving Scale (PACS);
<b>Protocollo MBRP</b>	8 settimane + 2 richiami (a distanza quindicinale)
<b>T1 – 11/12 settimane</b>	Risomministrazione dei test

Il programma è stato condotto da operatori esperti di Mindfulness affiancati da operatori dei servizi (formazione diretta sul campo).

### 8. Caratteristiche generali dei partecipanti

I soggetti reclutati mostravano problematiche prevalenti relative alla sfera dell'Alcol. Dei 90 soggetti individuati e invitati a partecipare, hanno seguito il gruppo adeguatamente 60 (>5 incontri) e hanno completato la compilazione dei test/retest 46 (di cui 26 maschi e 20 femmine). L'età media è pari a 46,07 anni (DS 12,52); i mesi astinenza sono di almeno 1 con la moda che si situa nella fascia tra i 6-12 mesi; le presenze al gruppo sono state >5 con la moda >8; la scolarità media di diploma di media superiore. L'analisi dei dati è avvenuta con l'utilizzo del software SPSS attraverso l'applicazione del Paired sample t-test per la messa a confronto delle medie in caso di dati appaiati (Pre-Post).

### 9. Risultati

I processi psicologici implicati sono stati misurati con i seguenti strumenti:

AAQ (Acceptance and Action Questionnaire II - Hayes et al, 2004) - strumento di base per la misurazione e valutazione dell'Accettazione e dell'Evitamento esperienziale (vs. flessibilità psicologica)

FFMQ (Five Facet Mindfulness Questionnaire – Baer et al., 2006) una scala multifattoriale, tra le più valide e attendibili per l'assessment delle abilità di Mindfulness (Osservare, Descrivere, Agire con Consapevolezza, Sospensione del Giudizio, Non Reattività)

DTQ (Desire Thinking Questionnaire – Caselli & Spada, 2011) strumento di misura del pensiero desiderante

Le tabelle seguenti illustrano le medie e deviazioni standard pre e post test e la relativa significatività statistica delle differenze riscontrate.

Test	Media (Dev. Std) Pre	Media (Dev. Std) Post	Significatività (valore di t)
AAQ	42,76 (12,02)	47,24 (11,17)	.001 (T= -3,41)
FFMQ (observe)	26,46 (5,249)	29,17 (5,25)	.002 (T= -3,28)
FFMQ (describe)	23,61 (5,56)	25,70 (4,82)	.001 (T= -3,71)
FFMQ (non react)	19,98 (5,13)	22,33 (4,63)	.014 (T= -2,55)
DTQ totale	19,18 (7,87)	15,16 (5,64)	.000 (T= 4,07)
DTQ verbale	9,16 (4,42)	6,93 (2,63)	.000 (T= 3,98)
DTQ immaginativa	10,02 (4,00)	8,20 (3,40)	.003 (T= 3,21)

Come si può osservare i risultati in quest'area mostrano un miglioramento in tutte le variabili misurate. In questa breve trattazione ci preme sottolineare in particolare il cambiamento tra prima e dopo che i partecipanti hanno sperimentato rispetto alla loro capacità di accogliere le esperienze (osservarle e descriverle) e a non reagire alle stesse (FFMQ).

Per quanto riguarda i sintomi, sono state usate la scala Beck Depression Inventory (B.D.I.; Beck, 1967) relativamente all'umore e State-Trait Anxiety Inventory (STAY; (Spielberger et al., 1970) per l'ansia di stato.

Test	Media (Dev. Std) Pre	Media (Dev. Std) Post	Significatività (valore di t)
BDI	14,86 (12,55)	11,02 (10,63)	.007 (T= 2,82)
STAI Y	46,84 (10,95)	43,87 (10,61)	.016 (T= 2,51)

In fase di post test si sono misurati miglioramenti significativi sia nel miglioramento dell'umore, sia nella diminuzione dell'ansia.

Il risultato in termini di cambiamento comportamentale è stato misurato attraverso il PACS (Penn Alcohol Craving Scale- Flannery et al., 1999) di cui riportiamo i risultati relativamente ai singoli item:

Item	Media (Dev. Std) Pre	Media (Dev. Std) Post	Significatività (valore di t)
Quanto spesso pensava all'oggetto della sua esperienza di desiderio o a come l'avrebbe fatta sentire bene?	2,57 (1,78)	1,52 (1,43)	.002 (T= 3,29)
Nel momento di maggiore intensità quanto era forte il desiderio?	3,26 (2,01)	2,26 (1,90)	.007 (T= 2,82)
Quando le veniva in mente l'oggetto della sua esperienza di desiderio, per quanto tempo ci pensava?	1,45 (1,79)	0,86 (0,81)	.026 (T= 2,31)
Quanto era difficile resistere all'impulso quando ne aveva l'occasione o l'opportunità?	2,90 (2,08)	1,67 (1,76)	.000 (T= 3,87)
Considerando le risposte che ha dato alle domande precedenti, provi a valutare com'era il suo generale desiderio	2,69 (1,98)	1,67 (1,49)	.003 (T= 3,12)

Come si può osservare i partecipanti al protocollo mostrano variazioni significative rispetto a tutti gli item del PACS. Dato emblematico riguarda il cambiamento rispetto all'item nr 4 ovvero alla difficoltà a resistere agli impulsi che è significativamente diminuita alla fine del programma. In conclusione di questa breve trattazione dell'esperienza possiamo dire che, in linea con gli studi internazionali di riferimento, le dipendenze sembrano essere un buon target per i protocolli Mindfulness di prevenzione delle ricadute. Nel comportamento di uso, infatti, le abilità di Mindfulness favoriscono in modo importante la sospensione della reazione automatica in favore di comportamenti consapevoli. Future

ricerche saranno integrate dalla presenza di un gruppo di controllo e followup a 12 mesi, come pure una misurazione della relazione tra risultati raggiunti e pratica quotidiana di mindfulness. Per i servizi che oggi si affacciano a questa metodica ci preme sottolineare che, contrariamente ad altri interventi per la prevenzione delle ricadute, il protocollo MBRP è fondamentalmente basato sull'esperienza diretta e solo in parte psicoeducativo. L'intervento dell'operatore non è mai primariamente verbale ed è fortemente basato sull'esperienza che emerge dalla pratica. Come qualsiasi intervento di gruppo, anche questo può considerarsi una metodica a basso costo, quindi può essere importante stimolare altre realtà di cura a diffonderla, ricordando che la formazione dell'operatore/conducente non può altro che passare da un ampio percorso di pratica personale.

## Bibliografia

- Addolorato G., Abenavoli L., Leggio L., & Gasbarrini G., *How many cravings? Pharmacological aspects of craving treatment in alcohol addiction: A review Neuropsychobiology*, 2005, 51, 59–66. doi:10.1159/000084161
- Baer R.A., Smith G.T., Hopkins J., Krietemeyer J., & Toney L., *Using self-report assessment methods to explore facets of Mindfulness*, *Assessment*, 2006, 13, 27–45
- Baer R.A., *Come funziona la Mindfulness*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2012
- Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K., *Beck Depression Inventory manual (2nd edition)*, San Antonio, Psychological Corporation, 1996
- Bowen S., Chawla N., Marlatt G.A., *Mindfulness e comportamenti di dipendenza*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2013
- Bowen S. & Marlatt G.A., *Surfing the Urge: Brief Mindfulness-Based Intervention for College Student Smokers*, *Psychology of Addictive Behaviors*, 2009, 666–671
- Bowen S., Witkiewitz K., Dillworth T.M. & Marlatt G.A., *The role of thought suppression in the relationship between Mindfulness meditation and substance use*, *Addictive Behaviors*, 2007, 32, 2324–2328
- Bowen S., Witkiewitz K., Dillworth T.M., Chawla N., Simpson T.L., Ostafin B., Larimer M.E., Blume A.W., Parks G.A. & Marlatt, G.A., *Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population*, *Psychology of Addictive Behaviors*, 2006, 20, 343–347
- Bowen S., Chawla N., Collins S., Witkiewitz K., Hsu S., Grow J., Clifasefi S., Garner M., Douglass A., Larimer M. & Marlatt G.A., *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial*, *Substance Abuse*, 2009, 30, 205–305
- Brewer J.A., Bowen S., Smith J.T., Marlatt G.A., Potenza M.N., *Mindfulness-based treatments for co-occurring depression and substance use disorders: what can we learn from the brain?*, *Addiction*, 2010, 105, 1698–1706
- Brewer J.A., Bowen S., Smith J.T., Marlatt G.A. & Potenza M.N., *Applying Mindfulness-Based Treatments to Co-Occurring Disorders: What Can We Learn from the Brain?* *Addiction*, 2010, 105, 1698–1706
- Brown K.W., Ryan R.M., *The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 2003, Vol 84(4), 822–848

- Caselli G. & Spada M.M., *Desire Thinking Questionnaire: Development and Psychometric Properties of a Self-Report Questionnaire*, Addictive Behaviours, 2011, 36 (11), 1061-1067
- Chawla N., Collins S., Bowen S., Hsu S., Grow J., Douglas A. & Marlatt G.A., *The Mindfulness-Based Relapse Prevention Adherence and Competence Scale: Development, Interrater Reliability and Validity*, Psychotherapy Research, 2010, 20, 388-397
- Collins S.E., Chawla N., Hsu S.H., Grow J., Otto J.M. & Marlatt, G.A., *Language-based measures of Mindfulness: Initial validity and clinical utility*, Psychology of Addictive Behaviors, 2009, Vol 23, 743-749
- Courbasson C.M., Nishikawa Y., Shapira L.B., *Mindfulness-Action Based Cognitive Behavioral Therapy for Concurrent Binge Eating Disorder and Substance Use Disorders*, Eating Disorders, 2011, 19:17-33, 2011
- Flannery B.A., Volpicelli J.R. & Pettinati H.M., *Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale, Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 1999, 23, 1289-1295
- Hayes S.C., Strosahl K., Wilson K.G., Bissett R.T., Pistorello J., Toarmino D. et al., *Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model*, 2004, Psychological Record, 54, 553-578
- Hölzel B.K., Carmodyc J., Vangel M., Congleton C., Yerramsetti S.M., Garda T., Lazara S.W., *Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density*, Neuroimaging, 2010, doi:10.1016/j.psychres.2010.08.006
- Kabat Zinn J., *Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future*, Clinical Psychology: Science and Practice, 2003, 10, 144-56, pp. 145-48
- Lee K-H., Bowen S. & Bai, A-F. (in press), *Psychosocial outcomes of Mindfulness-Based Relapse Prevention in incarcerated substance abusers in Taiwan: A preliminary study*, Journal of Substance Abuse
- Leigh J., Bowen S. & Marlatt G.A., *Spirituality, Mindfulness & substance abuse*, 2005, Addictive Behaviors, 30, 1335-1341
- Lustyk K., Chawla N., Nolan R. & Marlatt G.A., *Mindfulness Meditation Research: Issues of participant screening, safety procedures, and researcher training*, Advances in Mind-Body Medicine, 2009, 24, 20-30
- McLellan A.T., Lewis D.C., O'Brien C.P., Kleber H.D., *Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation*, JAMA, 2000, 284(13):1689-95
- Novellino M., *L'approccio clinico dell'analisi transazionale*, Milano, Franco Angeli, 2004
- Ostafin B.D., Chawla N., Bowen S., Dillworth T.M., Witkiewitz K. & Marlatt G.A., *Intensive Mindfulness training and the reduction of psychological distress: A preliminary study*, Cognitive and Behavioral Practice, 2006, 13, 191-197
- Segal Z.V., Williams J.M.G. & Teasdale J.D., *Mindfulness. Al di là del pensiero oltre il pensiero*, Torino, Bollati Boringhieri Editore, 2014
- Simpson T.L., Kaysen D., Bowen S., MacPherson L.M., Chawla N., Blume A., Marlatt G.A. & Larimer, *PTSD symptoms, substance use, and Vipassana mediation among incarcerated individuals*, Journal of Traumatic Stress, 2007, 20, 239-249
- Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R., Vagg P.R. & Jacobs G.A., *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983
- Therapy N., *Il cuore della meditazione buddhista*, Roma, Ubaldini editore, 1978

Witkiewitz K.A, Bowen S., Douglas H., Hsu S.H., *Mindfulness-based relapse prevention for substance craving*, Addictive Behaviors, 2012, doi:10.1016/j.addbeh.2012.04.001

Witkiewitz K. & Bowen S., *Depression, Craving and Substance Use Following a Randomized Trial of Mindfulness-Based Relapse Prevention*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2010, 78, 362-374

Witkiewitz K., Bowen S., Villarael N. & Donovan D. (in press), *The Relation between Changes in Negative Mood and Heavy Drinking: Moderating Effects of a Craving Intervention*, Journal of Consulting and Clinical Psychology

Zgierska A., Rabago D., Chawla N., Kushner K., Kohler R., Marlatt A., *Mindfulness Meditation for Substance Use Disorders: A Systematic Review*, Journal of Substance Abuse, 2009, 30, 266-294

## 6. Pet Therapy e interventi assistiti con animali

**Francesco Brescianini, Luigi Dotti, Roberta Vitali**

Comunemente definiti Pet Therapy, gli interventi assistiti dagli animali sono a tutti gli effetti una co-terapia, ossia una terapia integrante e di supporto da associare a terapie già in atto per aiutare il paziente nel processo di guarigione o fornire una migliore qualità di vita in caso di patologie croniche o non curabili.

Il principio della Pet Therapy si basa generalmente sull'utilizzo del rapporto speciale che si viene a creare tra la persona e l'animale domestico inserito nel programma: i contatti che si instaurano tra paziente e animale riescono a facilitare il rapporto con il terapeuta e/o familiari.

Come indicato dall'Istituto Superiore di Sanità i benefici apportati dalla relazione con gli animali riguardano:

- la promozione del benessere della persona, agendo sulle diverse leve motivazionali, emozionali, cognitive, funzionali;
- l'integrazione sociale e affettiva della persona, agendo sulle leve relazionali, di autostima e comunicative;
- la facilitazione di processi riabilitativi, mitigando i carichi dei problemi in essere o favorendo percorsi compensativi;
- il supporto alle attività terapeutiche vigenti, aumentandone l'efficacia o l'efficienza.

### 1. Le radici della Pet Therapy

I primi studi risalgono al 1792 quando lo psicologo Inglese William Tuke, cominciò a curare pazienti con turbe psichiche con l'aiuto di piccoli animali. Si notò che lentamente le persone mentalmente disturbate potevano ritrovare autocontrollo ed equilibrio attraverso la cura di questi animali.

Nel 1859 Florence Nightingale notò che gli animali erano fonte di svago per i malati cronici e a lungo termine; nel 1867 in Germania venne fondato il Bethel Hospital all'interno del quale vi era un centro per il recupero dei pazienti epilettici e disabili

mentali che prevedeva l'ausilio degli animali come parte integrante della terapia.

Nel 1919 negli Stati Uniti, al St. Elisabeth's Hospital vennero impiegati cani per curare pazienti che a seguito della prima Guerra Mondiale avevano riportato gravi forme di turbe mentali, come schizofrenia, disturbi del comportamento, problemi relazionali e gravi forme di depressione.

Al termine della seconda Guerra Mondiale i soldati e gli aviatori con gravi lesioni fisiche e motorie in convalescenza nell'ospedale di New York, vennero invitati a svolgere piccole attività di intrattenimento con cani, gatti e conigli, dando così la possibilità a molti di loro di svolgere movimenti involontari che li avrebbero portati presto ad una migliore e più completa ripresa dei movimenti.

Nel 1953 Boris Levinson, psicoterapeuta infantile, scoprì fortuitamente il benefico effetto che aveva la presenza del suo cane Jingles su un bambino autistico: inizieranno da qui le prime ricerche sugli effetti degli animali da compagnia in campo psichiatrico. Levinson nell'articolo in cui enunciò le prime teorie verificabili, "The Dog As Co-Therapist" utilizzò per la prima volta il termine Pet Therapy.

Successivamente alle intuizioni di Boris Levinson, la Pet Therapy e, in senso lato, l'impiego dell'animale come coterapeuta, ha avuto una progressiva evoluzione e diffusione in strutture e istituzioni sanitarie, assistenziali, educative e ricreative.

Dagli anni settanta, su impulso della diffusione delle nuove culture psicoanalitico-relazionali e psico-motorie in ambito riabilitativo e terapeutico, si sviluppa e si struttura l'impiego del cavallo come ausilio di cura e riabilitazione (fisica e psico sociale) in molteplici ambiti sanitari e socioeducativi. Nasce l'**ippoterapia** o, come viene meglio definita più recentemente, l'attività e la terapia con la mediazione del cavallo.

L'attività con la mediazione del cavallo ha alle spalle un buon bagaglio di storia, pratica e teorica. L'ippoterapia, approccio psicomotorio e terapeutico alla riabilitazione, ha avuto in Italia e all'estero un significativo sviluppo. Il cavallo resta l'animale elettivo per un lavoro psicomotorio e riabilitativo, per l'armonia dei movimenti e la stimolazione globale della motricità, dell'equilibrio e della sensorialità motoria, oltre che per gli aspetti relazionali, psicosociali ed educativi propri della Pet Therapy.

L'asino, riscoperto più recentemente, è meno armonico rispetto a questi obiettivi, ma consente di esaltare quegli aspetti che l'ippoterapia "riabilitativa" classica stava rischiando di lasciare sullo sfondo: la relazione terapeutica con l'animale propria della Pet Therapy, l'addestramento relazionale e la strutturazione di dinamiche ruolo-controruolo significative dal punto di vista terapeutico ed educativo, il valore della cura e del prendersi cura. Proprio la considerazione e la valorizzazione dell'importanza di questi ultimi aspetti hanno visto il diffondersi delle pratiche legate all'**attività mediata con l'asino (onoterapia)**.



Possiamo enucleare gli aspetti che possono essere esaltati e valorizzati nell'attività di Pet Therapy:

1. la possibilità di **introdurre un terzo elemento** che sposta l'accento sulla relazione e sull'azione nella vita (come condizioni normali e concrete), più che sulla relazione di cura operatore/paziente;
2. focalizzarsi sulle **capacità della persona nella sua globalità rispetto ai limiti**, al sintomo, alla malattia, alla condizione di difficoltà, alla sola comunicazione verbale;
3. **mettere il paziente nella posizione di colui che si prende cura dell'altro** (l'animale) piuttosto che essere oggetto più o meno passivo di cura o di terapia da parte dell'operatore o dei familiari; questa **inversione di ruolo** ha in sé effetti e benefici terapeutici e promuove modalità attive nella cura di sé, che contrastano l'atteggiamento di delega al terapeuta;
4. **spostare l'attenzione all'altro da sé** (decentramento dal problema, malattia, sintomo, condizione personale);
5. ridisegnare e ricostruire i **tempi della cura** (tempi veloci e lenti della relazione in fieri con l'animale, piuttosto che la tempistica rigida delle terapie e cure tradizionali);
6. **riaddestrare agli elementi fondamentali della relazione e della vita sociale** (prossemica e consapevolezza delle distanze relazionali, importanza del contatto tonico/tattile, alternanza comunicativa, o abilità relazionali di base); la relazione con l'animale porta ad attivare, a risvegliare e ad apprendere le modalità base della relazione, spesso compromesse dalla condizione di malattia o di difficoltà;
7. **recuperare la comunicazione non verbale**, sovente soffocata dalla prevalenza della dimensione verbale nei percorsi di cura: gli elementi olfattivi, tattili, spaziali e di contatto con l'ambiente e la natura vengono esaltati;
8. **favorire la mobilitazione** e l'attività fisica, contrastando l'immobilità, la passivizzazione e l'attesa inerte della guarigione come evento esterno;
9. stimolare e generare curiosità e fornire l'**aggancio motivazionale** per lo sviluppo della relazione e della cura;
10. **recuperare gli elementi storici, culturali, narrativi e simbolici della storia della persona**, attraverso l'attività con l'animale è possibile attuare una ricerca di senso e di significato più ampio della condizione di malattia, difficoltà o semplicemente esistenziale;
11. se l'attività con la mediazione animale viene svolta in contesti di gruppo, la cura del gruppo da parte del conduttore orienta alla cura e **prendersi cura all'interno del gruppo**.

Dedichiamo ancora qualche parola per due aspetti importanti della Pet Therapy, più sopra accennati.



## 2. La valorizzazione della dimensione non verbale “tattile” (uditiva, olfattiva, propriocettiva)

La nostra vita emotiva è sollecitata non solo da pensieri o immagini interne ma, soprattutto, dalla relazione con l'altro da sé. Nell'esperienza quotidiana si sperimenta una relazione con l'altro da sé connotata prevalentemente dalla dimensione verbale e visiva mentre le altre dimensioni più squisitamente corporee passano in secondo piano. L'attività con l'animale mette in gioco proprio quelle dimensioni esperienziali solitamente trascurate.

Il contatto tattile, innanzitutto, costituisce un elemento emotivo importante: il calore dell'animale, la morbidezza del pelo e soprattutto la responsività al contatto: l'animale come “speciale pelouche” dotato di vita e di relazione; in altre parole possiamo dire “speciale oggetto intermediario vivente” e “animale Io-ausiliario”.

Anche la dimensione olfattiva acquista un suo rilievo nel contatto con l'animale.

Importanti sono anche le stimolazioni propriocettive che vengono attivate specificamente nell'ippoterapia e onoterapia nel momento in cui la persona sale sull'animale: equilibrio-perdita di equilibrio, tensione-rilassamento, preoccupazione-piacere, eccitazione-allarme, modificazioni nella respirazione e nel battito cardiaco in accordo con le variazioni emozionali.

## 3. La cura attiva

Prendersi cura dell'animale significa porsi in ruolo attivo rispetto all'abitudine a subire passivamente interventi esterni cui la persona disabile, il paziente psichiatrico, la persona dipendente e quella anziana sono spesso esposti. Si attua un'**inversione di ruolo** che ha effetti benefici sull'immagine di sé e sul sistema motivazionale. Si attua la possibilità di sperimentare una responsabilità verso l'altro come atto relazionale e affettivo rispetto alla responsabilità come dovere, norma di comportamento o regola istituzionale.

Strettamente collegata a questo è la **possibilità** per il paziente di **spostare l'attenzione all'altro da sé (decentramento dalla malattia e/o condizione personale) e curare il piacere della relazione**. L'attività ludica e **non medicalizzata** con l'animale stimola la ricerca del piacere della relazione rispetto al piacere della sostanza, o la ricerca di rituali di cura e di vita quotidiana ripetitivi e rassicuranti.

## 4. Attività assistita con gli animali in Italia

In Italia l'attività terapeutica di mediazione con gli animali non possiede un preciso quadro giuridico, per questo le metodologie operative sono molto diverse e la situazione presenta una carenza nella valutazione dell'attività. Nel 2003 è stato recepito l'accordo Stato-Regioni recante alcune disposizioni in materia di benessere degli animali da compagnia e di Pet Therapy.

Nel 2009 è stato attivato presso l'IZS delle Venezie a Padova il Centro di Referenza Nazionale per gli Interventi Assistiti dagli Animali.

Gli Interventi Assistiti con gli Animali, noti come Pet therapy, come definito nell'art 1 dell'Accordo del 25 marzo 2015 “Linee guida per gli interventi assistiti con gli animali” del della Presidenza del Consiglio dei Ministri, *hanno valenza terapeutica, riabilitativa, educativa e ludico-ricreativa e comprendono tre ambiti di intervento: Terapie Assistite con gli Animali (TTA), Educazione Assistita con gli Animali (EAA) e Attività Assistite con gli Animali (AAA).*

Sono rivolti prevalentemente a persone con disturbi della sfera fisica, neuromotoria, mentale e psichica, a dipendenti da qualunque sostanza e causa, ma possono essere indirizzati anche a individui senza patologie specifiche, come promozione della salute e del benessere. Gli animali che possono essere impiegati sono il cane, il cavallo, l'asino, il gatto ed il coniglio. L'impiego degli animali fornisce un contributo peculiare al mantenimento del benessere della persona e produce benefici e opportunità specifiche, di difficile valutazione e attuazione con altre modalità di intervento.

La base del successo di questo tipo di terapia è l'attivazione emozionale comunicativa espressa dal rapporto uomo/animale, tanto più forte è il legame tra animale e paziente tanto più positivi sono i risultati.

Il contatto corporeo con l'animale fornisce gratificazioni attraverso sensazioni diverse: calore, morbidezza, postura, coordinazione dei movimenti; il rapporto persona/animale, genuino e spontaneo, crea un canale di comunicazione primario e più immediato rispetto a quello verbale.

Si tratta di emozioni che agiscono sul benessere della persona in quanto rientrano nella gamma delle emozioni positive (curiosità, tenerezza, intimità, gioco, divertimento, senso del buffo, sentirsi utile, padronanza del compito, sicurezza, accettazione), mentre sono ridotte al minimo o facilmente superabili le emozioni di carattere negativo (paura, vergogna, rabbia, altro), a volte utilizzate per fini terapeutici (l'imprevedibilità costringe il paziente a comportamenti non stereotipati o ripetitivi, a cercare di capire il diverso da sé).

Numerosi studi scientifici sono stati svolti per indagare il fenomeno, il contatto con gli animali attiva neurotrasmettitori specifici che rallentano il sistema colinergico, riducono la sintesi di ormoni corticosteroidi e la liberazione di adrenalina, ovvero una diminuzione dello stato di stress che si traduce oggettivamente in un abbassamento della pressione arteriosa, un rallentamento del ritmo cardiaco e una diminuzione della frequenza respiratoria. Inoltre lo stretto legame tra emozione (provocata dall'animale), benessere e salute è correlato ad un aumento del tono dell'umore, dovuto all'incremento di endorfine in circolo.

È necessario ribadire che gli animali sono un supporto alla cura, un aiuto importante per i terapeuti e gli educatori ma non la cura. Numerose sono le attività nelle quali impiegare gli animali, attività di sostegno rivolte a persone in strutture di ricovero o residenziali (anziani, detenuti, lunghe degenze, degenze post operatorie, comunità terapeutiche), centri diurni (Centri Diurni Disabili e Anziani, Centri socioeducativi), oltre che attività di supporto (cani per ciechi e hearing dog) nelle quali l'animale, oltre ad essere estensione percettiva, riveste anche un ruolo affettivo e di sostegno.

Nell'utilizzo degli animali come supporto alla cura è necessario partire dal presupposto che l'animale coterapeuta debba essere nella miglior situazione possibile, oltre che per le evidenti motivazioni etiche, anche perché solo così si possono ottenere i più alti livelli di interazione. È indispensabile valutarne il carattere (non tutti gli animali amano essere accarezzati o toccati da estranei), il suo grado di obbedienza, l'assenza di paure verso ciò che appare strano (si pensi, per esempio, a persone con difficoltà alla deambulazione o pazienti psichiatriche che alzano la voce o compiono movimenti a scatti).

È necessario essere coscienti che la base dell'intervento è la reciprocità; l'animale non è oggetto ma, come il partner umano, soggetto del rapporto, definito e reciproco seppur asimmetrico, in quanto l'animale domestico non è una controparte in grado di ribattere o di decidere come un altro essere umano.

È pertanto fondamentale conoscere l'animale ed instaurare un vero rapporto con lui.

Riportiamo a tal proposito una citazione della dottoressa Temple Grandin, diagnosticata autistica all'età di 2 anni e attualmente professoressa aggiunta all'Università del Colorado, oratrice internazionale sull'autismo e sul trattamento etico degli animali. *“Se siamo interessati agli animali dobbiamo studiarli per quello che sono, e, nella misura del possibile, rispettando la loro natura. Che cosa fanno? Che cosa provano? Che cosa pensano? Che cosa stanno dicendo? Chi sono? E poi: come dobbiamo comportarci per trattarli in modo giusto, responsabile, con gentilezza? Queste sono le domande davvero importanti”* (T. Grandin, 2007).

Prima di avviare un intervento con la mediazione dell'animale è necessario che il medico curante effettui una valutazione preventiva all'attività.

La corretta applicazione degli IAA richiede il coinvolgimento di una équipe multidisciplinare. Le linee guida in corso di approvazione definiscono l'Equipe multidisciplinare: *“Gruppo di lavoro composto da diverse figure professionali sanitarie e non, e operatori che concorrono alla realizzazione degli IAA lavorando in stretta collaborazione”* (art 3).

Nell'ambito della Pet Therapy, la disponibilità da parte dei componenti del gruppo di interagire con un soggetto di diversa specie deve essere almeno pari a quella del paziente;

è evidente quanto sia necessario possedere una elevata capacità di lavorare in équipe da parte di tutti componenti del gruppo di lavoro, specialisti che spesso appartengono ad ambiti professionali e culturali molto diversi.

Le figure professionali e gli operatori che potrebbero, a seconda dell'intervento scelto (TAA, EAA, AAA), essere coinvolti sono medici specialisti, psicologi psicoterapeuti, veterinari, figure professionali afferenti all'area sanitaria, socio sanitaria ed educativa, persone esperte nella gestione di animali.

Il gruppo di lavoro dovrebbe prevedere un Responsabile di progetto che coordini l'équipe e che, nel caso delle TAA, sia un medico specialista o uno psicologo psicoterapeuta, un Referente d'intervento che prende in carico la persona durante la seduta, un medico veterinario responsabile dei diversi aspetti riguardanti l'animale coinvolto ed il coadiutore dell'animale che prende in carico l'animale durante le sedute.

Gli IAA devono rispettare la legislazione vigente e, nei processi terapeutici, riabilitativi ed educativi devono riferirsi a criteri scientifici definiti.

Devono basarsi su progetti in cui l'équipe multidisciplinare, coordinata dal responsabile del progetto, programma gli interventi, li mette in opera e li monitora per raggiungere gli obiettivi previsti: il monitoraggio deve essere eseguito sul paziente, sull'animale e sull'interazione tra i due.

### 5. Pet Therapy nell'ambito delle dipendenze

L'attività di mediazione con l'animale porta dei **benefici terapeutici e riabilitativi generali** e può avvicinare la persona ad una molteplicità di opportunità educative ed esperienziali in vari ambiti di attività.

Questo processo si verifica in parte in modo spontaneo ma, per essere effettivo e intenzionale, necessita di una mediazione da parte di operatori qualificati, che possono fornire la cornice culturale, metodologica, motivazionale e relazionale nella quale le esperienze trovano un senso ed una finalizzazione.

In particolare, si evidenziano alcuni aspetti emotivo-affettivi connessi alla relazione con l'animale; questi elementi da un lato sollecitano la persona ad un confronto con parti emozionali di sé, dall'altro costituiscono per l'operatore un'opportunità di conoscenza più diretta del singolo individuo e un'occasione di riflessione sulla relazione tra lo stesso operatore e le persone delle quali si occupa.

Questo può avvenire se la cornice in cui si colloca l'esperienza valorizza gli aspetti relazionali ed emotivo-affettivi; in altre parole gli operatori che attuano l'intervento, ma anche altri adulti che lo propongono, devono credere nel valore dell'esperienza con l'animale, trasmettendo che quello che stanno facendo è importante e, soprattutto, devono essere disponibili ad interrogarsi sulla loro relazione con i pazienti al fine di migliorarla o modificarla positivamente.

In particolare sottolineiamo tre aspetti già evidenziati più sopra:

1. la possibilità, tramite la relazione con l'animale e con i rituali di avvicinamento, intensa relazionale, alternanza comunicativa e separazione, di rimodulare il vissuto relativo alla dipendenza/autonomia, alla fusionalità/individuazione: apprendere a dipendere non totalmente, a separarsi in modo non definitivo o ultimativo, riscoprire il piacere dell'alternanza fusionalità/individuazione e dipendenza/autonomia;
2. prendersi cura come atto gratuito e denso di emotività; assunzione di responsabilità verso se stessi e l'altro da sé (addomesticare, nel senso descritto da Saint Exupéry ne "Il piccolo principe", essere responsabili dell'altro, prendersi cura di lui);
3. sperimentare una dimensione di gruppo cooperativo e connotato da relazioni intersoggettive, mediato da un'attività relazionale e non competitiva.

Individuiamo tre ambiti possibili, nei quali l'attività di mediazione con l'animale può espletarsi in modo positivo nell'ambito delle dipendenze.

### 5.1 Residenzialità/Istituzioni

Interventi Assistiti con gli Animali sono stati promossi presso alcune comunità di recupero, come coadiuvanti del percorso riabilitativo, per favorire l'acquisizione di capacità di gestione di eventi problematici e delle frustrazioni personali, e per favorire lo sviluppo della capacità di accettazione di sé e degli altri, al fine di ottenere un'auto-stima stabile, che rompa l'isolamento e il senso di inadeguatezza.

L'aiuto degli animali è indicato anche nei casi delle sindromi depressive associate alle dipendenze, grazie alle loro caratteristiche di socialità e di affettività nei confronti dell'essere umano.

La vicinanza dell'animale, non solo compagno ma anche amico da accudire, stimola l'interesse verso qualcosa di diverso, allontanando il pensiero assillante delle sostanze che li hanno indotti alla dipendenza.

Negli Stati Uniti sono state svolte molte sperimentazioni nelle strutture di recupero e disintossicazione, con risultati sovrapponibili: il cane ha alterato le barriere di comunicazione tra paziente e operatori permettendo il miglioramento del rapporto medico – paziente, i degenti dichiaravano di trovare giovamento da questa "novità terapeutica" dimostrando una opinione positiva del sostegno terapeutico, una migliorata condizione di comunicazione con lo staff medico, una emergente curiosità e un miglioramento dell'umore.

### 5.2. Animale domiciliare coterapeuta

Nell'Accordo Stato Regioni si definisce che *"Gli IAA possono essere svolti anche presso strutture non specializzate di vario tipo e, nell'ambito di programmi di assistenza domiciliare integrata, presso il domicilio dell'utente"*.

La relazione con l'animale rappresenta un valido strumento di supporto terapeutico offrendo alle persone fragili stimoli e contributi al cambiamento tali da ridurre, talora, la sintomatologia presentata.

Nella relazione uomo-animale l'apporto animale assolve funzioni psicologiche importanti attraverso lo scambio affettivo, la vicinanza, la sicurezza, il sentirsi importanti per un altro essere, la possibilità di prendersi cura, il contatto tattile, la comunicazione non verbale, lo spazio di gioco, la de-tensione dello stress.

In famiglie con situazioni di fragilità, che vivono con animali domestici (cani, gatti, conigli) o sono propensi ad acquisirne, la conoscenza del possibile ruolo di co-terapeuta dell'animale familiare, la consapevolezza dei vantaggi apportati, anche mediante evidenze rese oggettive da schede di riscontro, accresce gli effetti benefici su malato e nucleo familiare, e porta ad una rivalutazione oggettiva del ruolo del pet.

In coerenza con l'orientamento espresso da Regione Lombardia *“dalla cura al prendersi cura”* e della definizione dell'OMS: *“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità”*, i progetti di Pet Therapy possono intrecciarsi ai tradizionali percorsi terapeutici rispondendo meglio ai bisogni di cura delle persone fragili.

### **5.3. Percorsi specifici terapeutico riabilitativi (gruppo)**

Sebbene la Pet Therapy sia utile anche in un rapporto duale, è nella dimensione di gruppo che essa esalta le sue potenzialità.

La situazione di gruppo consente di giocare su alcune opportunità stimolanti che sollecitano, di volta in volta, la relazione, la cooperazione o la differenziazione individuale.

Vengono elencate alcune di queste opportunità che l'operatore potrà tradurre in attività specifiche anche su sollecitazione e creazione da parte dei partecipanti.

- Attività in simultaneità: tutti i partecipanti in piccolo gruppo fanno insieme la stessa attività
- Cooperazione: fare cose diverse con un obiettivo comune, cooperare (più persone contemporaneamente si dedicano alla cura e preparazione dell'animale o realizzano un percorso, pur con ruoli e funzioni diverse)
- Differenziazione: fare insieme cose diverse (fare cose diverse in simultanea con animali diversi o in luoghi diversi e poi ruotare sulle stesse attività oppure condividere le diverse esperienze)
- Percorsi insieme, a turno guidare, a turno salire in groppa, a turno accompagnare
- Percorsi – figure in simultanea uguali (asini incolonnati, a turno il ruolo di capofila e realizzazione di percorsi e figure insieme)
- Percorsi figure in simultanea diversi: ognuno si differenzia e realizza percorsi e figure diverse in contemporanea

- Passeggiate e minitrekking
- Giochi e attività ludiche
- Giochi di cooperazione
- Giochi di abilità e blanda competizione giocosa (a squadre, individuali)

Rispetto all'attività individuale è necessario porre una particolare attenzione alla specifica situazione di gruppo.

In questo caso la relazione triangolare è tra operatori, animali e gruppo (elementi che devono essere sempre considerati, anche quando ci si occupa del singolo nel gruppo).

È importante, inoltre, essere consapevoli anche della relazione presente tra gli animali (relazione preesistente all'arrivo del gruppo) e delle relazioni all'interno del gruppo preesistenti all'effettuazione dell'attività di mediazione con l'animale.

Lavorare con più persone, siano esse bambini, anziani o diversamente abili, significa occuparsi di tanti singoli individui con necessità personali a volte diverse.

Gli operatori, sfruttando anche la mediazione offerta dagli animali, devono aiutare i partecipanti a collaborare e a costruire relazioni positive facilitando una conoscenza reciproca e sviluppando interazioni personali così da rendere l'esperienza più ricca e stimolante.

Il lavoro con un gruppo può essere sviluppato nell'arco di una giornata o prevedere la realizzazione di più incontri; in ogni caso è importante, ad ogni incontro, seguire una logica sequenziale che prevede:

1. Attività di conoscenza;
2. Momento di abbassamento tonico e contatto/conoscenza/pulizia dell'animale;
3. Attività di "gioco" con l'animale;
4. Momento finale di rielaborazione.

## Bibliografia

A A. VV. (a cura di E. Milonis) – *Attività di mediazione con l'asino*, Fondazione Iniziative Zooprofilattiche e Zootecniche di Brescia, Brescia, Tipografia Camuna, 2010

Allen K., Blascovich J., Mendes W.B., *Cardiovascular reactivity and the presence of pets, friends, and spouses: the truth about cats and dogs*, Psychosom Med 2002; 64:727-39

Allen K., Shykoff B.E., Izzo J.L.jr, *Pet ownership, but not ace inhibitor therapy, blunts home blood pressure responses lo mental stress*, Hypertension 2001; 38:815-20 – Anderson WP, Reid CM

Antonelli L., Bresciniani F., Dotti L., Scarcella C., *Attività di mediazione con l'asino, Manuale operativo*, a cura di ASL Brescia, Cremona, Tipolitografia Fantigrafica, 2010 (scaricabile in pdf dal sito [www.aslbrescia.it](http://www.aslbrescia.it))

Attiani G., *Il rapporto tra l'uomo e il suo animale, antidoto contro la solitudine*, Roma, Sinequanon, 2002

Ballat J., Campling P., Intelligent Kindness. *Reforming the Culture of Helthcare*, London, RC Psych Publications, 2011



- Ballat J., Campling P., *Intelligent Kindness*, Forum, n. 5, Milano, Franco Angeli, 2012
- Brescianini F., Dotti L., *L'uomo e l'animale: la relazione interspecifica come apportatrice del benessere*, in Pubblicazione a cura dell'ASL di Brescia "Pagine di benessere - Spunti di riflessione", dicembre 2010 (scaricabile in pdf dal sito [www.aslbrescia.it](http://www.aslbrescia.it))
- Brescianini F., Dotti L., Vitali R., *Psicodramma e onoterapia: un'efficacia sinergica* – la relazione di cura con la mediazione degli equidi: l'animale come doppio, specchio, Io-ausiliario e controruolo, in Rivista di psicodramma, Milano, AIPsiM, 2015
- Cantiello P. R. (a cura di), *L'asino che cura – prospettive di onoterapia*, Roma, Carocci Faber, 2009
- Delta Society, *Standards of practice for animal assisted activities and animal assisted therapy*, Renton, WA, U.S.A, 1996
- De Lubersac R., Lallery H., *Rieducare con l'equitazione*, Milano, IGIS, 1973
- Dotti L., *Lo psicodramma dei bambini*, Milano, Franco Angeli, terza ed. 2010
- Dotti L., *La forma della cura*, Milano, Franco Angeli, 2013
- Frescarelli M., D.N. Citterio, *Trattato di riabilitazione equestre*, Roma, Phenix ed., 2001
- Fried K., *Pet facilitated therapy as adjunctive care for home hospice patients: A human service program design to promote quality of life*, The Science and Engineering, Rutgers the State New Jersey, G.s.a.p.p.,57, 1996
- Grandin T., *La macchina degli abbracci*, Milano, Adelphi, 2007
- Honies A.R., *Animals helping people, people helping animals*, Delta Society, M. Cobey, trad. it. 2000, "La valutazione della struttura" G.Caporale, Teramo, 2000
- Levinson B. M., *The dog as a co- therapist*, Mental Hygiene,pp. 59-65,1962
- Mainardi D., *Animali ed uomini*, Roma, Il Cigno Galileo Galilei, 1989
- Mastronardi V.M., *Manuale di comunicazione non verbale per operatori sociali, sanitari, penitenziari, criminologici*, Roma, Carocci Faber, 2007
- Messent P., *Pets as social facilitators*, *Veterinary Clinics of North America: Small Practice Animal*,15,pp. 387-393, 1985
- Milonis E., *Un asino per amico – Onoterapia ovvero attività assistita con l'asino*, Milano, Lupetti, 2004
- Morris D., *The animal Contract*, N.J., trad.it. Noi e gli animali, Milano, Mondadori, 1990
- Nicolas Citterio D., *Il cavallo come strumento nella rieducazione di disturbi neuromotori*, Milano, Mursia, 1985
- Patti P., Gaziano S., *Pet terapia, latte e carne per rilanciare l'asino ragusano*, Suppl. L'Informatore Agrario, 47/2007: 34-37
- Presidenza Consiglio dei Ministri, Accordo, ai sensi degli articoli 2, comma 1, lettera b) e 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante, *Linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali (IAA)*, Rep. Atti n. 60 /CSR del 25 marzo 2015
- Rossel S., Marshall F., Peters J., Pilgram T., Adams M.D., Connor D. O., *Domestication of the donkey: timing, processes, and indicators*, Proc. Natl. Acad. Sci., Mar 11;105 (10):3715-20, Epub 2008 Mar 10 U.S.A. 2008
- Senofonte, *Trattato d'ippica*, Milano, Cisalpino La Goliardica, 1980
- Sole N., *L'ippoterapia, neuropsicomotricità in età evolutiva e patologia neuropsicomotoria*, Milano, Franco Angeli, 2003
- Radostits O.M., Gay C.C., Hinchcliff K.W., Constable P.D., *Veterinary Medicine - A textbook of the diseases of cattle, horses, sheep, pigs and goats*, 10th Edition, OM, Saunders Ltd., 2007



# Identificazione Precoce e Intervento Breve: metodo IPIB 11

**Tiziana Fanucchi**

## Introduzione

Il consumo di alcol, nonostante sia un'abitudine diffusa e culturalmente radicata in molti paesi, soprattutto in Italia, costituisce una dei principali fattori di rischio per malattia e morte prematura in Europa e nel mondo.

È noto da tempo che non esiste una quantità minima sicura di alcol né ammissibile o raccomandabile: consumare bevande alcoliche costituisce sempre un comportamento rischioso e il rischio aumenta con l'aumentare delle quantità di alcol assunte, indipendentemente dalla fonte (Emblad 1995; Park et al., 2009; Rehm et al. 2010).

In particolare, l'OMS considera il rischio alcolcorrelato un continuum lungo il quale l'individuo si muove in maniera imprevedibile nel corso della vita che va dall'essere astemi/astinenti, a quella che comunemente viene intesa come alcoldipendenza o anche "alcolismo". All'interno di questi due estremi, il rischio da "basso" può crescere fino a diventare "danno". (Anderson et al., 2010)

Negli ultimi 40 anni le quantità considerate a basso rischio per la salute sono continuamente diminuite fino ad arrivare oggi ad 1 Unità Alcolica (U.A.) per le donne adulte, gli ultra 65enni e i giovani tra 18 e 21 anni e 2 Unità Alcoliche per gli uomini adulti. Tali quantità sono da considerarsi quotidiane, assunte durante i pasti, mai a digiuno (ISS, 2014; SINU 2014; Linee Guida Americane, 2010; WCRF/AICR, 2007):

- 1 Unità Alcolica (U.A.) per le donne adulte, gli ultra 65enni e i giovani tra 18 e 21 anni
- 2 Unità Alcoliche per gli uomini adulti

L'Unità Alcolica è l'unità di misura del consumo di alcol definita dall'OMS (Babor e Higgins-Biddle, 2001) e, in Europa, oscilla tra 10-12 g di alcol puro (Turner, 1990); in Italia 1 U.A. contiene convenzionalmente 12 g di alcol corrispondenti ad una delle seguenti quantità (Anderson et al., 2005) (Fig.1):

- 1 lattina di birra (330 ml) di media gradazione (4.5%)
- 1 bicchiere di vino (125 ml) di media gradazione (12%)
- 1 aperitivo o cocktail (80 ml) al 18% (18 gradi alcolici)
- 1 superalcolico (40 ml) al 36% (36 gradi alcolici)



Figura 1. L'Unità Alcolica

A partire dagli anni novanta, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), definendo imprecisi e non scientificamente dimostrabili termini come "abuso", "consumo moderato", "consumo eccessivo", "consumo responsabile", "consumo sociale" (Anderson et al, 2005) ha cominciato a parlare di "consumo rischioso" e consumo dannoso" così descritti:

- Consumo a rischio (hazardous use): è quel livello di consumo o modalità di bere che può determinare un rischio nel caso di persistenza di tali abitudini (Babor et al., 1994).
- Consumo dannoso (harmful use): modalità di consumo che ha già arrecato un danno alla salute, a livello fisico e/o mentale (OMS, 1992).

Livelli di consumo di alcol rischioso o dannoso possono avere come evoluzione uno stato di dipendenza, definita nell'ICD-10 (OMS, 1992) come un insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui l'uso di alcol riveste per l'individuo una priorità crescente e caratterizzata dal continuo desiderio di bere.

Non dobbiamo, tuttavia, cadere nell'errore di credere che le conseguenze negative dell'alcol siano proprie solo di quadri di cosiddetta dipendenza, termine al quale, a seconda del tempo e del contesto, sono state date diverse interpretazioni (dal vizio, alla malattia, allo stile di vita) che ancora oggi coesistono condizionando sia l'intervento preventivo che terapeutico e impedendo di cogliere la complessità e la variabilità del fenomeno "alcol" in cui sono implicati fattori culturali, storici, economici, biologici, sociali, psichici.

Gran parte del carico di malattia e disabilità, infatti, è legato al consumo rischioso o dannoso, persistente o occasionale, i cui effetti nocivi hanno un impatto sanitario e sociale nettamente maggiore rispetto ai danni provocati dalla dipendenza.

Da tempo in ambito alcolologico non si parla più di dipendenza ma di Problemi e Patologie AlcolCorrelate (PPAC) per riferirsi a tutte quelle conseguenze e complicazioni, di vario ordine e natura, causate e legate all'assunzione episodica o protratta di bevande alcoliche.

Il concetto di dipendenza è stato recentemente messo in discussione anche dal DSM 5 (A.P.A., 2013) che, recependo il concetto di continuum e abolendo l'approccio categoriale alla diagnosi in favore di un modello dimensionale, individua un unico Disturbo da Uso di Alcol (AUDs) con tre diversi gradi di severità in base al numero dei criteri presenti tra 11: Lieve (2-3), Moderato (4-5), Severo (6 o più). Non esiste più il termine "dipendenza" perché considerato improprio e connotato negativamente e viene abolito anche il termine "abuso", già eliminato anche nell'ICD 10.

Il concetto di continuum dove il soggetto è il consumo di alcol che comporta sempre un rischio, ci richiama all'importanza di adottare un approccio di popolazione, promosso dall'OMS sempre a partire dagli anni novanta (Piano d'Azione Europeo sull'alcol – OMS, 1992; Carta di Parigi sull'alcol – OMS, 1995) e tutt'oggi ribadito nella Global Strategy to reduce the harmful use of alcohol (OMS, 2012) secondo il quale per ridurre l'impatto dei problemi alcolcorrelati sulla salute pubblica è necessario ridurre il consumo di alcol di tutta la popolazione.

Per raggiungere questo obiettivo l'OMS tra le strategie suggerisce di identificare precocemente i rischi alcolcorrelati nel corso della vita delle persone e di intervenire con strumenti semplici, a basso costo, facilmente fruibili da tutti gli operatori sanitari, in modo da evitare l'insorgenza di complicanze o comunque la progressione di abitudini rischiose (Framework for Alcohol Policy in the European Region – OMS, 2005).

## 1. Identificazione Precoce e Intervento Breve: il background europeo

Parlare di Identificazione Precoce e Intervento Breve (IPIB) in alcologia significa far riferimento ad una metodologia di prevenzione specifica promossa dall'OMS a partire dagli anni '80 (EIBI - Early Identification and Brief Intervention) quando un gruppo di esperti ha iniziato a costruire strumenti utili nell'assistenza sanitaria primaria per identificare precocemente ed intervenire sui problemi alcolcorrelati che, nel corso del tempo, sono stati validati e diffusi a livello internazionale.

Lo strumento realizzato per lo screening del consumo dannoso e rischioso di alcol è stato l'AUDIT - Alcohol Use Identification Test (Babor et al., 2001) pensato per essere utilizzato in integrazione ad colloquio breve (Brief Intervention – Intervento Breve), inizialmente solo nell'ambito della medicina generale, poi nel tempo diffuso in altri settori socio-sanitari.

In Europa il progetto EIBI ha trovato la sua articolazione nel progetto PHEPA (Primary Health Care European Project on Alcohol, 2009) che, dal 2005, ha coinvolto vari paesi, tra cui l'Italia con l'obiettivo di sensibilizzare, formare e diffondere nella pratica clinica giornaliera degli operatori sanitari, in particolare Medici di Medicina Generale e infermieri, interventi di prevenzione del consumo rischioso e dannoso di alcol.

La formazione all'approccio integrato IPIB si realizza attraverso un modello stan-

dard, validato nell'ambito del progetto PHEPA (Gual et al., 2005; Anderson et al., 2005), che intende favorire un'omogenea diffusione in tutti i paesi partner dell'OMS: in Italia i corsi sono stati introdotti, e continuano ad essere realizzati, dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Centro Alcolologico Regionale Toscano (CAR).

In particolare il CAR Toscano, attraverso progetti specifici, sta progressivamente coinvolgendo altre figure socio-sanitarie nell'utilizzo di questa metodologia, come medici del lavoro, medici competenti, ginecologi e ostetriche, igienisti dentali.

## 2. Identificazione Precoce e Intervento Breve: l'attenzione degli operatori sanitari in Italia

Secondo i dati emersi dalla relazione al Parlamento sull'alcol (Ministero della Salute, 2013) le persone che consumano bevande alcoliche senza rispettare le indicazioni delle agenzie di sanità pubblica – e dunque in modo rischioso o dannoso - sono circa 8.000.000.

Queste persone non hanno un Disturbo da Uso di Alcol ma semplicemente praticano un'abitudine molto diffusa nella popolazione, culturalmente accettata e normalizzata tanto da non essere indotte a vedere l'alcol come qualcosa di pericoloso e, pertanto, spesso inconsapevoli dei rischi a cui si espongono.

Intercettarle precocemente, informarle correttamente e motivarle a porre maggiore attenzione alle proprie abitudini, permetterebbe loro di acquisire maggiore consapevolezza, responsabilità e competenza verso la propria salute e di modificare, laddove necessario, il loro stile di vita.

Intercettarle precocemente significa non attendere che queste persone sviluppino una problematica o una patologia alcolcorrelata ma agire prima, sul consumo di alcol che riguarda tutta la popolazione e che può essere indagato non solo dagli specialisti dei servizi di alcolologia ma anche e soprattutto da tutte le altre figure sociosanitarie che le persone possano incontrare nel corso della loro vita: il Medico di Medicina Generale, il pediatra, il medico del lavoro, il medico sportivo, il dentista e l'igienista dentale, il ginecologo e l'ostetrica, il geriatra, l'infermiere, lo psicologo e l'assistenza sociale.

Tuttavia tra i fattori di rischio comportamentali, il consumo di alcol risulta l'abitudine a cui gli operatori sanitari italiani prestano meno attenzione: secondo i dati del Sistema di Sorveglianza Passi (2010-2013), nel periodo 2010-2013 solo il 15% degli operatori sanitari si è informato sul consumo di alcol dei propri assistiti e solo il 6% ha suggerito di ridurre il consumo. Queste percentuali negli ultimi anni continuano a diminuire specialmente fra i più giovani.

Ciò evidenzia quanto l'atteggiamento di minimizzazione e inconsapevolezza riguardi anche gli stessi operatori sanitari.

Considerando, nello specifico, i Medici di Medicina Generale, una recente indagine conoscitiva promossa dall'Osservatorio Nazionale Alcol del CNEPS (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute) e dalla SNAMID (Società Nazionale di Aggiornamento per il Medico di Medicina Generale), nell'ambito del progetto europeo AMPHORA (Alcohol Measures for Public Health Research Alliance), ha mostrato che, nel confronto tra i Paesi Europei, è evidente il gap dei Medici di Medicina Generale italiani nella conoscenza degli strumenti di screening per l'identificazione precoce del rischio alcolcorrelato e nella dimestichezza con l'utilizzo dell'intervento. Tra le motivazioni emerse da questa indagine compaiono la scarsa conoscenza degli strumenti, la mancanza di una formazione specifica, la mancanza di tempo, la paura di far risentire i pazienti, l'assenza di rimborsi e la mancanza di servizi specialistici di supporto (Scafato, 2013).

Eppure a livello nazionale, l'identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol e l'intervento breve rappresentano aree strategiche ben definite ed obiettivi da raggiungere di tutti i documenti programmatici sanitari usciti negli ultimi anni, quali (Scafato, 2013):

- Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS – Ministero della Salute, 2007): si propone di “aumentare la diffusione dei metodi e rendere disponibili gli strumenti per l'identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione a rischio” (obiettivo 8)
- Piano Nazionale Prevenzione (PNP – Ministero della Salute, 2010-2012): recepisce le linee strategiche del PNAS dandosi come obiettivo la riduzione dei consumatori a rischio;
- Piano Sanitario Nazionale (PSN – Ministero della Salute, 2011-2013): elenca una serie di obiettivi da perseguire per quanto concerne l'alcol tra cui il “promuovere l'identificazione precoce e l'intervento breve per la prevenzione dei problemi alcolcorrelati nella medicina di base e nei contesti lavorativi” ed “accrescere la disponibilità e l'accesso a servizi appropriati di trattamento per i soggetti con consumo dannoso di alcol e per gli alcol dipendenti” (B 7.1).

Tutto questo ribadisce la necessità non solo di strutturare programmi di formazione e aggiornamento specifici sull'alcol e sulla metodologia IPIB rivolti agli operatori sanitari ma anche di introdurre l'alcolologia negli ordinamenti didattici dei corsi universitari relativi alle professioni sanitarie o a quelle ad indirizzo sociale e psicologico, come previsto dalla Legge 125/2001 (Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati) finora disattesa.

Se tutti gli operatori fornissero ai propri assistiti lo stesso messaggio sull'alcol si creerebbero le condizioni non solo per realizzare un intervento di prevenzione ma anche un'azione di cultura in grado nel tempo di ridurre l'impatto dell'alcol sulla salute pubblica.

### 3. Identificazione Precoce: come chiedere il consumo di alcol

Molto spesso, fare domande sull'alcol genera nella popolazione delle resistenze legate alla paura di essere giudicati "alcolisti" e "alcolizzati", termini che continuano ad essere di uso comune e che sono alimentati dallo stigma che ruota attorno all'alcol.

È necessario che gli operatori sanitari siano consapevoli di queste difficoltà e che non si facciano influenzare ma, al contrario, adottando un approccio accogliente e non giudicante, riescano a "convincere" i propri assistiti dell'importanza di indagare il consumo di alcol: poiché costituisce uno dei più importanti fattori di rischio per la salute, è dovere di tutti gli operatori chiederne il consumo e valutarlo.

#### 3.1 Identificazione Precoce: l'AUDIT - Alcohol Use Identification Test

L'AUDIT (Fig. 2) è un test, elaborato dall'OMS (Babor et al., 2001) per lo screening del consumo di alcol rischioso, dannoso e per l'alcoldipendenza oggi meglio definibile come "Disturbo da Uso di Alcol" moderato/grave. È composto da dieci semplici domande, ognuna delle quali costituisce un indicatore di rischio, danno o dipendenza (Fig. 3).

È possibile procedere con la somministrazione standard o inserire le domande all'interno di un colloquio più ampio dove si esplorano gli stili di vita e le abitudini (es. fumo, alimentazione, attività fisica). Si può anche procedere con l'auto-somministrazione che può essere percepita come meno invasiva. Tuttavia questa modalità può favorire risposte socialmente desiderabili e fa perdere l'occasione per scambiarsi informazioni importanti sull'alcol e per creare una relazione di fiducia.

Le domande dell'AUDIT, infatti, possono costituire una sorta di traccia attraverso cui condurre il colloquio e diventano occasione per fornire spiegazioni precise e informazioni sull'alcol (es. spiegare l'U.A. e le quantità a basso rischio).

**1. Con quale frequenza consuma bevande alcoliche?**

- (0) Mai
- (1) Una volta al mese o meno
- (2) da 2 a 4 volte al mese
- (3) da 2 a 3 volte alla settimana
- (4) 4 o più volte alla settimana

**6. Con quale frequenza durante l'ultimo anno ha avuto bisogno di bere al mattino?**

- (0) Mai
- (1) Meno di una volta al mese
- (2) Una volta al mese
- (3) Una volta alla settimana
- (4) Quotidianamente o quasi

**2. Nel giorno in cui beve, in media, quante bevande alcoliche consuma? Fare riferimento all'Unità Alcolica (12 g di alcol)**

- (0) 1 - 2
- (1) 3 - 4
- (2) 5 - 6
- (3) 7 - 9
- (4) 10 o più

**7. Con quale frequenza durante l'ultimo anno ha provato senso di colpa o rimorso dopo aver bevuto?**

- (0) Mai
- (1) Meno di una volta al mese
- (2) Una volta al mese
- (3) Una volta alla settimana
- (4) Quotidianamente o quasi

<p><b>3. Con quale frequenza consuma sei o più bevande alcoliche in un'unica occasione?</b></p> <p>(0) Mai (1) Meno di una volta al mese (2) Una volta al mese (3) Una volta alla settimana (4) Quotidianamente o quasi</p>	<p><b>8. Con quale frequenza durante l'ultimo anno non è riuscito a ricordare cosa era successo la sera prima, perché aveva bevuto?</b></p> <p>(0) Mai (1) Meno di una volta al mese (2) Una volta al mese (3) Una volta alla settimana (4) Quotidianamente o quasi</p>
<p><b>4. Con quale frequenza durante l'ultimo anno si è accorto di non riuscire a smettere di bere una volta che aveva iniziato?</b></p> <p>(0) Mai (1) Meno di una volta al mese (2) Una volta al mese (3) Una volta alla settimana (4) Quotidianamente o quasi</p>	<p><b>9. Si è mai fatto male o ha mai fatto male a qualcuno come risultato del bere?</b></p> <p>(0) No (2) Sì, ma non durante l'ultimo anno (4) Sì, durante l'ultimo anno</p>
<p><b>5. Con quale frequenza durante l'ultimo anno non è riuscito a fare ciò che normalmente fa e ci si aspetta da lei a causa del bere?</b></p> <p>(0) Mai (1) Meno di una volta al mese (2) Una volta al mese (3) Una volta alla settimana (4) Quotidianamente o quasi</p>	<p><b>10. Un parente, un amico o un medico o un altro operatore sanitario, si sono mai interessati del suo bere o le hanno suggerito di ridurre o smettere?</b></p> <p>(0) No (2) Sì, ma non durante l'ultimo anno (4) Sì, durante l'ultimo anno</p>

**Figura 2. Alcohol Use Identification Test (AUDIT e AUDIT-C)**

N. domanda	Livello di rischio	Oggetto della domanda
1 - 3 (AUDIT-C)	Consumo a rischio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frequenza del consumo</li> <li>• Quantità del consumo</li> <li>• Frequenza del Binge drinking</li> </ul>
4 - 6	Alcoldipendenza (Disturbo da Uso di alcol Moderato/Grave)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perdita del controllo</li> <li>• Invasività dell'alcol</li> <li>• Bere al mattino</li> </ul>
7 - 10	Consumo dannoso (Disturbo da Uso di alcol Lieve/Moderato)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensi di colpa</li> <li>• Vuoti di memoria</li> <li>• Danni a terzi</li> <li>• Interesse da parte di altri</li> </ul>

**Figura 3. Domande dell'AUDIT e livelli di rischio indagati**

Ogni domanda prevede una modalità di risposta su una scala a 5 punti: ad ogni risposta corrisponde un valore da 0 a 4. Solo le ultime due domande prevedono tre possibilità di risposta.

Per ottenere il punteggio totale è sufficiente sommare i valori assegnati alle singole domande: più alti sono i punteggi dell'AUDIT, maggiore è il livello di rischio identificato (Fig. 4).

Per identificare un consumo rischioso possono essere sufficienti le prime tre domande che indagano la frequenza del consumo di alcol, la quantità assunta e la frequenza del “binge drinking” (consumo di oltre 5 U.A. in un tempo ristretto). Queste domande costituiscono uno strumento nello strumento: si parla infatti di AUDIT-C o Short-AUDIT che ha avuto una sua validazione anche in Italia (Struzzo et al, 2006).

PUNTEGGI AUDIT	LIVELLO DI RISCHIO
AUDIT-C < 5 (uomo) AUDIT-C < 4 (donna) AUDIT < 7	Consumo a basso rischio
AUDIT-C > 5 (uomo) AUDIT-C > 4 (donna) 8 < AUDIT < 15	Consumo a rischio
16 < AUDIT < 19	Consumo dannoso Disturbo da Uso di Alcol Lieve/Moderato
AUDIT > 20	Alcoldipendenza/ Disturbo da Uso di Alcol Moderato/Grave

**Figura 4. Punteggi dell'AUDIT e livelli di rischio**

Oggi l'AUDIT viene identificato come uno strumento indispensabile nella prevenzione dei rischi alcolcorrelati, utile a stimolare nella popolazione una maggiore attenzione sulle possibili conseguenze legate al consumo di bevande alcoliche e una maggiore assunzione di responsabilità nei confronti della propria salute.

#### 4. Intervento Breve

La somministrazione dell'AUDIT, svolta insieme alla persona nell'ambito del colloquio, costituisce già parte integrante dell'Intervento Breve, una sorta di colloquio motivazionale teso a sensibilizzare le persone sui rischi legati al consumo di alcol e ad aumentarne la consapevolezza, ponendo così le basi per un eventuale cambiamento di abitudini.

Oltre all'AUDIT per lo screening del consumo rischioso e dannoso di alcol, l'Intervento Breve prevede l'utilizzo di strategie motivazionali che permettono di stimolare la persona ad una riflessione sul suo stile di vita e alla messa in discussione del suo rapporto con l'alcol. L'obiettivo non è necessariamente far raggiungere l'astinenza ma piuttosto favorire nelle persone una maggiore attenzione sull'alcol e l'eventuale riduzione delle quantità assunte.



Si parla di Intervento Breve perché si svolge in un tempo ristretto: possono essere sufficienti pochi minuti, da 5 a 10, per parlare di alcol e fornire informazioni: in questo caso si parla, più precisamente, di Intervento Minimo. Se si hanno a disposizione da 10 a 30 minuti e/o si ha anche la possibilità di rivedere la persona più volte nel tempo, è possibile fare un vero e proprio Intervento Breve nel quale favorire la motivazione della persona al cambiamento.

L'Intervento Breve si compone di alcuni processi chiave che si riassumono nel metodo delle 5 "A" (Whitlock et al., 2004):

- ASK/ASSESS: Fare domande sul consumo di alcol e valutare il livello di rischio relativo al consumo di alcol
- ADVISE: Avvertire/Suggerire/Informare sui rischi legati al consumo di alcol
- AGREE: Concordare obiettivi minimi da raggiungere
- ASSIST: Accompagnare e motivare la persona nel cambiamento delle sue abitudini (riduzione del consumo di alcol o astinenza).
- ARRANGE: Programmare colloqui di follow-up o inviare ai servizi specialistici al fine di fornire sostegno.

Per meglio comprendere le basi su cui si poggia l'Intervento Breve è necessario considerare il Modello Transteorico degli stadi di cambiamento (Prochaska e Di Clemente, 1986) e il colloquio motivazionale (Miller e Rollnick, 1994).

#### 4.1 Il Modello Transteorico degli stadi di cambiamento

Cambiare un comportamento, un'abitudine che è parte integrante del nostro stile di vita, che ci piace e ci gratifica non è qualcosa che facciamo con facilità e immediatezza anche quando riconosciamo che quella stessa abitudine piacevole può arrecare dei danni alla nostra salute.

Le nostre abitudini costituiscono delle certezze che ci assicurano e in esse ci riconosciamo; metterle in discussione genera sempre una "crisi" che ci fa provare emozioni e vissuti ambivalenti la cui gestione è spesso tormentata e faticosa. Per riuscire a vedere l'opportunità che ogni cambiamento può offrire ed essere disponibili a coglierla è necessario un processo di elaborazione cognitiva ed emotiva, oltre ad azioni concrete, che necessita di tempo.

Gli operatori sanitari che intendono lavorare sugli stili di vita e stimolare le persone a modificare le loro abitudini quando è necessario, devono essere consapevoli di queste difficoltà per evitare di classificare i propri assistiti come non motivati. Rispetto all'alcol, inoltre, è importante considerare anche i rinforzi culturali e le pressioni sociali e commerciali che lo caratterizzano e ne incentivano il consumo. Evitare di consumare bevande alcoliche in alcuni contesti o in certe occasioni o anche ridurre le quantità di alcol assunte rispetto a prima, per alcune persone può essere un problema e gli operatori sanitari possono svolgere un ruolo chiave nell'affrontarlo.

Prochaska e Di Clemente (1986) hanno descritto il cambiamento come un processo dinamico che si articola nel tempo e che avviene secondo una sequenza ciclica nella quale si sviluppano processi cognitivo-esperenziali e comportamentali. In particolare, essi parlano della “disponibilità al cambiamento” intesa come il grado di riconoscimento del problema e di volontà di modificarle un comportamento o prendere una decisione.

Saper riconoscere e valutare la disponibilità al cambiamento permette agli operatori di adeguare l'intervento e favorire l'avanzamento nel processo di cambiamento. Non esistono interventi giusti o sbagliati di per sé ma solo trattamenti opportuni o meno, momento per momento.

Gli stadi descritti da Prochaska e Di Clemente nel cosiddetto Modello Transtorico sono 6, così articolati:

1. **Precontemplazione:** in questo stadio la persona non riconosce la necessità di modificare abitudini, non è consapevole dei rischi a cui si espone e tende a minimizzarli o negarli. Ogni riferimento ai pericoli connessi al consumo di bevande alcoliche viene recepito come una coercizione ed induce fughe, risposte difensive e, spesso, proiettive.

Per agganciare la persona e renderla più accessibile e disponibile a mettere in discussione le sue convinzioni è importante, da parte dell'operatore sanitario:

- Facilitare l'instaurarsi di una relazione terapeutica.
- Comunicare i risultati dello screening (AUDIT).
- Informare sui rischi legati all'alcol.
- Accrescere la percezione del rischio alcol correlato.
- Promuovere il riconoscimento del legame fra il consumo di alcol e i problemi che questo comporta.

2. **Contemplazione:** in questo stadio emerge gradualmente la consapevolezza dei problemi legati al consumo di alcol ma ancora prevalgono gli effetti positivi dello stesso comportamento. La persona inizia a prendere in considerazione la necessità di cambiare ma fa ancora fatica a prendere la decisione.

Per sostenere la persona nell'affrontare l'ambivalenza che prevale in questa fase, è importante, da parte dell'operatore sanitario:

- Dare informazioni sui problemi alcolcorrelati e sui rischi nei quali potrebbe incorrere mantenendo le stesse abitudini.
- Valutare insieme alla persona i vantaggi e gli svantaggi del consumo di alcol (tecnica della “bilancia decisionale”, Janis e Mann, 1977).
- Analizzare le preoccupazioni della persona in merito al cambiamento.
- Evidenziare l'ambivalenza e le contraddizioni tra l'attuale stile di vita, le condizioni

di salute percepita e le mete che la persona vorrebbe raggiungere (“frattura interiore”, Festinger, 1957)

3. **Determinazione-Preparazione:** la persona in questa fase ha raggiunto la consapevolezza della necessità di cambiare abitudini, sta risolvendo l’ambivalenza e ha deciso di modificare il suo rapporto con l’alcol. È inoltre incline ad accogliere le indicazioni dell’operatore che devono andare nella direzione di:

- Esaminare insieme alla persona un piano d’azione possibile a partire dai bisogni che questa porta.
- Facilitare il soggetto nella scelta di obiettivi minimi e facilmente raggiungibili.
- Concordare le azioni e identificare le diverse strategie per cambiare.
- Accrescere il senso di “autoefficacia” (Bandura, 1977), la fiducia nella propria capacità di raggiungere un obiettivo specifico.

4. **Azione:** in questo stadio la persona si impegna nel raggiungimento degli obiettivi precedentemente concordati e i cambiamenti vengono concretamente sperimentati. In questa fase è importante, da parte dell’operatore sanitario:

- Monitorare la persona nelle azioni messe in atto.
- Analizzare insieme i cambiamenti e rinforzarli.
- Sostenere l’”autoefficacia”.

5. **Mantenimento:** in questo stadio le nuove abitudini si fanno sempre più stabili e diventano parte integrante dello stile di vita. È sempre importante, da parte dell’operatore sanitario:

- Analizzare e rinforzare il percorso fatto e l’impegno mantenuto.
- Valutare le situazioni a rischio e le alternative all’uso di alcol.

6. **Ricaduta:** in qualsiasi momento del processo può verificarsi una ricaduta che riporta la persona agli stadi precedenti e/o alle abitudini precedenti. È importante:

- Normalizzare la ricaduta come una parte fisiologica del processo e come occasione di rinforzo e motivazione ulteriore.

#### 4.2 Il colloquio motivazionale

Miller e Rollnick hanno definito il “colloquio motivazionale” come un metodo direttivo centrato sulla persona, per aumentare la motivazione intrinseca al cambiamento attraverso l’esplorazione o la risoluzione dell’ambivalenza.

Nello specifico il colloquio motivazionale non è un insieme di tecniche che l’operatore mette in atto ma è un modo di comunicare e di stare nella relazione con la persona, un approccio che favorisce la comunicazione e che è intenzionalmente orientato al cambiamento. L’obiettivo, infatti, è quello di facilitare la persona a svi-

luppare motivazionali personali per raggiungere gli obiettivi cambiamento proposti. L'operatore, pertanto, considerando il processo dinamico e complesso descritto da Prochaska e Di Clemente, deve:

- valutare e favorire la disponibilità al cambiamento;
- essere capace di accogliere e analizzare le preoccupazioni della persona che vive nel presente, facendo emergere la frattura interiore;
- supportare e sostenere il senso di autoefficacia.

Il colloquio motivazionale si caratterizza per uno spirito di collaborazione maieutica: l'operatore non cerca di convincere né persuadere la persona ma piuttosto di esplorare, sostenere e far emergere la sua motivazione nel rispetto della sua libertà ed autonomia.

Le domande aperte favoriscono la persona nell'esplorazione di sé e delle sue abitudini così come certe ripetizioni di alcune frasi espresse dalla persona, certe riformulazioni e restituzioni dell'operatore consentono una comunicazione efficace.

Tutto questo deve avvenire in un clima empatico, di accettazione e comprensione privo di giudizi, critiche o biasimo. Laddove la persona esprima resistenza o avvii dispute e discussioni, l'operatore deve evitare risposte simmetriche e difensive ma, piuttosto, è importante che faciliti la persona ad esprimere le difficoltà che prova di fronte alle informazioni ricevute e al cambiamento proposto.

## Conclusioni

I problemi alcolcorrelati sono un fenomeno complesso e multidimensionale legato non tanto alla "dipendenza", al disturbo o alla patologia, quanto soprattutto al consumo di alcol come stile di vita che riguarda e coinvolge tutta la popolazione, spesso inconsapevole dei rischi ad esso correlati.

Gli operatori sanitari possono svolgere un ruolo chiave nella sensibilizzazione e possono favorire nella popolazione una maggiore attenzione rispetto alle conseguenze che un comportamento tanto diffuso e accettato come il consumo di bevande alcoliche può portare.

Tra tutte le strategie di prevenzione di cui oggi si conosca efficacia e validità, l'Identificazione Precoce e l'Intervento Breve sono universalmente riconosciuti come quelli a più basso costo e con il più elevato beneficio (Anderson et al., 2005).

Secondo l'OMS se fosse possibile raggiungere con l'Intervento Breve anche solo ¼ degli adulti europei con consumo rischioso e dannoso di alcol, circa il 9% di tutti i casi di malattia e morte prematura provocate dall'alcol nell'Unione Europea potrebbero essere evitati al costo relativamente basso di 740 milioni di euro (Anderson et al., 2005).

L'AUDIT e l'Intervento Breve sono strumenti semplici, economici e di facile utilizzo da parte di tutti gli operatori sanitari sia nei contesti dell'assistenza sanitaria primaria (medici di famiglia, infermieri, pediatri, ecc.) che in ambito specialistico (medico del lavoro, medico sportivo, ginecologo, igienista dentale, psicologo, assistente sociale, ecc.).

In Italia, rispetto al resto dei paesi europei, è ancora basso il livello di conoscenza e di implementazione di questi strumenti che sono stati inseriti negli ultimi anni in tutti i documenti programmatici sanitari. Attraverso essi, infatti, è possibile non solo fare prevenzione ma anche favorire processi di empowerment della popolazione e di promozione della salute, oltre che stimolare un necessario cambiamento culturale rispetto all'alcol e al suo consumo.

## Bibliografia

Anderson P., Gual A., Colom J. *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions*, Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona, 2005 (tr. italiana e adattamento a cura di Scafato E., Gandin S., Patussi V. e il gruppo di lavoro IPIB, L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve, Roma, 2010)

APA-American Psychiatric Association, DSM 5, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2013

Babor T., Campbell R., Room R. & Saunders J., (a cura di) *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, Geneva, World Health Organization, 1994

Babor T.F. e Higgins-Biddle J. C., *Brief Intervention For Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care*, Geneva: World Health Organization, 2001.

Babor T.F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B. e Monteiro M.G., *The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care*, World Health Organization, Geneva, 2001

Bandura A., *Self-efficacy: Toward an unifying theory of behavioural change*, Psychological Review, 84: 191-215, 1977

Festinger L., *A theory of cognitive dissonance*, Row & Peterson, Evanston, IL, 1957 (tr. it. La dissonanza cognitiva, Milano, Franco Angeli, 1973)

Emblad H., *What would happen in the world if "sensible drinking" was adopted as a reasonable concept and advertised universally?*, Addiction, 90(2): 169-171, 1995

Gual A., Anderson P., Segura L., Colom J., *Alcohol and Primary Health Care: Training Programme on Identification and Brief Interventions*, Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona, 2005 (tr. italiana e adattamento a cura di Scafato E. e il gruppo di lavoro IPIB, *Alcol e Prevenzione nei Contesti di Assistenza Sanitaria Primaria. Programma di formazione IPIB-PHEPA - Identificazione Precoce e intervento breve dell'abuso alcolico in Primary Health Care*, Roma, 2007)

Scafato E., Gandin C., Ghirini S., Galluzzo L., Martire S., Di Pasquale L., Scipione R., Parisi N., (a cura di), *Nuove linee guida del consumo di alcol: evidenze e tendenze*, Roma, ISS - Istituto Superiore di Sanità, 2014

Janis I.L. & Mann L., *Decision making: a psychological analysis of conflict, choice and commitment*, London: Cassel & Collier Macmillan, 1977

Legge 30 marzo 2001, n.125 *Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati*, Gazzetta Ufficiale n. 90 del 18-04-2001

Miller W., Rollnick S., *Il colloquio motivazionale* (ed.italiana), Trento, Erikson, 1994

Ministero della Salute, *Piano Nazionale Alcol e Salute 2007/2009*, 2007

Ministero della Salute, *Piano Sanitario Nazionale 2011-2013*, 2011

Ministero della Salute, *Piano Sanitario di Prevenzione 2010-2013*, 2010

Ministero della Salute, *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.3.2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati"*, 2012, Roma

OMS-Organizzazione Mondiale della Sanità, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, Geneva: World Health, 1992

OMS-Organizzazione Mondiale della Sanità, *Primo Piano d'Azione Europeo sull'Alcol*, Copenhagen, 1992

OMS-Organizzazione Mondiale della Sanità, *Carta Europea sull'Alcol*, Conferenza "Salute, alcol e società", Parigi, 1995

OMS-Organizzazione Mondiale della Sanità, *Framework for alcohol policy in the WHO European Region*, Bucaresti, 12-15 settembre 2005

OMS-Organizzazione Mondiale della Sanità, *Global Strategy to reduce the harmful use of alcohol*, 2012

Park J.Y., Mitrou P.N., Dahm C.C. et al., *Baseline alcohol consumption, type of alcoholic beverage and risk of colorectal cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition-Norfolk study*, *Cancer Epidemiology*, 33:347-354, 2009

PASSI - *Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia*

Primary Health Care European Project on Alcohol-PHEPA, *Assessment tool report: hazardous and harmful alcohol consumption*, Barcelona, Health Department of the Government of Catalonia, 2009

Prochaska J.O., Di Clemente C.C., *The transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy*, Malabar, FL, Krieger, 1986

Rehm J., Baliunas D. et al., *The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview*, *Addiction*, 2010

Scafato E., *Rischio alcol: la necessità di colmare il gap di conoscenze e formazione medica per la diagnosi precoce e l'intervento breve*, Roma, ISS, 2013

SINU - Società Italiana di Nutrizione Umana, *Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana*, IV Revisione, SICS – Società Italiana di Comunicazione Scientifica e Sanitaria, 2014

Struzzo P., De Faccio S., Moscatello E., Scafato E. per il gruppo di ricerca PRISMA, *Identificazione precoce dei bevitori a rischio in Assistenza Primaria in Italia: adattamento del questionario AUDIT e verifica dell'efficacia d'uso dello short-AUDIT test nel contesto nazionale*, *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo XXIX - N. 1-2*, 2006, pg. 20-5

Turner C., How much alcohol is in a 'standard drink': an analysis of 125 studies, *British Journal of Addiction*, 85: 1171-6, 1990

U.S. Department of Agriculture U.S. Department of Health and Human Services, *Dietary Guidelines for Americans*, 2010

WCRF-World Cancer Research Fund/AICR-American Institute For Cancer Research, *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*. Washington DC, 2007

Whitlock E.P., Polen M.R., Green C.A., Orleans T., Klein J., *Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force*, *Annals of Internal Medicine*, 2004 Apr 6;140(7):557-68

ASL BRESCIA

ASL BRESCIA



# Aspetti psicologici e sociali dell'alcolismo

# 12

## 1. Famiglia

**Elisabetta Rizzi**

Alla famiglia si appartiene prima di crescervi e di differenziarsi, apprendendone lo stile relazionale e confrontandosi con esso, perciò è importante pensare alla famiglia come a un particolare ambiente di socializzazione dove l'individuo struttura la sua personalità in riferimento alle figure parentali presenti, utilizzando forme di comunicazione e relazioni che saranno determinanti per il suo processo di crescita e differenziazione (Baraldi et al., 1996). L'equilibrio di una famiglia è determinato dalla possibilità di assolvere i compiti specifici, ad essa demandati, di tipo educativo, affettivo, culturale, sociale ed economico. La famiglia è un'entità dinamica che, nel corso degli ultimi decenni, ha subito radicali trasformazioni correlate a tumultuosi mutamenti sociali e culturali, in particolare l'invecchiamento della popolazione, la diminuzione dei matrimoni, l'aumento dei divorzi e delle separazioni coniugali, la riduzione delle nascite, l'incremento dell'istruzione e dell'occupazione femminile: tali eventi hanno influito sulla struttura delle relazioni familiari (Taglioli, 2013). Inoltre, negli ultimi anni, si è assistito ad un aumento di coppie di fatto, di coppie non coniugate, di convivenze more uxorio e di unioni libere. Le attuali trasformazioni del nucleo familiare e la gestione dei conflitti al suo interno possono rendere i componenti della famiglia più fragili e vulnerabili nelle capacità di fronteggiare tali eventi stressanti che potrebbero rivelarsi una noxa induttiva a comportamenti di abuso alcolico nei membri della famiglia. Altre fasi critiche che possono generare fragilità sono gli eventi di vita quali il fidanzamento, il matrimonio, la nascita dei figli ed il loro accudimento infantile e adolescenziale e infine la separazione da questi; momenti stressanti che possono generare sensazioni di perdita di identità ed essere situazioni insuperabili. Proprio durante queste fasi critiche il sistema familiare alcolista si irrigidisce in un modello non evolutivo in cui l'avvicinarsi naturale degli stadi vitali successivi è sostituito da cicliche fasi ripetitive. Steinglass (1987) ha avuto il merito di aver riconosciuto l'organizzazione del sistema alcolico familiare. Il suo modello della "famiglia alcolica" si basa sul concetto che essa può tendere a comportamenti che ne promuovono la crescita o ad altri che la mantengono stabile; in questo secondo caso si manifesta nella "famiglia alcolica" un'esigenza verso l'organizzazione di un comportamento psicopatologico

persistente che si basa sull'oscillazione fra la sobrietà e l'ebbrezza, con un blocco del ciclo vitale della famiglia medesima. Mentre nell'alcolismo maschile la famiglia sembra abbia un ruolo importante, soprattutto quando c'è un padre alcol dipendente, l'alcolismo femminile non è sempre collegato ad un padre con problemi alcol correlati. Sembra infatti che sia sufficiente una figura paterna autoritaria, iperprotettiva, severa e che mostri una esagerata preferenza per la figlia, ad indirizzare una donna verso un consumo eccessivo d'alcol. L'abuso alcolico, in questo caso, è preceduto da atteggiamenti diversi, mirati al tentativo di trasmettere il desiderio di ribellione e di libertà o per cercare una compensazione per manchevolezze e rigidità eccessive vissute nell'infanzia: la donna spesso sposa un alcolista con intenti riparatori tentando di riprodurre lo schema familiare già vissuto per poterlo correggere. Il maschio alcolista con l'esperienza di un nucleo familiare originario di questo tipo, spesso cerca la moglie iperprotettiva più anziana che possa offrirgli un rapporto di tipo materno. Nella famiglia alcolica succede, ad esempio, che quando l'alcolista beve si identifica nella propria supremazia (e il familiare nella propria soggezione) e tende a negare la sua dipendenza (e il familiare a negare il proprio potere); le parti si invertono in fase "sobria". Le dinamiche relazionali sembrano dunque strutturarsi attorno a opposti, quali dipendenza/dominio, vicinanza/lontananza, che possono generarsi l'uno dall'altro. Questi sistemi familiari, secondo la teoria di Bowen (1978), indurrebbero ansia in quanto connotati da un significativo grado di "indifferenziazione e fusionalità dell'io". Può verificarsi anche il fenomeno della "triangolazione", con alleanze più spesso della madre con il figlio maschio maggiore contro il padre alcolista, in cui il figlio avrebbe la funzione di mantenere la stabilità della coppia. La famiglia è disfunzionale se non provvede alla creazione di un ambiente salutare per i suoi membri come si verifica nelle famiglie alcoliche che hanno un sistema rigido di regole, spesso implicite, non salutari per i loro componenti. Ciò che maggiormente spingerebbe verso la possibilità di un grave deficit di comunicazione sarebbero il rifiuto a parlare o ad esprimere apertamente i propri sentimenti, la difficoltà a relazionarsi con gli altri in modo diretto, la ricerca di un'eccessiva perfezione, un esagerato altruismo, l'imitazione non dei comportamenti ma delle intenzioni, la negazione del gioco, il divieto di discussioni a sfondo sessuale, la presenza di messaggi doppi e contraddittori (Norwood, 1989). È poi importante non solo come la famiglia si adatta all'alcolismo cronico di un componente ma anche il rischio di bere problematico nella generazione successiva. Il blocco del ciclo vitale della famiglia alcolica porta ad una sua fissazione sull'alternarsi di movimenti di sobrietà/ebbrezza. Per la famiglia l'alcolista avrebbe, lui solo, le responsabilità e le colpe della problematica situazione in cui essa grava. Quando la famiglia estremizza la sua disfunzionalità essa si apre all'esterno e chiede aiuto, facendo di solito richiesta di una terapia individuale sul "paziente designato" che è il membro più debole del sistema e che, secondo il modello della terapia familiare sistemica di Bowen (1980), esprime il livello d'ansia all'interno del sistema familiare medesimo, nutrendo delle aspettative riduzionistiche in base alle quali, tolto l'alcol tutti i problemi si possano risolvere. La richiesta di aiuto che il sistema alcolista fa all'esterno di sé verrebbe solle-

citato, secondo Alamanni (Alamanni et al., 1987), da un meccanismo di delega alla ricerca di un genitore sociale ed istituzionale per liberarsi dai sensi di colpa e di fallimento, nonché dal dolore e dalla vergogna. È fondamentale che, fin dal primo momento della sua presa in cura, la famiglia alcolista si senta sostenuta interamente e alleggerita dal timore di essere giudicata perché possa rivolgersi alla terapia con modalità positive e costruttive, senza continuare ad attuare comportamenti disfunzionali volti solo al controllo del potus. La famiglia va aiutata ad improntare le relazioni non fissandosi sul sintomo ma riconoscendo la dignità di ciascuno dei membri che devono apprendere a presentarsi per quello che sentono di essere piuttosto che per quello che fanno. Tale processo può generare nei componenti un'angoscia di perdita e la paura della separazione, sentendo di aver perso il proprio stile di relazione conosciuto e che assicurava equilibrio e sicurezza di durata. In questa prima fase del cambiamento, la famiglia deve trovare un contenitore esterno per le sue ansie, che fornisca anche una rappresentazione plausibile ed accettabile del proprio futuro. Secondo il modello sistemico i processi di individuazione e di separazione dei vari membri non hanno un corso normale perché, a motivo dell'assenza di chiari confini tra i sottosistemi, i tentativi di svincolo vengono vissuti come sinonimi di tradimento e slealtà nonché come veri attentati all'integrità della famiglia e al benessere dei suoi membri. La famiglia indirizza così l'attenzione e l'energia su operazioni difensive di negazione, razionalizzazione e compenso delle conseguenze del bere (Brown, Lewis 1997). Quando poi si giunge al momento del passaggio della separazione dal sintomo, vi possono essere delle accelerazioni intollerabili, che renderebbero insostenibile la paura della separazione stessa, bloccando il processo in atto. La presa di coscienza che il pensiero che aveva ricondotto all'alcol l'origine di tutti i problemi del nucleo familiare sia ingiustificato, può generare delusione e rabbia nel nucleo familiare. Diventa perciò necessario ridistribuire, secondo gerarchie sistemiche, il potere che prima veniva distribuito fra i membri a secondo delle alterne fasi di sobrietà/intossicazione; tali gerarchie sono del tutto nuove per la famiglia, per cui il coniuge alcolista non può utilizzare la minaccia del bere, né il partner quella del controllo, così come i figli sono riportati alle responsabilità del proprio ciclo vitale, uscendo da "alleanze" incentivanti. Il superamento della fase alcolica della famiglia genera dunque una grande difficoltà del momento terapeutico anche per la presenza di forti spinte a ripristinare il primitivo sistema relazionale. La famiglia deve misurarsi con l'emozione di vuoto interna ad essa, che può essere compensata dal ricorso a supporti esterni che possono aiutarla ad accettare di non avere più totalmente il controllo dell'alcolista anche se possono rimanere talune forme di intervento, come la sorveglianza dell'assunzione della eventuale terapia farmacologica indicata per disturbi indotti da alcol o l'attenzione e la cura di quelle che possono essere le ferite alcol correlate, ancora esclusivamente svolte dalla famiglia. In questa fase, che ancora è di transizione e in cui l'attenzione può concentrarsi sui singoli membri della famiglia, vanno contemporaneamente supportati specificatamente i genitori a riconoscere le proprie responsabilità e aiutati a portarle avanti, così che si ripristinino e siano garantite le condizioni necessarie allo svolgimento del ciclo vitale.

Alla famiglia, durante il passaggio dalla fase di transizione a quella dell'astinenza, si richiede una sufficiente elasticità che deve recuperare affinché essa possa affrontare i cambiamenti dovuti alle naturali dinamiche evolutive organizzandosi in modo flessibile.

### **1. La codipendenza: una malattia**

Come l'alcolista, i membri della famiglia presentano, anch'essi, una malattia: la codipendenza (Cermak, 1986). La codipendenza può essere definita come una condizione emotiva, psicologica e comportamentale associata con o dovuta a una focalizzazione sui bisogni o sui comportamenti altrui. (Martinotti et al., 2006). Il codipendente è colui che ha lasciato che il comportamento dell'altro lo condizionasse mostrandosi ossessionato dal desiderio di controllare quel medesimo comportamento. Egli sente un bisogno ossessivo e prepotente di porgere aiuto, ha scarso senso di autostima, talvolta disprezzo di sé stesso, tende ad autoreprimersi, prova rancore e sensi di colpa, ha una particolare dipendenza da una certa persona, tollera e può essere attratto dall'egocentrismo dell'altro. Tutto questo porta, gradualmente, alla perdita di interesse in sé stessi, a problemi di comunicazione e infine all'annullamento dell'Io (Beattie, 1988). La codipendenza è cronica e progressiva, può sfociare in disturbi da uso di alcol o da altre sostanze psicotrope, in malattie da stress, in comportamenti autolesivi ed eterolesivi; può coesistere con disturbi d'ansia, dell'umore, della personalità.

### **2. Se, nella coppia coniugale, l'alcolista è il marito**

La letteratura scientifica si è interessata soprattutto alla moglie di una persona alcolista formulando l'ipotesi che la donna possa avere caratteristiche di adattamento sia precedenti che successive alla relazione matrimoniale e che, sia lo sviluppo clinico del disturbo da uso di alcol del partner che il manifestarsi di problematiche nei figli, possano essere condizionati da tali caratteristiche. Alcuni studi evidenziano che un'anamnesi familiare positiva per disturbi psicopatologici non predisporrebbe necessariamente alla scelta di un partner alcolista anche se sembrerebbe che donne con una storia familiare di alcolismo abbiano una maggiore probabilità di sposare un alcolista, anche quando non manifestano un consumo alcolico problematico. Le partner di uomini alcolisti sono a maggior rischio di abuso di alcol, di far uso di sostanze illecite, di essere donne solitamente dedite ad un maggior investimento fuori dall'ambiente familiare, soprattutto più esposte alla prospettiva di un coinvolgimento affettivo ed emotivo. Se un uomo alcolista ha una compagna anch'essa dedita a comportamenti alcolici, si può innescare in questa un aumento rapido dell'"intake alcolico" correlato a un maggior rischio di morbilità e mortalità alcol-correlate. Quanto ai figli la percezione del consumo genitoriale di elevate quantità di alcol, che di uno scarso accudimento, sembra essere associata a un rischio maggiore di sviluppare la stessa patologia. Nella moglie vengono descritti l'atteggiamento di vittima, che lascia trasparire valenze masochistiche e comportamenti da dominatrice sottesi da istanze sadiche.

Whalen (1977) illustra quattro tipi di donna, più facilmente coinvolti in una relazione con un partner etilista:

- 1) **The sufferer**, (colei che subisce), con valenze masochistiche, che avrebbe nel rapporto con il marito il ruolo di martire;
- 2) **The waverer**, (ambivalente) con atteggiamento ora di tipo materno e benevolo, ora di palese rifiuto;
- 3) **The controller**, (colei che controlla), una donna dominatrice che si sposa più per essere madre che moglie;
- 4) **The punisher**, (colei che punisce), con prevalenti intenti di moralizzazione e punizione.

L'evoluzione dinamica del rapporto coniugale determinerebbe la prevalenza di uno di tali tratti che sono correlati all'evolversi della dipendenza alcolica (Borsetti, 1977). Si instaura così una circolarità patologica nella relazione, caratterizzata dall'alternarsi di ribellione-sottomissione; inoltre la coppia rinforzerebbe così i reciproci atteggiamenti che difficilmente possono essere modificati (Carucci, 1975). Progressivamente l'uomo alcolista sviluppa nei confronti della compagna un "muta" ostilità (Moavero-Milanesi, 1978) ragione per la quale un radicale tentativo di cambiare la situazione, di reagire ai sensi di colpa generati dalla consapevolezza del suo bisogno di dipendenza e passività, può determinare episodi di aggressività di cui poi l'alcolista si pente ristabilendo la condizione precedente. Secondo Borsetti (1977), nella famiglia dell'alcolista si rilevano altri patterns comportamentali, in cui viene descritto il rapporto con il marito alcolista secondo modalità relazionali di tipo "figlio-madre" o "dipendenza-dominanza": la moglie avrebbe il ruolo di dominatrice, con funzioni più di madre che di moglie (Borsetti, 1977). Borsetti nella dinamica "dipendenza-dominanza" individua due situazioni estreme: quella di dominanza-dominanza che genera una lotta per la "leadership", a motivo di una non chiara identità sessuale. Nel caso della situazione della dipendenza-dipendenza l'etilista vuole sentirsi più forte, perciò ricerca una compagna più debole. La coppia, però, non riesce a sostenersi reciprocamente e ciò è fonte di frustrazione per entrambi. Nonostante il clima di minaccia al quale l'alcolista sottopone soprattutto la compagna, la richiesta di rapporti sessuali espressa in modo rozzo, i gravi disagi economici e l'isolamento sociale in cui si vede costretta tutta la famiglia, la moglie, pur nutrendo sentimenti di ribellione e repulsione, raramente si spinge fino a chiedere la separazione così come l'alcolista, anche se criticato e ostacolato, difficilmente rompe con la propria famiglia. Certi matrimoni sembrano mantenersi proprio con la dipendenza alcolica di uno dei coniugi (Papenek, 1974). In caso di modello autopunizione-redenzione, Casselman e Solms (1971) hanno inquadrato nel marito alcolista la necessità di proiettare i suoi sensi di colpa su qualcuno e la moglie risponde a tale bisogno.

### **3. Se, nella coppia coniugale, l'alcolista è la moglie**

Nel caso in cui, invece, sia la moglie ad essere alcolista, la letteratura non caratterizza la figura del marito in modo altrettanto peculiare. Si può però affermare che anche se molti aspetti sono simili a quelli della famiglia in cui alcolista è il marito, ve

ne sono altri ulteriori e specifici. Infatti il marito può reagire con disgusto istintivo o manifestando timore per lo stigma sociale e per il disonore che una moglie alcolista può rappresentare per la famiglia; tali reazioni possono talvolta sfociare nella violenza. Spesso i mariti sono freddi, autoritari e tendono ad ignorare il coniuge bevitore. L'aspetto economico è un'altra differenza, in quanto, per il marito, è generalmente più facile lasciare la moglie che questa il coniuge. In questo tipo di relazione è necessario fornire un'opportunità per una comunicazione migliore e per lo sviluppo della comprensione coniugale mediante la terapia di coppia, al fine di migliorare tali seri conflitti interpersonali.

#### 4. Figli di alcolisti

La letteratura sul benessere psicologico dei figli di alcolisti è scarsa, anche perché l'attenzione si è concentrata sui genitori e la terapia si è occupata generalmente solo di loro. I genitori pensano che nascondere il problema dell'alcolismo eviti ai figli di soffrirne ma i figli non soffrono soltanto dell'alcolismo del genitore ma anche dell'ambiente che regna in casa. Fin da piccoli sono in grado di percepire le tensioni e le aberrazioni del clima familiare, senza comprendere ciò che accade. Ci si è resi conto, però, che un bere problematico, di qualsiasi entità e natura, inficia il nucleo di quello che una vita in famiglia dovrebbe offrire per un sano e armonico sviluppo dei bambini e dei giovani. El-Guebaly e Offord (1977), per primi osservarono che i figli di alcolisti avevano un maggior rischio di presentare problemi psicopatologici nel corso della vita rispetto ai loro pari. Tali risultati sono stati confermati dalla maggior parte delle indagini condotte successivamente. In un recente studio (Sare et al., 2012) è stato indagato lo stato di salute mentale e fisica di figli di genitori con dipendenza alcolica a confronto con i figli di non bevitori. Il campione era rappresentato da soggetti tra i 12 e i 18 anni ai quali è stato somministrato un questionario che indagava lo stile di vita, lo stato mentale e fisico. Dai risultati è emerso che i figli di bevitori manifestano un basso rendimento scolastico, dedicano più tempo ad attività sedentarie (ad esempio guardare la televisione, internet o ascoltare musica) e hanno cattive abitudini alimentari. Inoltre essi mostrano un maggior consumo di sigarette, marijuana e alcolici. È stato evidenziato, altresì, che essi hanno più probabilità di sviluppare difficoltà intellettive, disturbi emozionali, problemi di condotta e tendenze suicidarie. Infine dalla presente indagine è emerso che le femmine, a differenza dei maschi, non sarebbero più portate a sviluppare disturbi somatici ed emotivi. Alcuni studi evidenziano che nei figli di alcolisti, si rilevano più frequentemente tratti di nevroticismo, mentre altri autori hanno suggerito che questi avrebbero più elevati livelli di emozionalità negativa, come pure mostrerebbero più spesso caratteristiche di personalità quali l'impulsività/disinibizione (sensation seeking, aggressività, impulsività). (Chassin et al., 1999 Jacob e Windle, 2000; Sher, 2000). La tensione esistente in famiglia e la confusiva destabilizzazione dei ruoli influiscono pesantemente sullo sviluppo della personalità dei figli. In genere, questi non soffrono di gravi privazioni materiali dato che il genitore non alcolista, più frequentemente la madre, supplisce sia sul piano materiale sia su quello

affettivo, ma non tardano a manifestare un alterato sviluppo emotivo perché sottoposti, sin dalla prima infanzia, a rapporti emozionali alterati, non avendo la possibilità di sviluppare valide identificazioni ed essendo combattuti fra l'alleanza con la madre o con il padre, (Sarteschi e coll., 1982). L'alcolista, nei pochi momenti in cui è presente sulla scena familiare, con i suoi atteggiamenti mette in imbarazzo i figli che possono iniziare a disprezzarlo e a disapprovare la condotta. Non sono infrequenti le alleanze madre-figli, dove non mancano casi in cui la madre mostra anche nei confronti dei figli comportamenti di rifiuto (Nylander, 1960). Il clima familiare è connotato da instabilità, insicurezza, precarietà e, in tale contesto, le giornate si susseguono fra promesse raramente mantenute, regole e limiti mutevoli, affermazioni e giudizi che non si mantengono coerenti nel tempo e, infine, confusione di ruoli. Ancora oggi i problemi alcolcorrelati, in famiglia, rimangono un tema di difficile condivisione comunicativa, emotiva e relazionale e i figli, per lealtà e amore verso la loro famiglia, raramente confidano la loro sofferenza. La realtà che vivono in casa è centrata sul bere o no del genitore alcolista; non possono fare progetti, si vergognano di invitare gli amici a casa e spesso, oltre a non ricevere cure adeguate, vengono prematuramente responsabilizzati verso compiti che sono inadeguati per la loro età. Può accadere che l'altro genitore affidi loro il compito di controllare e perfino accudire l'adulto alcolista, di prendersi cura di eventuali fratelli e sorelle, di assumersi ruoli genitoriali. Anche se vengono soddisfatti i loro bisogni materiali, fin da piccoli i figli degli alcolisti hanno difficoltà/impossibilità di corrette identificazioni e vivono rapporti emozionalmente disfunzionali. Chiaramente i bisogni, variando nelle varie fasi evolutive, necessitano di essere diversamente connotati e trattati; comune è la frequenza con cui sembra svilupparsi una personalità di tipo "passivo-aggressivo", così come, secondo Wegsheider-cruce (1976), si possono identificare alcune tipologie di strutturazione comportamentale:

- a) **l'eroe**. Il figlio che sente un'enorme responsabilità nei riguardi della coppia genitoriale. Può svolgere ruoli diversi: sostituirsi al genitore alcolista o diventare il suo controllore così come il confidente del genitore non problematico. Temendo che i genitori possano dividersi si sacrifica provando sentimenti di colpa e risentimento.
- b) **il capro espiatorio o bambino problematico**. Il figlio nel quale prevale un sentimento di rabbia che, diretto in origine ai genitori, si estende in seguito al mondo della scuola. Si sente vittima a motivo della mancanza di attenzioni nei suoi confronti giungendo, talvolta, ad agire comportamenti trasgressivi di diversa valenza e gravità, per cui attira a sua volta l'aggressività del genitore alcolista.
- c) **il bambino perso di fronte all'esperienza del rifiuto**. Il figlio che si ritira, acquisendo una notevole autonomia. Preferisce ripiegarsi su se stesso, nell'interiorità e progressivamente si isola dall'esterno ma anche dalla famiglia. Una soluzione adottata talvolta è il chiudersi in un mondo immaginario, attuando un completo distaccato emozionale dagli eventi che lo riguardano.
- d) **la mascotte**. Il figlio simpatico ma anche immaturo e infantile, il quale avverte che la confusione in casa è al massimo livello e per risolvere la situazione si mostra



allegro e scherzoso. Il modo migliore che conosce per affrontare i problemi e le emozioni negative che deve quotidianamente affrontare è riderci sopra. Questo atteggiamento può alleviare la tensione ma a prezzo di una condotta che finisce per generare una bassa autostima.

Il bambino che vive in una famiglia con problemi di alcol può sviluppare disturbi del sonno, del comportamento, ansia, depressione, iperattività, difficoltà di concentrazione, problemi scolastici, ritardo nella crescita e altri sintomi di disagio. Nell'adolescente, il normale processo di allontanamento dalla famiglia e di identificazione con il gruppo dei pari può essere difficoltoso perché il figlio si sente comunque responsabile verso il nucleo familiare, avendo nel tempo vissuto ruoli precocemente attribuitigli. Questo stadio evolutivo comporta già di per sé vissuti emozionali mutevoli che, in aggiunta ai comportamenti e umori instabili dei genitori, generano ulteriore confusione e sentimenti di amore/odio, delusione e rabbia. Per l'adolescente è doloroso sopportare i comportamenti contraddittori, i discorsi incoerenti, gli eccessi dei genitori. Ha anche il timore che gli altri si rendano conto della situazione, la paura d'essere respinto o guardato con pietà. Uno degli aspetti comuni alle diverse fasce d'età, infatti, è, spesso, l'isolamento sociale perché i figli condividono i "segreti di famiglia" che non devono essere divulgati all'esterno. Va ricordato che il distacco sociale è un indicatore significativamente predittivo per l'alcolismo e dipendenza; si ritiene che i figli di alcolisti abbiano un rischio di sviluppare dipendenza alcolica sei volte superiore rispetto ai coetanei che non vivono in famiglie con tale problema. Questo vale soprattutto per i maschi laddove le femmine soffrono più frequentemente di disturbi alimentari. L'adolescente, poi, spesso deve assistere ai litigi fra i genitori e talvolta ne viene coinvolto nel tentativo di difendere il genitore non-alcolista, creando alleanze di reciproco sostegno. Le frequenti separazioni o i divorzi, espongono, inoltre, l'adolescente a cambiamenti di abitazione, di scuola con sradicamento dal contesto di appartenenza. Questi ragazzi possono soffrire di bassa autostima, hanno dubbi sulle loro capacità; non si sentono in grado di fare delle scelte, hanno difficoltà nella comunicazione e un estremo bisogno di tenere tutto sotto controllo. Segnali di un forte disagio sono: disturbi del sonno, ansia, disordini alimentari, depressione, disturbi del comportamento, frequenti problemi fisici, isolamento, problemi scolastici o professionali fino a giungere alla possibilità di fughe, abuso di alcool e/o droghe, delinquenza (Hussong, et al., 2008). Come rilevato dalla ricerca di MyLant et al. (2002) è emerso che, talvolta, la presenza di fattori protettivi in figli di alcolisti, quali il temperamento che consente di rispondere positivamente agli eventi della vita, l'averne un efficace uso di abilità adattive e l'averne adulti supportivi, può modulare le conseguenze negative derivate dal vivere in una famiglia con problemi legati al consumo patologico di alcol.

### **5. I figli adulti: il passato è un retaggio da cui è difficile emanciparsi**

Generalmente coloro che hanno vissuto con un genitore alcolista sono ad alto rischio di poter soffrire di depressione o disturbi d'ansia. I sentimenti che hanno ca-



ratterizzato la loro infanzia e l'adolescenza li portano a non sentirsi mai all'altezza delle richieste, sviluppando un eccessivo senso critico nei propri confronti come anche esagerate aspettative su di sé. Manifestano difficoltà a decidere perché dubitano delle loro capacità di giudizio ma vogliono avere tutto sotto controllo e prevedere tutto per rassicurarsi. Non sono a loro agio nelle relazioni interpersonali e hanno difficoltà a mantenere rapporti stabili perché hanno difficoltà a fidarsi degli altri: essendosi presi cura dei genitori, rimane in loro la tendenza ad offrire aiuto agli altri. Infatti, non sempre l'esperienza familiare negativa ha conseguenze sfavorevoli: da adulti, questi figli di genitori alcolisti mostrano una sensibilità notevole per i rapporti interpersonali e alcuni sviluppano una forte empatia, una notevole reattività agli eventi, coraggio e creatività nell'affrontare la vita. Tuttavia, più frequentemente, mostrano incapacità di dare piacere a sé stessi, con una tendenza a sovra responsabilizzarsi o, al contrario, a farsi accudire completamente. Non hanno, spesso, una chiara percezione di cosa renda "normale" una relazione e, quindi, è difficile per loro mantenere relazioni intime. L'aiuto può essere dato dal coniuge, da un familiare o un amico, insieme ad interventi specialistici di medici, psicologi o operatori di servizi specializzati in tali problematiche. È risultata positiva anche la frequenza a gruppi di auto aiuto. Le finalità da raggiungere sono di aiutare la persona a permettersi di raccontare la sua vita nella famiglia di origine, riconoscendo gli avvenimenti che l'hanno fatta soffrire, ciò che per lei è stato difficile, i propri limiti, in modo che possa riconoscere i propri bisogni per soddisfarli. Dovrebbero imparare a ricevere e non solo a dare, a lasciarsi andare, a rilassarsi, riconoscendosi il diritto di dedicare del tempo per occuparsi di sé.

## 6. Conclusione

A conclusione di questa articolata descrizione delle diverse condizioni della "famiglia alcolica" non possiamo non sottolineare l'opportunità terapeutica rappresentata dai Servizi specialistici territoriali per le Dipendenze dove la persona con disturbi da uso di alcol e la sua famiglia possono essere supportati e presi in cura con adeguati e integrati programmi educativi, psicoterapeutici, farmacologici e di intervento sociale in rete con altre Istituzioni preposte e con Associazioni territoriali di auto-aiuto. Più precoce è l'intervento di cura, soprattutto in presenza di figli minori, migliore è la prognosi. Rompere il silenzio e l'isolamento che pesa sulla famiglia è il primo passo necessario per il recupero dell'alcolista e per la normalizzazione della vita familiare.

## Bibliografia

- Allamani A., Morettini A., *Approccio familiare e sistemico nella terapia dell'alcolismo*, Alcologia, 1987, 6, 9-20
- Baraldi C., La Palombara A., *Famiglie e tossicodipendenze, una connessione oscura?*, Terapia Familiare, 1996, 51,31-53
- Beattie M., *E liberati dagli altri*, Milano, Mondadori, 1998

- Bowen M., *Family Therapy in Clinical Practice*, New York, Jason Aronson, 1978
- Borsetti G., *Aspetti psicodinamici della relazione coniugale dell'etilista in Prospettive psicoterapiche nel trattamento degli alcoolisti*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1977
- Bourne P.G., Fox R., *Alcoholism progress in research and treatment*, New York, London, Academic Press, 1973
- Brown et al., *Reinterpreting the empathy altruism relationship: When one into one equals oness*, Journal of Personality, 1997
- Carucci G., Colucci B., Ruffatti A., *L'alcoolista e la sua famiglia: un'analisi transazionale*, Padova, Ospedale Psichiatrico di Padova Editore, 1977
- Casselmann J., Solms H., *Le milieu familiare*, Casselman & Solms H., 1971
- Carta I., Marinetti M., Bertoglio A., Fava E., Freni S., Iachetti D., Scorza G., *Psicodinamica di una coppia alcoolista in Prospettive psicoterapiche nel trattamento degli alcoolisti.*, in Cermak T.L., Diagnosing and Treating Co-dependency, Minneapolis, Johnson Institute Books, 1986
- Chassin et al., *Trajectories of alcohol and drug use and dependence from adolescence to adulthood: The effects of familial alcoholism and personality*, Journal of Abnormal Psychology, 1999, 113,483-489
- El-Guebaly N., Offord D.R., *The offspring of alcoholics: a critical review*, American Journal of Psychiatry, 1977, 134, 357-365
- Fox R., *The Alcoholic Spouse. In Neurotic Interaction in Marriage*, New York, Eisenstein, 1956
- Hussong, et al., *Characterizing the life stressors of children of alcoholic parents*, Journal of Family Psychology, 2008, 22, 819-832
- ISTAT (2014), *Il matrimonio in Italia Anno 2013*
- ISTAT (2014), *Separazioni e divorzi in Italia Anno 2012*
- Jacob et al., *Home interactions of high and low antisocial male alcoholics and their families*, Journal of Studies on Alcohol, 2000, 61,72-80
- Jackson J.K., *The adjustment of the family to the crisis of alcoholism*, Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 1954, 4,562-586
- MyLant et al., *Adolescent Children of alcoholics: vulnerable or resilient?*, Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 2002, 8,57
- Martinotti G., Paparello F., Piochi Janiri L., *Alcolismo e famiglia*. Famiglia Oggi, Alcolismo e Dipendenza, 2006, 6-7
- Moavero-Milanesi A., *Prevenzione dell'alcolismo*, Roma, Pensiero Scientifico Editore, 2006, 39-43
- Nylander I., *Children of alcoholic father*, Acta Paediatrica, 1960, 49,3
- Norwood R., *Donne che amano troppo*, Milano, Feltrinelli Editore, 1989
- Orford J., Edwards G., *Alcoholism: A Comparison of Treatment and Advice, with a Study of the Influence of Marriage*, Oxford, Oxford University Press, 1977

Papenek M.C., *Excessive drinking, a factor in a family disintegration*. Report of international conference on alcoholism and drug abuse, ICAA Publication, 1974

Petrella F., Barale F., *L'approccio psicoterapico all'alcolismo in Prospettive psicoterapiche nel trattamento degli alcolisti*

Sarteschi P., Maggini C., *Psichiatria*, Parma, La Goliardica Editrice, 1982

Sare et al., *Health-related lifestyle, physical and mental health in children of alcoholic parents*, *Drug and Alcohol Review*, 2012, 31, 861-870

Steinglass P, Bennett L.A., Wolin S.J., Reiss. D., *The Alcoholic Family*, London, Hutchinson, 1987

Taglioli A., *Generazioni a Confronto: Famiglie di ieri, di oggi e di domani*, 2013

Wegscheider-Cruse S., *The Family Trape No One Escapes from a Chemically Dependent family*, Rapid City, S Dak nurtyring Networks, 1976

## 2. Adolescenti

### **Maria Antonietta Paniconi, Giovanni Pè**

Il consumo di bevande alcoliche, assolutamente sconsigliato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità prima dei 18 anni di età, può creare problemi, oltre che di tipo organico, sul piano psicologico e sociale ed è correlato a una serie di disordini psicopatologici in quanto interferisce con il normale sviluppo cognitivo, affettivo, emotivo e delle competenze sociali degli adolescenti. Il consumo di alcol è associato a numerosi comportamenti a rischio, incidenti di vario tipo nonché al decadimento delle prestazioni scolastiche, lavorative e relazionali fino a connotare situazioni di isolamento sociale, aggressività etero e auto diretta, violenza, bullismo e condotte devianti.

Gli attuali modelli di consumo alcolico, da parte dei giovani, che spostano la tipologia mediterranea verso quella anglosassone (bevute fuori pasto, binge drinking, policonsumo di alcol e droghe), sono strettamente correlati a pressioni e dinamiche della società contemporanea che sottendono la logica della performance sociale e relazionale declinate nell'ansia di vivere.

L'adolescenza rappresenta un periodo di passaggio, in cui i giovani sono chiamati ad affrontare prove e compiti evolutivi per costruire nuovi equilibri nei contesti di vita; è una fase del ciclo di vita nella quale ogni individuo sviluppa la propria identità e deve mettersi in relazione con il mondo in modo autonomo e coerente. In questa fase di passaggio i ragazzi mostrano il bisogno di sentirsi forti di fronte alle paure che per la prima volta emergono nella loro esistenza. L'adolescente compie azioni che gli procurano dei rischi sotto forma di sfide sia individuali sia di gruppo, ma questo non accade, come si può essere portati a credere, perché il ragazzo vive la sensazione di essere invulnerabile, ma per il motivo opposto, perché per la prima volta si sente vulnerabile e mortale e così appaiono comportamenti che rappresentano un modo di esorcizzare la morte.

Durante l'adolescenza, più che in altri momenti della vita, si manifestano un desiderio e un bisogno incontenibile di sfidare le regole e provare i limiti, sia interni (personali, acquisiti durante l'infanzia e trasmessi dai genitori e dagli adulti significativi) che esterni (ambientali, sociali) rappresentati dalle norme e dalle leggi che regolano la collettività.

Il concetto di limite è inseparabile, soprattutto in questa fase evolutiva, da quello di trasgressività. La trasgressività adolescenziale non rappresenta solo una ribellione alle regole sociali e/o al mondo degli adulti in generale, quanto piuttosto un comportamento adottato per poter ricercare divertimento, per poter sfidare le proprie abilità, soprattutto fisiche, per mettersi alla prova, soprattutto nei momenti ludico – ricreativi.

Il divertimento si inserisce in questo ambito e le condotte trasgressive vengono attuate soprattutto in gruppo: è nel gruppo dei pari, infatti, che vengono ideate e realizzate esperienze del tutto nuove che implicano e impongono il superamento di limiti prestabiliti per ricercare nuove sensazioni eccitanti, per spingersi “oltre”, per condividere regole, codici, linguaggi e stili comportamentali propri del gruppo stesso; l'adolescente può in questo modo sperimentare abilità sociali, ruoli e comportamenti diversificati e, più in generale, elaborare una strategia di inserimento nel mondo adulto.

Il gruppo dei coetanei diventa così per l'adolescente un punto di riferimento importante, che può favorire in molti modi la crescita cognitiva, emotiva, affettiva e contribuisce in maniera essenziale allo sviluppo dell'identità personale.

Sono state fatte ricerche (Bonino, 2005) che mostrano come l'alcol (insieme al tabacco e ai cannabinoidi) risponda a vari bisogni dell'adolescente, dal bisogno di realizzazione adulta, che segna il “rito di passaggio” ad una condizione evolutiva successiva, al bisogno di trasgressione; nello specifico al consumo di alcol può essere attribuito un significato auto-terapico allo scopo di “fuggire” da una realtà percepita come problematica.

Nel primo contatto con la sostanza alcolica giocano un ruolo significativo le influenze interpersonali esercitate dai famigliari. I risultati di alcune ricerche (Tucci et al, 2013) hanno messo in evidenza che gli adolescenti che hanno avuto il primo contatto con l'alcol non troppo precocemente e in ambito famigliare (e in Italia sono la maggioranza) mantengono un rapporto con le sostanze alcoliche molto più moderato rispetto a chi l'esordio lo ha avuto in ambito amicale e più precocemente. Emerge inoltre che “l'influenza dei genitori sui comportamenti degli adolescenti sembra variare anche con la qualità della relazione genitori-figli e con lo stile genitoriale adottato”.

Gli adulti frequentemente assumono un ruolo fantasmatico dove sembrano non vedere, non ascoltare e, sostanzialmente, non comunicare. In effetti lo stile genitoriale estremamente permissivo o, al contrario, autoritario, può favorire, per il tramite di una distorta partecipazione alla vita affettiva ed emotiva dei figli, il consumo di alcol o di sostanze

nei ragazzi. Il modello genitoriale più efficace sembrerebbe lo stile autorevole che si caratterizza per le due dimensioni fondamentali dell'affetto e del controllo. Parliamo di un genitore che si coinvolge nella relazione in modo supportivo e emotivo, con calore e vicinanza, ma che riesce a disciplinare il comportamento del figlio attraverso regole e limiti.

Questo atteggiamento tende a responsabilizzare i propri figli invece favorendo lo sviluppo della capacità di cooperare con i coetanei e della capacità di "autoefficacia regolatoria" (Smorti et al 2010) intesa come capacità di resistere alle pressioni dei pari..

Esistono dunque fattori di protezione e di rischio nel contesto di vita dell'adolescente. Abbiamo parlato del contesto familiare; l'altro contesto cruciale è il gruppo.

Nei confronti delle sostanze psicoattive, sia lecite che illecite, il gruppo esercita una pressione sul singolo relativamente all'espressione di opinioni positive o negative, alle aspettative sugli effetti delle varie sostanze e all'adozione di comportamenti rischiosi collettivi. È importante sottolineare che il gruppo non opera solamente un condizionamento "negativo" nei confronti del singolo; l'influenza del gruppo si può collocare tra due estremi: da un lato favorisce i consumi attraverso il processo di imitazione, dall'altro svolge un ruolo di contenimento rispetto agli episodi di consumo eccessivo. L'adolescente ha maggiori probabilità di bere alcolici se gli amici del gruppo approvano e adottano lo stesso tipo di condotta. "(...) la pressione dei pari (oltre al fatto di possedere amici che bevono alcolici o consumano sostanze) costituisce uno dei più consistenti predittori di abuso di sostanze tra gli adolescenti" (Smorti et al 2010).

Particolarmente significativi appaiono anche i fattori situazionali che riguardano: la disponibilità e l'accessibilità della sostanza, gli eventi di vita stressanti, le pressioni culturali. A tal proposito, in considerazione dell'ultimo rapporto dell'ESPAD (European School survey Project on Alcohol and other Drugs) del 2011, si è constatato che in Italia tre studenti su quattro (77%) accedono con estrema facilità alla birra (73%), al vino (68%), all'alcolpops (63%), ai superalcolici (55%), senza differenze sostanziali rispetto alla media degli altri Paesi europei. Complessivamente, in Italia sei studenti su sette (86%) hanno dichiarato che è "abbastanza facile" o "molto facile" procurarsi bevande alcoliche, nonostante esistano leggi che limitano l'accesso dei giovani alla somministrazione e vendita di bevande per restrizioni legate all'età.

Oltre ai due contesti fondamentali di cui abbiamo parlato, relazioni familiari e gruppo dei pari, un terzo cruciale contesto è rappresentato dai fattori intra individuali.

Studi effettuati dall'OPGA hanno evidenziato alcune motivazioni prevalenti nei giovani che bevono: "per divertirsi", "per adeguarsi al gruppo", per "darsi delle arie", per "dimenticare i problemi", per "trasgredire".

Alcuni tratti personologici e fattori individuali possono favorire l'iniziazione, quali l'impulsività, gli stati emozionali negativi (sentimenti di sfiducia, ansia, inadeguatezza, scarsa autostima), la tolleranza verso la trasgressione e la ricerca di emozioni forti (sensation seeking),

un repertorio molto limitato di competenze sociali e di strategie relazionali e comunicative e sottovalutazione dei rischi connessi all'uso. In particolare rispetto al contrastare le pressioni del gruppo, emergono tre abilità individuali significative: essere assertivi, saper stabilire buone relazioni coi coetanei, avere la convinzione di saper dire "no" per resistere alle pressioni del gruppo dei pari.

Riassumendo, il consumo rischioso e dannoso di alcol nei giovani, spesso contraddistinto da uso di superalcolici fuori pasto, da abbuffate alcoliche e da co-assunzione con altre sostanze psicoattive, si deve quindi inserire all'interno del complesso insieme di comportamenti a rischio che vengono intrapresi in questa specifica fase evolutiva, alla stessa stregua dei comportamenti alimentari scorretti, dell'aver rapporti sessuali a rischio, del manifestare aggressività e violenza verso i pari, del guidare in modo rischioso e di tutte le altre condotte comportamentali che possono incidere negativamente e rallentare, compromettendolo negativamente, lo sviluppo psicologico e sociale dell'adolescente.

Al riguardo Bonino (2005) sostiene che *"anche i comportamenti pericolosi hanno uno scopo ed una funzione (...) I comportamenti a rischio insomma, per quanto pericolosi e disturbanti (...) sono la risposta che alcuni adolescenti danno ai compiti evolutivi di sviluppo caratteristici dell'età(...) Comprendere le loro funzioni è quindi essenziale per poter offrire all'adolescente l'opportunità di raggiungere i medesimi obiettivi senza mettere a repentaglio il proprio benessere."*

L'approccio multidimensionale scelto dai vari ricercatori per studiare e comprendere i comportamenti a rischio in adolescenza prevede, quindi, di attuare progetti di prevenzione primaria che non si limitino alla trasmissione di informazioni sulle sostanze psicoattive legali e illegali, ma che si concentrino sullo sviluppo e accrescimento di competenze e abilità individuali, al fine di favorire un processo di acquisizione della consapevolezza delle decisioni attuate e dei fattori emozionali sottostanti a queste, demandando il compito non solo alle istituzioni sanitarie ma anche alla famiglia, alla scuola e al gruppo dei pari.

Diventa fondamentale attivare negli adolescenti l'acquisizione di strategie personali per accrescere l'autostima e la fiducia in se stessi, nonché le abilità sociali, condizioni necessarie per affrontare in modo positivo e consapevole i vari compiti di sviluppo che si presentano. In realtà, gli adolescenti hanno bisogno di amore, di attenzione, di fiducia, di partecipazione e sostegno ai loro progetti oltreché di adeguate politiche sociali.

Se l'azione educativa, laddove possibile, è mediata e filtrata, con equilibrio, dagli adulti, intesi come genitori, famigliari, istituzioni scolastiche, sociali, sanitarie, media e altro ancora, attraverso principi coerenti e partecipati, si potrà davvero pensare ad una reale prevenzione di qualsiasi forma di devianza da parte di adolescenti e giovani.

Quando viene richiesto o diventa necessario un trattamento specialistico (per l'emergere di comportamenti a rischio connessi al consumo di alcol, fino ai fenomeni di delinquenza, e di eventuali disordini psichici), con i ragazzi è fondamentale il lavoro integrato tra presa in carico individuale e familiare, oltre che di sostegno alla socializzazione.

## Bibliografia

- Bonino S., *Il fascino del rischio negli adolescenti*, Firenze, Giunti Editore, 2005
- Bonino S., Cattelino E., *La prevenzione in adolescenza. Percorsi psicoeducativi di intervento sul rischio e la salute*, Le guide, Trento, Edizioni Erickson, 2008
- Bonino S., *Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*, Firenze, Giunti Editore, 2007
- Contel M., Tempesta E., *Alcol e giovani. Cosa è cambiato in vent'anni*, Roma, Carrocci Editore, 2012
- Rapporto ESPAD 2011, *European School survey Project on Alcohol and other Drugs*
- Global status report on alcohol and health 2014* (WHO)
- Maggiolini A., Riva E., *Adolescenti trasgressivi*, Milano, Franco Angeli, 1999
- OPGA "Osservatorio Permanente sui giovani e alcol" in collaborazione con la Società Italiana Medicina nell'adolescenza, Indagine di tipo quantitativo condotta nel 2014 in cinque città metropolitane attraverso la somministrazione di un questionario ad hoc
- Palmonari A., *Psicologia dell'adolescenza*, Bologna, Il Mulino, 1993-1997
- Petter L., Tessari M., *L'Associazione educativa. Adulti e ragazzi: un rapporto difficile*, Firenze, La Nuova Italia, 1990
- Pietropoli Charmet G., *Fragile e spavaldo. Ritratto dell'adolescente di oggi*, Roma, Editori Laterza, 2009
- Pietropoli Charmet G., *La fatica di diventare grandi. La scomparsa dei riti di passaggio*, Torino, Einaudi, 2014
- Pietropoli Charmet G., *AdoleScienza. Manuale per genitori e figli sull'orlo di una crisi di nervi*, Alba, Edizioni S. Paolo, 2010
- Pietropoli Charmet G., cit. in *L'adolescenza tra metamorfosi e breakdown evolutivi*, I quaderni di Janis, (Raccolta degli interventi del 2° convegno della Regione Friuli Venezia Giulia sull'adolescenza), Roma, Zadig Editore, 2008
- Pietropoli Charmet G., *Adolescenza e comportamenti a rischio: dare un senso alla prevenzione*, pagg. 16-24 in Sanfilippo B., Galimberti G.L., Lucchini A., *Alcol, alcolismi, cosa cambia. Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso*, Quaderni, Milano, Franco Angeli, 2004
- Pommereau X., *Quando un adolescente soffre*, Milano, Nuova Pratiche Edizioni, 2008
- Prina F., Tempesta E., *I giovani e l'alcol: consumi, abusi, politiche. Una rassegna critica multidisciplinare, Salute e Società*, Milano, Franco Angeli, 2010
- Ravenna M., *Adolescenti e droga*, Bologna, Il Mulino, 1993
- Ravenna M., *L'adolescente e l'uso di sostanze psicoattive*, Bologna, Il Mulino, 1995
- Ravenna M., *Psicologia delle tossicodipendenze*, Bologna, Il Mulino, 1997
- Scafato E., *Binge-drinking in adolescenza*, in Epicentro Istituto Superiore Sanità, 2010
- Scafato E., *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"*, 2014
- Scafato E., Gandin C., Galluzzo L., Martire S., Ghirini S., *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni*, Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute, Rapporto 2014, per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol), viii, 65 p. Rapporti ISTISAN 14/1



Smorti M., Benvenuti P., Pazzagli A., *Fattori di rischio e di protezione nel consumo di alcolici e di sostanze negli adolescenti*, Psicologia clinica e dello Sviluppo a. XIV, n. 1, aprile 2010

Tucci M., Tempesta E., Contel M., Buzzi C., Bertelloni S., *Il problematico rapporto tra adolescenti e alcol, Dati preliminari dell'indagine*, Società Italiana Medicina nell'adolescenza, Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcol, Rivista italiana di Medicina dell'Adolescenza, Vol. 11, n. 1, 2013

### 3. Anziani

**Carlo Cristini, Giovanni Cesa-Bianchi**

#### Introduzione

Si diventa sempre più vecchi. Nell'arco di un secolo, l'aspettativa di vita nel mondo occidentale è aumentata di circa 40 anni. Sono attualmente oltre 12 milioni e mezzo gli ultrasessantacinquenni in Italia e corrispondono al 20.8% della popolazione. Le donne rappresentano circa il 60% degli over 65 e il 75% degli over 90: un divario destinato tuttavia a restringersi nei prossimi decenni (Istat - Rapporto annuale 2013). Si vive più a lungo; i dati demografici ogni anno spostano in avanti l'indice dell'aspettativa di vita: due anni e mezzo per decade (sei ore al giorno) e molti bambini nati nel terzo millennio diventeranno centenari (Vaupel 2010). Nella popolazione anziana che si viene delineando, si osserva una dicotomia esistenziale (Cesa-Bianchi 2002, 2006) da una parte i vecchi sani, autonomi, creativi, intraprendenti, orientati al successful aging, alla realizzazione di se stessi, dall'altra quelli malati, non autosufficienti, passivi, dipendenti sul piano psicofisico. È una dicotomia che - senza tralasciare le multiformi condizioni intermedie - potrà in avvenire ridurre il suo divario, spostarsi sempre più verso la componente attiva, partecipativa e propositiva della rappresentanza anziana: è una delle grandi sfide, attuali e future, della scienza e della cultura.

Il progressivo aumento nel numero di anziani comporta un incremento del disagio psichico nella popolazione di età avanzata. In vecchiaia si riduce il margine di sicurezza, aumenta la vulnerabilità agli agenti stressanti, fisici e psicosociali, e incrementano i rischi a salute e autonomia correlati al verificarsi di varie, possibili situazioni di disadattamento che possono favorire atteggiamenti di abuso e dipendenza alcolica. Le rapide, continue e molteplici trasformazioni del mondo contemporaneo - in ambito familiare e intergenerazionale, tecnologico e informatico, multietnico e pluriconfessionale - la persistenza di stereotipi negativi sulla vecchiaia, la scomparsa di tradizioni e valori, il verificarsi di fattori di disadattamento - forzata solitudine, pensionamento e tempo vuoto, sradicamento dal proprio ambiente di vita, problemi economici, conflittualità e insicurezze e sociali, perdite affettive, divario intergenerazionale, insorgenza di una malattia - rappresentano complessivamente un'insidia all'integrità psicologica dell'anziano. Il vecchio in difficoltà, sofferente, disadattato, angosciato, depresso, demente, disperato, smarrito richiede attenzione, sensibilità, piena comprensione della sua condizione emotiva ed umana (Cipolli e Cristini 2012).

Spesso l'assunzione eccessiva e continuativa di sostanze alcoliche dalla persona che



invecchia rappresenta un epifenomeno di disagi psicologici e sociali (Ando et al. 2014; Carmiol et al. 2014; Penberthy et al. 2014), le cui ragioni risiedono nella storia personale, dalle sue matrici biologiche ed affettive, dal contesto ambientale e culturale nel quale l'anziano è inserito e interagisce. Da rilevare inoltre che nella cultura tradizionale di varie società occidentali, l'assunzione quotidiana, "generosa" di sostanze alcoliche da parte dei maschi era ed è spesso ritenuta un'espressione di appartenenza e di affermazione sociale. Il saper "reggere" all'alcol veniva considerato un elemento di forza e di valorizzazione dell'identità maschile che frequentemente ne giustificava gli eccessi, anche pubblici (Woodward 2013; Harrell et al. 2014; Kelfve et al. 2014; Wadd e Galavani 2014). Molto diverso era e resta l'atteggiamento nei confronti di una donna dedita all'uso e all'abuso di bevande alcoliche, generalmente consumate in privato e in solitudine (Sacco, Bucholz e Harrington 2014). "Il vino fa sangue" - insieme ad aneddoti - era un detto molto diffuso nelle società passate. I fattori di disadattamento ed una cultura asseccante l'uso di bevande alcoliche costituiscono un terreno facilitante l'abuso etilico e le sue conseguenze cliniche e sociali, fra cui la demenza alcolica ed altri disturbi neuropsichiatrici (Hersen e Van Hasselt 1996; Rosales-Rodriguez 2014). Più ampia e approfondita è la conoscenza dell'anziano affetto da dipendenza alcolica e delle sue problematiche sottostanti, più chiara è l'analisi e la comprensione del suo problema clinico ed esistenziale, maggiori sono le probabilità di programmare validi ed efficaci interventi preventivi, assistenziali e riabilitativi.

### **1. Disagio e fragilità: la dipendenza alcolica**

In vecchiaia si possono determinare varie forme di disagio e sofferenza: ansia, depressione, apatia, declino cognitivo, dipendenza emotiva insorgono e si confrontano tra mondo interiore e contesto relazionale. Sono espressioni cliniche che connotano le difficoltà psicologiche ed esistenziali dell'anziano e richiedono una peculiare attenzione professionale, sul piano sociale e sanitario. Il disagio, specialmente quello non riconosciuto o sottostimato - sia di chi lo vive che delle persone che gli sono vicine - può manifestarsi attraverso comportamenti incongrui, alterati come la dipendenza alcolica. La comparsa e lo sviluppo di una condizione di fragilità, disadattamento e inquietudine si intrecciano con la vita trascorsa, con l'ambiente relazionale e socio-culturale di appartenenza. Le angosce dimenticate dell'infanzia, i conflitti irrisolti dell'adolescenza, le difficoltà negli anni successivi ricompaiono in vecchiaia (Sugarman 2001; Cesa-Bianchi e Albanese 2004). Il sentimento di sicurezza in età senile, legato a salute, autonomia, affetti, condizioni economiche e sociali, può essere sottoposto a varie sfide e messo in crisi. La spinta al vivere rappresenta un fattore di salute, come la voglia di ricercare, di conoscere, di comunicare, di esprimersi creativamente (Cesa-Bianchi 1998, 1999; Cristini et al. 2011, 2012). L'insicurezza, la malattia depressiva, la fragilità emotiva sembrano talvolta corrispondere all'abbandono della ricerca, della speranza, del desiderio e della fiducia con il conseguente ricorso a forme di dipendenza, come quella da sostanze alcoliche che sembra, almeno nel periodo iniziale, offrire una forma di sollievo (Bolton, Robinson e Sareen 2009).

Dimenticanze, smarrimenti, confusioni possono accadere in ogni fase della vita, ma sembrano connotare in modo peculiare alcune condizioni dell'età senile. Il declino delle funzioni affettive e cognitive rappresenta la smagliatura, lo strappo del margine di protezione, la rottura dell'equilibrio, la difficoltà o l'incapacità a funzionare o a strutturare nuovi modelli organizzativi, nonostante interventi di riparazione e di ricostruzione. Ansia, depressione e demenza costituiscono le difficoltà emotive e il disagio psicopatologico più frequenti in età avanzata e si manifestano in vario modo, anche tramite gli eccessi alcolici e la loro abitudinarietà. Nell'anziano l'assunzione cronica di bevande alcoliche spesso maschera condizioni di disagio affettivo, quali stress, ansia e depressione (Plebani, Oslin e Lipson 2014). Quando da anziani viene meno il sentimento di sicurezza, quando fragilità e disagio sembrano prendere il sopravvento possono riemergere le antiche paure. Diceva Elias Canetti: "Le nostre paure non vanno mai perdute, anche se i loro nascondigli sono misteriosi". L'incremento del disagio e della fragilità non si traducono necessariamente in disfunzione o in malattia, compresa la dipendenza alcolica cronica, ma suggeriscono una più attenta prevenzione sociale, attraverso la rilevazione epidemiologica dei rischi alla salute emotiva in età senile, la realizzazione di centri di aggregazione che tengano conto delle esigenze e delle caratteristiche dell'anziano, la capillarità dei servizi di assistenza territoriale, la sensibilizzazione e la facilitazione ad inserirsi in associazioni ricreative, culturali e di volontariato (Cesa-Bianchi e Cristini 2009; Scarcella, Podavitte e Trabucchi 2010).

## 2. Solitudine e isolamento

Uno dei problemi maggiori dell'anziano che spesso sviluppa stati di disagio, di depressione, di 'rifugio' nell'alcool riguarda la solitudine e l'isolamento. Determinati accadimenti della vita - in primis le perdite affettive e relazionali - costringono molti anziani a sperimentare e soffrire una condizione di indesiderata solitudine. Il vecchio può ritrovarsi solo, emarginato, suo malgrado, incolpevole destinatario di una sorte non voluta, spesso temuta.

Sono soprattutto le donne, in rapporto alla maggiore aspettativa di vita e generalmente alla più giovane età rispetto al coniuge, a confrontarsi con la solitudine, con il rischio di isolamento - oltre alle persone anziane che si ritrovano sole dopo la separazione o il divorzio dal coniuge.

La solitudine richiama la realtà esistenziale dell'essere umano, può costituirne la forza o la fragilità, evocare sicurezze o angosce del passato, timori o speranze del futuro, attivare o meno le funzioni adattative, resilienti (Cacioppo 2014). Spesso nella condizione di solitudine l'uomo misura se stesso, la tenuta emotiva, la conoscenza, l'autonomia, il senso di sé. "Ognuno sta solo sul cuor della terra trafitto da un raggio di sole: ed è subito sera", scriveva Salvatore Quasimodo. L'anziano come ogni altra persona desidera, a volte, rimanere solo per dedicarsi alla riflessione, alla contemplazione. L'età liberata da vincoli e legami di circostanza può favorire un approfondimento della conoscenza di sé anche attraverso una riesamina delle esperienze vissute. È una solitu-

dine forte del suo passato e che consolida l'acquisita autonomia. Ma vi sono persone anziane che temono e soffrono la solitudine, l'emarginazione, l'abbandono, specie nelle metropoli. Quanti sono i giovani, gli adulti che si perdono e soccombono nel vuoto della solitudine? La natura umana contempla la relazione, lo scambio con il prossimo, la condivisione dell'esperienza, il confronto costruttivo con altre persone.

La solitudine imposta, l'essere estraneo e dimenticato dalle persone che si sono conosciute, incontrate - o che abitualmente si incontrano - diventano un ostacolo alla realizzazione di sé, rischiano di alienare desideri ed esigenze affettive, di inibire lo spirito creativo, sfidano la capacità di autonomia e di resilienza, insinuano l'angoscia dell'abbandono e facilitano la comparsa di disturbi disadattativi e depressivi che non raramente sfociano nell'abuso etilico.

L'allontanamento indesiderato dal mondo produttivo, l'impreparazione al pensionamento, i mutamenti sociali e culturali, di stile e costume di vita, la mancanza di ruoli, i pregiudizi sulla vecchiaia, la ridotta autostima in alcuni casi, il senso di inadeguatezza in altri, sembrano rappresentare in molti vecchi ulteriori motivi di solitudine, emarginazione e disadattamento (Binstock e George 2001). Sono disagi, inquietudini che possono indurre o stabilizzare atteggiamenti di dipendenza alcolica, facilitare un'evoluzione clinica della sofferenza.

Opportunità concrete di inserimento, partecipazione e integrazione sociale - anche attraverso un percorso propedeutico in gruppi di autoaiuto (Milani 2014) - possono riattivare le potenzialità creative, il desiderio di essere utili, ancora protagonisti, permettere un recupero di interessi e prospettive, di superare le incertezze, prevenire tendenze e atteggiamenti di rinuncia, apatia, dipendenza e involuzione.

L'emarginazione dell'anziano riflette l'attenzione, il clima sociale, intergenerazionale di una comunità. Scriveva Simone de Beauvoir: "Che per gli ultimi quindici o vent'anni della sua vita un uomo non sia più che uno scarto sociale è una cosa che denuncia il fallimento della nostra civiltà". Solitudine ed isolamento costituiscono significativi fattori di rischio di deprivazione sensoriale, di perdita di interessi, di apatia e depressione, di abuso di sostanze alcoliche.

### **3. Pensionamento e vuoto esistenziale**

L'invecchiamento viene influenzato da vari eventi ed esperienze, positivi e negativi, da fattori di disadattamento - biologici, affettivi, relazionali, ambientali - che possono mettere a dura prova la tenuta emotiva e cognitiva dell'anziano, il sentimento di sé, la storia narrativa, le capacità di resilienza e di recupero. Il pensionamento costituisce in molti individui un fattore di rischio per l'integrità della salute psichica (Cesa-Bianchi 2000; Cristini e Cesa-Bianchi 2006). Atteggiamenti e reazioni agli specifici avvenimenti dipendono dal percorso esistenziale intrapreso, dalle immagini che l'anziano ha di sé e del contesto in cui vive. Sosteneva Epitteto: "Gli uomini sono agitati e turbati

non dalle cose, ma dalle opinioni che hanno delle cose”; un’espressione che sottolinea l’importanza di come si reagisce a quanto la vita ci propone e che richiama un pensiero di Aldous Huxley: “L’esperienza non è quello che accade ad un uomo; è quello che un uomo realizza utilizzando ciò che gli accade”.

Pertanto gli eventi negativi possono costituire fattori di disadattamento, facilitare l’insorgenza di disagi e sofferenze, favorire o incrementare tendenze comportamentali inappropriate, come l’abuso e la dipendenza alcolica. Soprattutto per gli uomini, il pensionamento può rappresentare un momento delicato, un passaggio critico. La condizione di lavoratore conferisce ruolo e status sociali, riconoscimento e valore, anche nell’ambito familiare. Il pensionamento, la mancanza di impegni e progetti possono far emergere - dopo una fase in cui si avverte un sentimento di libertà, per la cessazione dei vincoli imposti da altri - situazioni di disagio, di vuoto esistenziale, relazionale che talvolta inducono vere e proprie crisi di identità. Il lungo tempo libero a disposizione si trasforma in angoscia, in smarrimento, in perdita del sentimento di sé con possibile appiattimento e declino di emozioni, pensieri e voglia di vivere. Scriveva Nathaniel Hawthorne: “(...) molti furono esonerati dall’arduo lavoro, ma morirono tutti dopo essere stati messi a riposo: come se l’unica loro ragione di vita fosse rappresentata dall’ufficio dove avevano lavorato per tanti anni”. Ed affermava Cesare Musatti: “Non si va in pensione perché si diventa vecchi, ma si diventa vecchi perché si va in pensione”. È il vuoto esistenziale che riempiendosi di angoscia e depressione chiude alla speranza, alla rinascita creativa e che in alcuni casi sembra ‘risolversi’ nella dipendenza alcolica (Brennan e SooHoo 2013). Se vengono a mancare valide alternative al lavoro, il tempo libero davanti a sé rischia di assumere dimensioni angoscienti, di inutilità, inadeguatezza, disorientamento. Non diventa un tempo liberato, ma si trasforma in una realtà opprimente e dolorosa. Il declino della qualità della vita dopo il pensionamento si correla alle caratteristiche dell’ambiente di appartenenza ed alla tipologia del lavoro svolto - attività esecutive e ripetitive, di scarsa espressione creativa - nonché alle esperienze ed alla personalità. La donna soffre meno la condizione di pensionata: le abituali attività organizzative della vita domestica che, se da una parte sembrano penalizzarla nell’età adulta, dall’altra tendono a facilitarle l’autonomia e l’espressione creativa. Specifiche opportunità, sempre più diffuse per superare condizioni di inattività, solitudine e emarginazione, sentimenti di vuoto, atteggiamenti impropri come il consumo etilico eccessivo sono costituite dalla frequenza a centri diurni, a iniziative di aggregazione, ad associazioni di volontariato, a circoli culturali, alle università della terza età (Santos et al. 2014). Gli anziani che vi partecipano, manifestano più frequentemente atteggiamenti positivi, di apertura relazionale, sanno meglio disporre del tempo libero, sviluppano le potenzialità creative (Cesa-Bianchi e Cristini 2014). L’assenza di impegni prestabiliti, l’offerta di servizi alla persona e di adeguate proposte di partecipazione, l’essere autonomi aprono la possibilità di riorganizzare la vita quotidiana, di occupare creativamente lo spazio concesso dal pensionamento, di prospettarsi e interpretare una vecchiaia attiva e propositiva, non soltanto per sé.

## Bibliografia

- Ando B., Rozsa S., Kurgvis E., Szkaiczki A., Demeter I., Szikszay P., Demetrovics Z., Janka Z., Almos P.Z., *Direct and indirect symptom severity indicators of alcohol dependence and the personality concept of the biosocial model*, Substance Use Misuse, 2014, 49(4): 418-426
- Binstock R.H., George L.K., *Handbook of aging and social sciences*, San Diego, Academic Press, 2001
- Bolton J.M., Robinson J., Sareen J., *Self-medication of mood disorders with alcohol and drugs in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*, J. Affect Disord, 2009, 115(3): 367-375
- Brennan P.L., SooHoo S., *Pain and use of alcohol in later life: Prospective evidence from the Health and Retirement Study*, Journal of Aging and Health, 2013, 25(4): 656-677
- Cacioppo J.T., *Evolutionary mechanisms for loneliness*, Cognition and Emotion, 2014, 28(1): 3-21
- Carmiol N., Peralta J.M., Almasly L., Contreras J., Pacheco A., Escamilla M.A., Knowles E.E.M., Raventos H., Glahn D.C., *Shared genetic factors influence risk for bipolar disorder and alcohol use disorders*, European Psychiatry, 2014, 29(5): 282-287
- Cesa-Bianchi M., *Giovani per sempre? L'arte di invecchiare*, Roma, Laterza, 1998
- Cesa-Bianchi M., *Cultura e condizione anziana. Vita e Pensiero*, Rivista Culturale dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, 1999, 3: 273-286
- Cesa-Bianchi M., *Psicologia dell'invecchiamento*, Roma, Carocci, 2000
- Cesa-Bianchi M., *Comunicazione, creatività, invecchiamento*, Ricerche di Psicologia, 2002, 3, 25: 175-188
- Cesa-Bianchi M., Albanese O., *Crescere e invecchiare. La prospettiva del ciclo di vita*, Milano, Unicopli, 2004
- Cesa-Bianchi M., *Lectio, in: Laurea honoris causa in Scienze della Comunicazione*, Napoli, Università degli Studi Suor Orsola Benincasa, 2006
- Cesa-Bianchi M., Cristini C., *Vecchio sarà lei! Muoversi, pensare, comunicare*, Napoli, Guida, 2009
- Cesa-Bianchi M., Cristini C., *Come invecchiare. Dalla psicologia generale alla psicogerontologia*, Roma, Aracne, 2014
- Cipolli C., Cristini C. (Eds), *La psicologia e la psicopatologia dell'invecchiamento e dell'età senile: un contributo alla ridefinizione dell'arco di vita*, Numero monografico dedicato a Marcello Cesa-Bianchi, Ricerche di Psicologia, 2012, 2-3
- Cristini C., Cesa-Bianchi G., *Per una comprensione della transizione al pensionamento: elementi di psicogerontologia*, in A. Albanese, C. Facchini, G. Vitrotti (Eds), *Dal lavoro al pensionamento: vissuti, progetti*, Milano, Franco Angeli, 2006, pp. 129-147
- Cristini C., Cesa-Bianchi M., Cesa-Bianchi G., Porro A., *L'ultima creatività. Luci nella vecchiaia*, Milano, Springer, 2011
- Cristini C., Cipolli C., Porro A., Cesa-Bianchi M. (Eds), *Comunicare con l'anziano*, Milano, Franco Angeli, 2012
- Harrell N.O., Pedrelli P., Leiguez C.W., Macpherson L., *Alcohol problems*, in S.G. Hofmann, D.J.A. Dozoi, R. Winfried, London, J.A.J. Smits (Eds), *The Wiley handbook of cognitive behavioral therapy*, Wiley-Blackwell, 2014, pp. 1315-1337
- Hersen M., Van Hasselt V.B., *Psychological treatment of older adults*, 1996, tr. it. Trattamenti psicologici nell'anziano, a cura di Cesa-Bianchi M., Tammara A.E., Milano, McGraw-Hill, 1998
- ISTAT, Rapporto annuale 2013. *La situazione del Paese*, Istituto Nazionale di statistica, Roma, 2013
- Kelfve S., Agahi N., Mattsson A.D., Lennartson C., *Increased alcohol use over the past 20 years among the oldest old in Sweden*, Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 2014, 31(3): 245-260

- Milani A.J., *The experience of elder alcoholics anonymous group members of a relapse after a long period of sobriety: a descriptive phenomenological exploration*, Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 2014, 75 (2-B) (E)
- Penberthy J.K., Gioia C., Konig A., Martin A.M., Cockrell S.A., Meshbarg-Cohen, S., *Co-occurring chronic depression and alcohol dependence: A novel treatment approach*, Addictive Disorders & Their Treatment, 2014, 13(2): 54-67
- Plebani J.G., Oslin D.W., Lipson A.B., *Alcohol use in the elderly*, in P. Boyle, P. Boffetta, A.B. Lowenfels, H. Burns, O. Brawley (Eds), Alcohol: Science, policy, and public health, New York, Oxford University Press, 2014, pp. 161-168
- Rosales-Rodriguez S., *Review of Alcoholopatia: Diagnosis and treatment of alcoholism in all its forms*, Alcohol and Alcoholism, 2014, 49(3): 369-370
- Sacco P., Bucholz K.K., Harrington D., *Gender differences in stressful life events, social support, perceived stress, and alcohol use among older adults: Results from a national survey*, International Journal of the Addictions, Substance Use e Misuse, 2014, 49(4): 456-465
- Santos G.V., Barreto E.C., Santos J.F.F., Marchini L., *Alcohol and quality of life among social groups for the elderly in Sao Jose dos Campos Brazil*, Applied Research in Quality of Life, 2014, 9 (2): 285-293
- Scarcella C., Podavitte F., Trabucchi M., *Strategie per la fragilità. Un modello di rete*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2010
- Sugarman L., Life-Span Development, 2001, tr. it. *Psicologia del ciclo di vita. Modelli teorici e strategie di intervento*, Milano, Raffaello Cortina, 2003
- Vaupel J.W., *Biodemography of human ageing*, Nature, 2010, 464, 536-542
- Wadd S., Galavani S., *Working with older people with alcohol problems: Insight from specialist substance misuse professionals and their service users*, Social Work Education, 2014, 33(5): 656-669
- Woodward J.J., *Alcohol*, in B.S. McCrady, E. Epstein (Eds), Addictions: A comprehensive guidebook (2nd ed.). Oxford University Press, New York, 2013, pp. 135-154.

## 4. Donne

### Giovanni Pè

Il consumo di alcol presenta differenti modalità in diverse culture ma si possono evidenziare “caratteristiche variegata anche all’interno di uno stesso contesto sociale” che possono riguardare anche le differenze di genere (Scafato, 2014). C’è stato un cambiamento dei modelli e degli stili del bere negli ultimi anni; si sono modificati i comportamenti e i valori sociali e di conseguenza le culture relative al consumare alcolici. Questo processo interessa anche l’Italia e le donne italiane. Il trend epidemiologico attuale evidenzia l’aumento dei consumi di bevande alcoliche fuori pasto, soprattutto tra le donne. Comunque, in generale, le donne continuano a bere meno degli uomini, sia come quantità sia come frequenza. Emerge, invece, la preoccupante situazione dell’aumento dei consumi tra le minorenni: sono considerate a rischio l’8,4% delle ragazze tra gli 11 e i 17 anni (Scafato, 2014).

Si può correlare il cambiamento degli stili del consumo di alcol nelle donne con il modificarsi del ruolo della donna all'interno della vita sociale in differenti aspetti. Da un lato la donna continua a mantenere una posizione centrale all'interno delle relazioni familiari, in particolare come madre nella gestione dei figli oltre che come moglie; dall'altro lato è sempre più impegnata nel ruolo lavorativo e proiettata verso nuovi stili di vita. In questo mutamento dell'universo femminile si nota l'emergere di modelli di consumo di bevande alcoliche che prima erano tipicamente maschili. Comportamenti quali il bere in pubblico ma anche il fumare, che prima, nelle generazioni precedenti, venivano considerati socialmente riprovevoli per una donna, sono oggi accettati; le donne sembrano assumere questi comportamenti in una dimensione emancipatoria e questo fenomeno potrebbe spiegare il dato dell'incremento del tasso di alcolismo nelle donne (Scafato, Russo 2014).

Questi mutamenti si inseriscono in un contesto sociale nel quale emergono “modelli di consumo che sembrano sempre più orientati a qualificare il consumo alcolico femminile come <uno status symbol> o come un segno di distinzione (spesso di omologazione culturale)” (Scafato, Russo, 2014) in particolare nelle giovanissime.

Al contrario nelle donne più mature e in quelle anziane sembra prevalere il consumo nel contesto privato e della casa, spesso dissimulato, “per timori di riprovazione sociale” (Scafato, Russo 2014).

Emergono differenze significative nelle modalità e nell'impatto del consumo di alcol nelle donne nei diversi momenti del ciclo di vita.

Nelle giovanissime (11-17 anni) assistiamo ad una maggiore assimilazione ai modelli comportamentali dei coetanei maschi (consumo di birra e superalcolici, consumi fuori pasto e concentrati nel fine settimana); in questa fascia l'influenza del gruppo dei pari gioca un ruolo importante. Frequentare gruppi di amici che bevono alcolici aumenta il rischio dell'adolescente di essere coinvolto nello stesso tipo di condotta; questo, per le ragazze, sembra essere ancora più evidente, in quanto esse sembrano soffrire maggiormente il condizionamento del gruppo quando si tratta di dimostrare la propria emancipazione e temono di essere prese in giro ed emarginate se rifiutano di bere.

Emerge dunque che, per le giovanissime, l'utilizzo dell'alcol può risultare una strategia per dimenticare i problemi e per fronteggiare le avversità: percezione di essere più disinvolti e di aumentare il tono dell'umore e l'autostima, oltre che per diminuire le inibizioni. (Hinnenthal 2007)

Sta emergendo anche una tendenza, una nuova moda alimentare che è stata nominata drunkoressia o anoressia alcolica. Si tratta di mangiare pochissimo o anche digiunare per poter assumere forti quantità di alcolici, in particolare di sera in occasione di feste e uscite nei locali, senza rischiare di aumentare di peso. La finalità è duplice: da



un lato si controlla il peso e la magrezza (l'assunzione di alcol può attenuare la spinta a mangiare, e anzi dare nausea, far sentire sazi ed eliminare la sensazione di disagio data dalla fame), dall'altro l'assunzione di alcol a stomaco vuoto favorisce una maggiore sensazione di ebbrezza e produce un effetto più intenso di "sballo" (Pinna e Carpinello 2015). Si possono evidenziare sia elementi comuni ai disturbi del comportamento alimentare, sia elementi differenti, con alcuni criteri diagnostici che sono caratteristici dell'anoressia, quali il netto rifiuto del cibo, la diminuzione di peso e la perdita del ciclo mestruale; si evidenzia l'importanza del corpo nello sviluppo nell'adolescenza, in particolare nella costituzione dell'identità femminile e come una ragazza possa passare da una motivazione "drunkoressica" a una motivazione "anoressica", quando dimagrire diventa lo scopo principale dell'individuo e ci si esalta nella consapevolezza di poter vincere la fame; l'anoressica vive un forte senso di inadeguatezza che combatte con il sentimento di potere su sé e sugli altri attraverso il sintomo della restrizione alimentare.

Come per l'anoressia vanno sottolineati anche per la drunkoressia i rischi di "compromettere seriamente organi e apparati (cardiovascolare, gastrointestinale, endocrino, ematico, scheletrico, sistema nervoso centrale e cutaneo)" (Pinna e Carpinello 2015).

L'uso problematico di alcol nelle donne è comunque più frequente nella quarta decade di vita, tra i 35 e i 45 anni; in questa fase del ciclo di vita le donne appaiono più a rischio per molteplici ragioni. A livello individuale ci sono i cambiamenti legati all'ingresso nella menopausa, può emergere la paura di perdere la giovinezza e sentirsi meno attraenti sessualmente.

Rispetto alla complessità di far convivere i differenti ruoli in precedenza accennati la donna che è sia madre sia lavoratrice deve affrontare maggiori livelli di fatica e conciliare le esigenze del lavoro con quelle del ruolo femminile in famiglia. D'altro canto la donna che ha dato priorità alla carriera professionale, rimandando il matrimonio e la maternità, può percepire un sentimento di inadeguatezza a partire dalle aspettative sociali intorno a lei, ancora attuali in particolare nella cultura mediterranea.

Si possono, dunque, creare, a livello individuale, delle situazioni che possono mettere in crisi l'identità femminile, laddove la donna può vivere un conflitto "tra le istanze emancipatorie e ideali di affermazione di sé e la difficoltà a rinunciare ai ruoli tradizionali di moglie e di madre" (Scafato 2014). Più in generale in questo periodo si fanno bilanci relativi alla realizzazione del proprio progetto di vita e può emergere la consapevolezza che alcune esperienze si stanno rivelando inadeguate in termini relazionali, affettivi e famigliari.

Tutto ciò può portare a cambiamenti nella relazione di coppia, con i figli che diventano grandi e si allontanano e il partner che può mostrare meno interesse e attenzioni; spesso si creano conflitti, frustrazioni e la donna può vivere un senso di inadeguatezza e solitudine. Nei casi in cui si verifica una separazione coniugale abbiamo un ulteriore



fattore di rischio. Queste situazioni possono favorire l'instaurarsi di consumi di alcol rischiosi o dannosi fino all'alcolismo (si può parlare di alcolismo reattivo).

Studi indicano una significativa incidenza di co-morbilità psichiatrica e alcolismo femminile (65% nelle donne contro il 44% negli uomini), con una prevalenza di co-morbilità con i disturbi d'ansia e con i disturbi depressivi dell'umore (De Rosa et al 2014). La depressione può precedere l'alcolismo oppure contribuire alla sua cronicizzazione. L'alcol diventa nella donna, con più evidenza, uno strumento di automedicazione (Hinnenthal 2007).

Le donne con problemi alcolcorrelati presentano, spesso, una storia di abusi di tipo sessuale subiti nell'infanzia e di pregresse situazioni di tipo traumatico (Orlandini 2007). Alcune ricerche forniscono il dato che le donne che hanno subito un abuso sessuale o fisico presentano un rischio 7,2 volte maggiore di sviluppare una dipendenza alcolica rispetto a chi non ha subito un abuso (Kendler et al 2000).

Emerge una correlazione significativa tra pazienti con diagnosi di Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD) e Disturbi da Uso di Alcol. Studi riferiti alle diagnosi DSM IV di abuso e dipendenza mostrano che le abusatrici nel 10,5% di casi presentano anche un PTSD e le alcol dipendenti presentano nel 26,2% dei casi un PTSD (Kessler et al, 1997). Secondo gli autori l'alcol ridurrebbe il comportamento di evitamento delle situazioni che evocano il trauma e allevierebbe il senso di colpa per via dell'effetto euforizzante, facilitando il distogliere del pensiero dall'evento traumatico stesso.

L'alcolismo femminile risulta più reattivo ad eventi di vita, si manifesta più tardi, con una minore latenza tra l'esordio e l'insorgenza della dipendenza e delle patologie correlate (Hinnenthal 2007); ciò avviene sia perchè la donna ha una maggiore vulnerabilità fisica all'alcol, sia perchè è un fenomeno sommerso e legato a vissuti di colpa e vergogna, che ritardano la richiesta di aiuto e la presa in carico; la donna alcolista mostra la tendenza a bere da sola, per il sentimento della vergogna e può presentare complicazioni legate all'isolamento sociale; si nota infatti "un frequente riscontro di alcoldipendenza tra le pensionate e le casalinghe (Scafato 2014, Edwards 2000).

Va sottolineato, inoltre, che la donna può trovarsi, spesso, a vivere la condizione di co-dipendenza quando è il marito ad avere problemi di alcolismo.

Come si può intuire e come in parte è già stato detto, ci sono evidenti effetti sulla condizione della salute della popolazione femminile; le donne sono più a rischio di sviluppare patologie alcol-correlate per la maggiore vulnerabilità fisiologica agli effetti tossici dell'alcol, con un rischio di mortalità maggiore che nei bevitori maschi (Edwards 2000). Nelle complicanze fisiche va evidenziato il rischio per la donna alcolista durante la gravidanza, esistono ormai una ampia letteratura sugli effetti dell'alcol sul feto, ad es. in relazione alla sindrome alcol-fetale (Edwards 2000). La donna risulta più esposta al rischio di subire violenze psico-

logiche, fisiche, sessuali e relazionali causate dall'uso dannoso e dalla dipendenza dall'alcol.

In sintesi si può dire che esistono differenti determinanti nell'alcolismo femminile: motivazioni psicologiche individuali e tratti di personalità, fattori familiari e ambientali, condizioni socio-economiche e disponibilità di accesso ai servizi sanitari (Scafato 2014).

In conclusione un breve accenno agli interventi. Innanzitutto sono fondamentali gli interventi preventivi di tipo informativo e di sensibilizzazione sui rischi sulla salute sia fisica sia psicologica. A livello clinico-terapeutico risultano necessari ed efficaci gli interventi multidisciplinari, che prevedono il trattamento medico-sanitario e il trattamento psicologico e psicoterapico, sia singolo, sia di coppia e/o familiare, oltre che l'attivazione di interventi socio-educativi di sostegno alla persona, alla rete familiare e di comunità.

## Bibliografia

- Buzzi C., *Il problematico rapporto tra adolescenti e alcol*, Rivista italiana di Medicina dell'Adolescenza, vol 11, n.1, 2013
- De Rosa M.G.L., Sanza G., Sanguigni A., *L'alcolismo femminile. Un'analisi psicologica e fenomenologica*, Milano, Franco Angeli, 2014
- American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. DSM IV TR., Milano, Masson, 2002
- American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. DSM 5, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2015
- Edwards G., Marshall E.J., Cook C.C., *Diagnosi e trattamento dell'alcolismo. Diagnosi e trattamento alcolismo*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2007
- Hinnenthal I., *Alcolismo femminile: aspetti clinici*, 4° Conferenza regionale sull'alcol. Regione Veneto, 2007
- Kendler AS., Bulik C.M., Silberg J., *Childhood Sexual Abuse and Adult Psychiatric and Substance Use Disorders in Women: An Epidemiological and Cotwin Control Analysis*, Arch Gen Psychiatry, 57(10)...953-959, 2000
- Kessler R.C., Crum R.M., Warner L.A., Nelson C.B., Schulenberg J., Anthony J.C., *Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey*, Arch Gen Psychiatry, 54(4):313-21, 1997
- Orlandini D., *Alcol al femminile*, 4° Conferenza regionale sull'alcol, Regione Veneto, 2007
- Pinna F., Carpiello B., art Sardegna Medicina 17/03/2015
- Scafato E., Russo R., *Dossier alcol donna e salute*, 2014
- Scafato E., Gandin C., Galluzzo L., Martire S., Ghirini S., *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni*. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute, Rapporto 2014. Per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol) , viii, 65 p. Rapporti ISTISAN 14/1

Scafato E., *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 2014

Selvini M., Busso E., *53 anoressiche in terapia sistemica familiare – individuale negli anni 1996 – 2003*, Ecologia della mente, Volume 29, numero 1, 2006

Selvini M, Cirillo S., Sorrentino A.M., *Ragazze anoressiche e bulimiche*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 1998

## 5. Immigrazione

### Mario Biazzi

Negli ultimi decenni, il crescere dei flussi migratori verso l'Italia e l'Europa hanno determinato l'aumento costante delle comunità straniere stabilmente presenti sul territorio nazionale.

I molteplici cambiamenti legati a tale fenomeno hanno investito la vita pubblica del nostro Paese a vari livelli, da quello demografico (riferito cioè al numero degli stranieri presenti sul territorio nazionale), a quello urbanistico (inteso come differente distribuzione della popolazione straniera in quartieri e zone dei centri abitati), al diverso modo di vivere gli spazi pubblici (giardini e parchi urbani, piazze e vie), alla crescente presenza nei luoghi deputati all'educazione (scuole, oratori).

La stessa rete dei Servizi socio sanitari è investita di nuove e diversificate richieste di ascolto, aiuto, cura e soluzione di problemi, rispetto ai quali l'elemento della diversità linguistico-culturale appare un dato di primario rilievo. L'analisi del fenomeno riguardante l'uso/abuso/dipendenza da sostanze alcoliche nella popolazione straniera deve tener conto di alcuni elementi di riflessione di carattere generale. Innanzitutto, l'estrema varietà delle etnie presenti sul territorio nazionale determina un quadro di complessità elevata: se con il termine "stranieri" ci si riferisce abitualmente ai cittadini non italiani presenti nel nostro Paese, il termine appare assolutamente inadeguato a rappresentare un universo di etnie variegato e con profonde differenze socio-culturali.

Gli stranieri presenti in Italia, inoltre, provengono da storie individuali e sociali estremamente diverse; il progetto migratorio può essersi strutturato attorno a motivazioni di ordine familiare, personale, socio economiche, politiche, culturali, la cui importanza non è secondaria. Attorno a tali ragioni, infatti, si costruiscono i miti e le speranze del migrante nel Paese d'origine, così come le sue aspettative e le scelte nel nostro Paese.

È evidente quindi la necessità di adottare una visione complessa sul tema "alcol e immigrazione", che tenga conto dell'irrinunciabile storia individuale di ogni persona, della sua altrettanto irriducibile appartenenza culturale e della globale situazione geopolitica e storica attuale.

Ogni cultura, la nostra non fa eccezione, attribuisce all'alcol un ruolo all'interno dei propri equilibri di relazione con l'economia, il diritto, la religione, la morale, il rapporto tra

generi e tra generazioni, l'educazione, la devianza. I concetti di lecito e illecito, dipendenza abuso e uso della sostanza, sono anch'essi da inserire all'interno della cornice culturale di riferimento perchè possano assumere una dimensione di significato e di senso nell'approccio al tema "alcol e immigrazione" e non rimanere vuote e poco utili dichiarazioni generiche.

Lo "stile di consumo" può essere estremamente diverso e connotato culturalmente sotto vari aspetti:

- la tipologia della bevanda che varia in ragione della cultura di appartenenza e dell'area geografica di provenienza
- le modalità del consumo, basti pensare alla differenza nel consumo di alcolici tra la cultura mediterranea (definita come cultura "bagnata" del bere, caratterizzata da un consumo di alcol in diversi momenti della giornata, per esempio durante i pasti, e nell'arco di tutti i giorni della settimana) e la cultura nordica (definita una cultura "secca", con un consumo di alcol concentrato nei fine settimana a fronte di giorni di astensione totale dall'uso di alcol)
- i luoghi e le occasioni legati all'uso di alcol, il cui consumo è spesso associato a momenti ludici e socializzanti o ritualizzato in occasioni di festività e ricorrenze
- il significato storico e sociale attribuito all'alcol: il senso che una cultura attribuisce al suo consumo, quali valori veicola e quali norme di comportamento implicitamente o esplicitamente regolano il rapporto tra l'individuo e l'alcol. Esistono al proposito culture che connotano negativamente il consumo di alcol tout court, altre che ne regolano l'utilizzo in occasioni ludiche associando il suo consumo a situazioni di festa soprattutto comunitaria, altre ancora nelle quali il consumo di alcol è legato all'ingresso nell'età adulta ed associato a prove di resistenza e virilità.

Accanto a questi elementi di carattere macro socio culturale che possono essere sufficientemente generalizzati, ve ne sono poi altri legati alla specifica storia dell'individuo, ed in particolare connessi con il suo percorso migratorio.

Come affermato da F. Sironi, T. Nathan e altri etnopsichiatri che da decenni si occupano dello studio dei flussi migratori e delle ripercussioni interpersonali legate alla migrazione, lo "shock culturale" o "trauma migratorio" è un'esperienza insita in ogni processo di migrazione.

Lo sradicamento dalla propria cultura di origine ed il confronto con una cultura nuova e spesso sconosciuta, può essere difficile e talvolta doloroso.

La mancanza di punti di riferimento linguistici, sociali, familiari e più in generale culturali può portare la persona straniera a sviluppare quella che A. Sayad, sociologo algerino, ha chiamato "atopia", ossia la sensazione di una doppia assenza del migrante, un vissuto di sospensione tra due mondi con differenti sistemi di valori e con la difficoltà di integrarli nella propria identità.

Lo spaesamento legato all'incontro con una cultura altra, può generare la difficoltà di comprensione del contesto sociale, giuridico, e valoriale; tale fatica può essere letta come rifiuto, chiusura, mancanza di interesse e superficialità nel rapporto con i Servizi socio-sanitari-educativi e più in generale con le istituzioni.

La sottovalutazione dei rischi legati al consumo di alcol e alle ripercussioni sociali-legali-lavorative (si pensi per esempio alle normative nazionali sulle limitazioni del consumo di alcol per chi guida o per alcune categorie professionali, i controlli sul posto di lavoro), è un ulteriore elemento da tenere in considerazione parlando di persone provenienti da Paesi con una "cultura alcolica" in alcuni casi molto diversa da quella italiana.

Accanto a ciò vanno poi aggiunti alcuni specifici fattori problematici che un migrante si può trovare a vivere, quali la solitudine, la precarietà sul lavoro che incide sulla sua posizione giuridica e sulla conseguente possibilità di permanere in Italia, la nostalgia (nella sua accezione etimologica dal greco "nostos" cioè ritorno in patria e "algos", dolore) per il paese d'origine.

Gli obiettivi legati al percorso di migrazione possono essere ulteriori elementi di tensione, stress, ansia, differenti a seconda della persona e del momento che sta vivendo.

Ogni percorso di migrazione, infatti, si compone di diverse fasi, connotate da specifici e particolari vissuti:

- la fase prima del viaggio: la motivazione che ha portato un individuo a prendere la decisione di migrare, la storia personale sua e del suo nucleo familiare, le modalità di preparazione del viaggio e la sua pianificazione, le aspettative personali e familiari, la pre-conoscenza del Paese d'arrivo; la familiarità con il consumo di alcol può essere un dato già presente e connotato culturalmente in modo positivo/negativo sia dall'individuo che dal suo nucleo familiare di origine;
- la fase del viaggio: come avviene l'arrivo nel Paese ospitante (si pensi alle differenti implicazioni psicologiche ed emotive tra un ingresso regolare o irregolare), la coerenza con il progetto di partenza, la necessità di un adattamento, l'insuccesso; il consumo di alcol può iniziare in questa fase ed essere legato a incontri e situazioni particolari, una risposta a situazioni di stress e di tensione. Se già presente, l'uso di bevanda alcoliche può diventare problematico, quanto più una persona si trova esposta a situazioni estreme ed altamente ansiogene;
- la fase di arrivo e permanenza nel paese ospitante: come cioè il migrante "impatta" con la società del Paese d'arrivo ed in che modo riesce (o non riesce) ad ambientarsi. In questa fase, la persona può vivere momenti differenti e contraddittori. Le emozioni e gli stati d'animo oscillano, come identificato da Hertz, tra periodi di euforia, benessere, rilassamento e sensazione di soddisfazione, e momenti di "rebound", con sentimenti di delusione, ritiro, collera, depressione, solitudine. La separazione radicale dal proprio mondo affettivo e relazionale, unita alla perdita di riferimenti culturali, possono pro-

durre nel migrante sentimenti di disistima, ansia, sensazioni di isolamento e fallimento. Le capacità individuali di far fronte a situazioni stressanti e/o traumatiche (ovvero la “resilienza”), la capacità delle comunità etniche di offrire appoggio, sostegno e supporto ai connazionali, le positive esperienze con le comunità ed i Servizi del Paese ospitante, sono tutti fattori che possono favorire il superamento delle fasi più problematiche, la risoluzione di problemi ed una migliore integrazione della persona nel nuovo contesto socio-culturale.

In quest’ultima fase del percorso migratorio, l’utilizzo anche problematico di alcol può assumere significati diversi, con differenti ripercussioni sulla vita personale e sociale del migrante.

L’alcol può quindi rappresentare una risposta della persona a situazioni di stress, confusione e tensione: la solitudine, l’incertezza per il proprio futuro, l’emarginazione sociale, il senso di spaesamento culturale e la difficoltà di accesso a nuovi codici di interpretazione del “mondo”, sono tutti fattori che possono portare ad un utilizzo “consolatorio” dell’alcol, nel tentativo di lenire il proprio stato di malessere e disagio.

Anche un percorso di assimilazione con la cultura del Paese ospitante può portare il migrante ad avvicinarsi al consumo di alcol, che in tal caso diviene un elemento attraverso il quale esprimere l’adesione alla nuova cultura, sia nelle modalità che nella tipologia del consumo.

Inoltre, non va sottovalutata la spinta alla trasgressione, la fascinazione esercitata dal proibito e alla rottura con codici e valori della cultura di appartenenza tutti vissuti che possono trovare espressione nel consumo, problematico o meno, di alcol.

Infine, non va dimenticato che in molti casi il migrante ripropone in Italia un consumo di alcol che per modalità, luoghi e tipologia della bevanda è presente già in patria: in tali casi si assiste alla riproduzione di comportamenti del tutto conosciuti dal migrante ma espressi fuori contesto e quindi enfatizzati dallo stesso, oppure poco compresi dalla comunità ospitante.

Alla luce di quanto esposto, appare chiaro quanto gli immigrati siano esposti a fattori di rischio nell’uso/abuso di alcol e quanto esistano fattori protettivi in grado di contrastare l’insorgere di quadri patologici e problematici.

I fattori che facilitano l’accesso all’alcol per gli stranieri (fattori di rischio per abuso/dipendenza) sono definibili come le condizioni che possono aumentare la possibilità di insorgenza di problematiche di abuso/dipendenza da alcol in un gruppo o in una persona.

In un elenco che non vuole essere esaustivo ma proporsi come stimolo alla riflessione, se ne possono citare alcuni:

- la provenienza da un Paese caratterizzato da una cultura astinente, nella quale non esistono codici e norme che regolano il consumo moderato di alcol. In questo caso l'individuo si può trovare sprovvisto di un bagaglio culturale che gli consente di gestire il consumo di alcol e di comprendere i rischi legati al suo abuso
- la facile accessibilità ed il basso costo delle bevande alcoliche
- il processo di assimilazione, il tentativo mimetico di assomigliare il più possibile agli appartenenti alla cultura del Paese ospitante, il rifiuto e il rinnego di principi e valori della propria cultura di appartenenza
- la vulnerabilità individuale, intesa come insieme di fattori sociali, giuridici, economici che concorrono a fare del migrante una persona "fragile" nel nostro contesto sociale
- disagi relazionali e personali legati al processo migratorio, come già detto in precedenza
- scarso senso di appartenenza alla propria comunità
- fattori individuali legati alle risorse personali possedute: frequentazione di gruppi devianti, scarsa autostima, difficoltà ad accettare limiti-regole-divieti
- processi di etichettamento, esclusione-autoesclusione sociale, criminalizzazione

I fattori che inibiscono l'accesso all'alcol per gli stranieri (fattori di protezione per abuso/dipendenza), rappresentano invece tutto ciò che diminuisce la possibilità che si manifesti una condotta patologica e possono essere distinti in differenti tipologie con specifiche caratteristiche:

- fattori di protezione di tipo culturale: la familiarizzazione dell'alcol nel Paese e di appartenenza; la cultura sull'alcol nel Paese d'origine, i divieti, le abitudini, le modalità di consumare alcol socialmente accettate o incentivate (si pensi all'alimentazione, alle feste sacre e profane, ad alcuni ambiti lavorativi), i valori legati al consumo moderato, all'astensione e all'uso/abuso di tale sostanza
- fattori di protezione che favoriscono l'appartenenza etnica: forti legami familiari, una buona rete sociale, la positiva identificazione con il gruppo etnico di appartenenza
- fattori di protezione legati alla storia personale e familiare: l'esperienza individuale rappresenta un bagaglio di risorse che, indipendentemente dal dato culturale può fare la differenza tra la possibilità di gestire l'alcol in modo adeguato ed il rischio di condotte di abuso/dipendenza

Sul piano degli interventi di prevenzione e cura della dipendenza da alcol, come pure di sensibilizzazione al suo uso moderato, la complessità del quadro sopra descritto impone agli operatori delle istituzioni e dei Servizi una particolare attenzione e sensibilità. Di fronte a persone provenienti da culture "altre" i cui sistemi valoriali e comunicativi possono non essere immediatamente accessibili, è importante coltivare la disponibilità all'ascolto, l'apertura a mettere in discussione i propri impliciti culturali.

Lasciarsi interrogare da diversi linguaggi legati ai concetti di sofferenza, salute, dipendenza, cura, senza rinunciare alla propria struttura culturale e alle proprie conoscenze metodologiche è una sfida per tutti gli operatori dei Servizi socio sanitari.

Nel rapporto con il migrante gli atteggiamenti disfunzionali degli operatori possono essere così esemplificati:

- la fascinazione esotica
- l'attribuzione culturale ad oltranza
- l'universalismo etnocentrico

Mettere in dialogo fluido la propria cultura con quella del migrante, invece, offre la possibilità di accedere ad una visione altra, consentendo di porre l'attenzione sulle tre dimensioni della sofferenza umana descritte da Kleinmann:

- la disease: la malattia/il disturbo come viene descritto dall'operatore socio-sanitario
- la illness: la malattia /il disturbo come viene descritto dal paziente
- la sickness: le implicazioni socio-culturali della malattia/disturbo, il significato che ne da il gruppo di appartenenza

Non si tratta quindi di abbandonare i propri riferimenti culturali e sociali, ma piuttosto porre questi in relazione dialogica con ciò che dello straniero non è subito comprensibile, accessibile, riconducibile a categorie note per storia, cultura, professione.

Lo strumento del Mediatore linguistico-culturale appare, in quest'ottica, di estrema importanza nella sua funzione di ponte tra culture differenti, aiuto nell'assegnare senso e significato a comportamenti e modalità di rapporto con i Servizi altrimenti difficilmente decifrabili ed invece suscettibili di interpretazioni e fraintendimenti.

A prescindere, però, dalla presenza di tali figure nelle prassi operative dei Servizi, sono di fondamentale importanza la formazione degli operatori a tutti i livelli, nonché la disponibilità personale a coltivare quella curiosità e quel sincero desiderio di conoscenza alla base di ogni relazione (di cura e non) e di ogni incontro con l'Altro.

“Dietro ogni porta c'è un nuovo mondo da scoprire” (Temple Grandin)

## Bibliografia

- Cattaneo M.L., Dal Verme S., *Terapia transculturale per le famiglie migranti*, Milano, Franco Angeli, 2009
- Coppo P., *Le ragioni del dolore. Etnopsichiatria della depressione*, Torino, Bollati Boringhieri, 2005
- Losi N., *Vite altrove. Migrazioni e disagio psichico*, Roma, Edizioni Borla, 2010
- Lovejoy P.E., Sherrat A. (a cura di), *Usi Sacri, consumi profani. Il ruolo storico e culturale delle droghe*, Genova, ECIG, 1998
- Moro M.R., *Genitori in esilio. Psicopatologia e migrazioni*, Milano, Raffello Cortina Editore, 2002
- Moro M.R. (a cura di) *Manuale di psichiatria transculturale. Dalla clinica alla società*, Milano, Franco Angeli, 2009
- Nathan T., *Medici e stregoni*, Torino, Bollati Boringhieri, 1996



- Pelliccia A., *Alcol e immigrazione. Uno sguardo transculturale*, Consiglio Nazionale delle Ricerche Istituto di Fisiologia Clinica Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi, 2006
- Perocco F., (a cura di) *Alcol e immigrazione. Schede di lettura*, Treviso, Fondazione Benetton Studi ricerche, Rapporto di ricerca, 1999
- Pompeo F., *Il mondo è poco. Un tragitto antropologico nell'interculturalità*, Roma, Meltemi, 2002
- Provincia di Milano, Direzione Cultura e Affari Sociali, *Progetto Alcol & Stranieri*, in coll. Società Metodi di Milano, 2008
- Ranci D., *Migrazioni e migranti. Esperienze di cura a Terrenuove*, Milano, Franco Angeli, 2011
- Riva E., *Dipendenza da sostanze nel paziente immigrato* in Rizzi R., Iossa Fasano A., *Ospitare e curare. Dialogo interculturale ed esperienze cliniche con gli immigrati*, Milano, Franco Angeli, 2002
- Sherrat A., *L'alcol e i suoi sostituti: simbolo e sostanza nelle culture preindustriali*, in Goodman J., 1995
- Sironi F., *Persecutori e vittime. Strategie di violenza*, Milano, Feltrinelli, 1999
- Sironi F., *Violenze collettive. Saggio di psicologia geopolitica clinica*, Milano, Feltrinelli, 2007
- Società italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Sezione Lombardia, *Medicina delle migrazioni: la salute del migrante e i fattori di rischio associati*, Brescia, 2012
- Trenti A., Zavatti P., *Migrazione ed alcolismo*, *Alcologia*, 5 (2), 1993, p.42

ASL BRESCIA

# Prevenzione

# 13

**Margherita Marella**

Parlare di prevenzione in tema di alcol necessita di alcune premesse di fondo.

La prima considerazione riguarda sicuramente la non specificità dell'intervento preventivo.

La guida con le indicazioni di efficacia per gli interventi di prevenzione del National Institute on Drug Abuse (N.I.D.A.), agenzia accreditata a livello internazionale per la ricerca sulle sostanze d'abuso con l'obiettivo di garantire la diffusione e l'utilizzo dei risultati per migliorare in modo significativo la prevenzione e la cura, è molto significativa ed esplicita: *"I programmi di prevenzione dovrebbero essere indirizzati a tutte le forme di abuso di droghe, singole o in associazione, incluso l'utilizzo di sostanze legali da parte di minorenni (per es. tabacco o alcol); l'uso di droghe illegali...; l'uso inappropriato di sostanze ottenute legalmente...; prescrizione di medicinali o farmaci da banco (Johnston et al. 2002)<sup>1</sup>.*

Il principio esplicita due punti essenziali:

- non esiste la prevenzione in tema di eroina, cocaina, alcol, tabacco o qualsivoglia altra sostanza, ma esistono programmi ed interventi di prevenzione in tema di dipendenza da sostanze
- quando si parla di dipendenza, in particolare di sostanze, non ci si riferisce a limiti legali, seppur tenuti in considerazione, ma ad un meccanismo che si instaura tra il soggetto, il contesto nel quale si sviluppa la sua vita e, nel caso specifico, una o più sostanze.

A voler ben vedere, già nel 2003, il N.I.D.A., metteva in evidenza, nell'universo dell'uso/abuso e dipendenza da sostanze, un panorama quanto mai variegato che spaziava da sostanze diffusissime e di uso comune nel mondo occidentale che ne considera non punibile l'utilizzo, alle sostanze il cui uso è normato, a sostanze usualmente utilizzate e prescritte come farmaci di cui viene messo in evidenza l'uso inappropriato. Inoltre veniva sottolineata, in quanto considerato rilevante in termini di diffusione,

---

1 - National Institute on Drugs Abuse (NIDA), Preventing Drug Use Among Children And Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders- Principio 2, UD Department of Health and Human Services, 2003

l'assunzione in associazione di più sostanze. Questo è il panorama, attualissimo, che ci rimandano i dati epidemiologici in tema di utilizzo delle sostanze.

## 1. Un'unica “sostanza”, diversi stili di consumo

La lettura dei dati forniti da ricerche condotte a livello nazionale e regionale mette in evidenza altri aspetti interessanti che danno spazio ad ulteriori considerazioni.

L'aspetto più significativo è certamente il fatto che l'abuso di alcol, come del resto anche quello delle sostanze illegali, non può considerarsi circoscritto, come alcuni sono ancora propensi a pensare, ad alcune fasce di popolazione.

Oggi esistono fasce sempre più ampie di popolazione che vivono l'uso di alcol, e delle sostanze in generale, in termini del tutto compatibili con gli aspetti sociali dell'esistenza, senza necessariamente travalicare nella dipendenza che contraddistingue l'alcolista. Tuttavia gli atteggiamenti verso l'uso di alcol sono ampiamente diversificati in rapporto alle diverse età anagrafiche. Nelle fasce di età più avanzata prevale il consumo di vino che accompagna i pasti e dei distillati in situazioni di aggregazione e ritrovo; negli adulti il consumo si concentra nelle ore serali in coincidenza con il rito dell'aperitivo e con la cena e nei fine settimana. In queste due fasce d'età, che registrano consumi stabili di alcol e comunque sopra i limiti di pericolosità definiti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), il policonsumo a cui si accennava più sopra è particolarmente concentrato su alcol e farmaci per il potenziamento sessuale negli uomini ed alcol e farmaci antidepressivi nelle donne.

Nelle fasce d'età under 25 è soprattutto l'abuso che si sta diffondendo, con, specie nei più giovani, la modalità di “abbuffate” circoscritte a singoli momenti anche non vicinissimi nel tempo (binge drinking). Si richiama l'attenzione anche sul progressivo abbassamento della fascia d'età dei consumi con le prime esperienze legate ancora al fumo di tabacco ed all'alcol. Per quanto riguarda quest'ultimo, l'uso è “culturalmente” accettato nel mondo occidentale seppur occasionalmente, anche in fasce d'età più basse.

Si parla pertanto di diversi stili di consumo che vanno dalla sperimentazione, all'uso/abuso che definisce la figura di un consumatore, qualunque sia la sua età, che generalmente ha scarsa consapevolezza dei rischi e delle situazioni illecite collegate all'uso stesso (“normalizzazione dei consumi”), alla dipendenza conclamata.

Parallelamente si è via via diffuso un atteggiamento di tolleranza della sperimentazione e del consumo di alcune sostanze (si pensi alla cannabis, ad esempio) che investe anche l'uso di alcol e che si trasforma in “urgenza dell'agire” in occasione di eventi particolarmente drammatici, senza che l'evento stesso lasci spazio al pensare “come” è meglio agire.

## 2. Che cosa prevenire

Di fronte ai diversi stili di consumo che contraddistinguono il rapporto tra alcol

ed individui, ci si deve concentrare su quale sia l'obiettivo della prevenzione, che deve necessariamente essere diversificato, non solo in rapporto ai diversi destinatari dell'intervento preventivo, ma soprattutto alla presenza o meno di fattori di rischio per un consumo problematico o per la dipendenza.

Concentrare l'attenzione sui fattori di rischio e sui fattori protettivi implica prendere in considerazione una molteplicità di contesti in cui intervenire individuando le metodologie di lavoro più efficaci per ridurre i fattori di rischio e promuovere i fattori protettivi in relazione ai diversi contesti ed ai destinatari individuati come fruitori dell'azione preventiva.

I fattori di rischio sono in relazione a caratteristiche individuali e demografiche (età, genere, condizioni lavorative stressanti, depressione...), alla famiglia (abbandoni, famiglie disfunzionali, lutti, presenza di conflitti familiari e di scarsa stabilità...), al contesto scolastico (scarso rendimento e drop out, scarsa attenzione da parte dei docenti...), al contesto sociale in cui la persona vive (amici che abusano di alcol e/o di sostanze, scarsa coesione sociale, residenza in quartieri disagiati...).

In generale un fattore di rischio "trasversale" è rappresentato da un atteggiamento favorevole rispetto all'uso delle sostanze e dalla cosiddetta "tolleranza sociale", rischio che è quanto mai da prendere in considerazione parlando di alcol in quanto la "non punibilità" dell'uso ne fa di fatto un elemento negativamente significativo per individuare la pericolosità.

L'obiettivo dell'azione preventiva diventa quindi quello di sostenere i fattori protettivi già identificati o che vengono individuati in un particolare contesto e di eliminare o ridurre i fattori di rischio.

I programmi sono di conseguenza, come già accennato, differenziati in relazione o meno alla presenza di fattori di rischio nel gruppo dei destinatari dell'intervento stesso.

Si parla di:

**Programmi di Prevenzione universale:** sono diretti alla popolazione generale con l'obiettivo di prevenire o ritardare l'uso delle sostanze. L'ipotesi di partenza è che tutti abbiano potenzialmente lo stesso rischio di diventare consumatori, per cui è sensato implementare azioni di prevenzione con ampia copertura. Secondo la definizione che ne dà IOM nel 1994<sup>2</sup>, i programmi di prevenzione universale possono essere paragonati al concetto medico della vaccinazione.

**Programmi di prevenzione selettiva:** si concentrano su determinati gruppi o sottogruppi caratterizzati da un rischio significativamente più elevato rispetto al resto della popolazione. Mutuando sempre il paragone dall'ottica medica siamo nella

---

2 - Institute Of Medicine Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. National Academy Press, Washington, 1994

situazione delle vaccinazioni per patologie endemiche in aree a rischio, esempio vaccinazioni per la febbre gialla per chi si reca in zone a rischio.

**Programmi di prevenzione indicata:** si rivolgono a singoli individui ad alto rischio o con indicatori iniziali di uso di droghe ma che non soddisfano i criteri dell'abuso/uso dannoso e della dipendenza. L'obiettivo è di prevenire il consumo pericoloso di sostanze ed il rapido instaurarsi di una condizione di dipendenza. In termini medici i programmi di prevenzione indicata possono essere equiparati ai test glicemici piuttosto che ai test per l'ipertensione in soggetti a rischio di diabete e di ipertensione.

I programmi di prevenzione universale si prefiggono il sostegno dei fattori protettivi, i programmi di prevenzione selettiva ed indicata sono orientati al contrasto di fattori di rischio individuati per specifici gruppi di popolazione o per singoli individui.

Con questi presupposti, la prevenzione può, da ultimo, definire tutti gli interventi effettuati prima di una diagnosi di abuso o di dipendenza; il trattamento si colloca dopo la diagnosi.

### 3. Come prevenire

La situazione si presenta complessa sotto vari aspetti: diversi stili di consumo che coinvolgono segmenti di popolazione, e quindi destinatari, diversificati; normalizzazione dei consumi; necessità di focalizzare l'attenzione sui meccanismi della dipendenza piuttosto che su una o più sostanze; aspettative "sociali" diverse rispetto agli obiettivi dei programmi di prevenzione.

Il primo passo da compiere in questa situazione è necessariamente quello di riconoscere questa complessità e le varianti sociali, sanitarie, educative e culturali collegate.

Volendo riassumere per punti fondamentali, si può dire che perseguire obiettivi preventivi secondo quanto esplicitato nel punto precedente in tema di alcol e sostanze, ma più in generale, di comportamenti che portano alla dipendenza patologica implica:

- definire una strategia d'intervento complessiva;
- adottare programmi basati sulla ricerca in termini di qualità ed efficacia;
- individuare strategie comunicative efficaci.

#### 3.1 Definire una strategia d'intervento complessiva

Le caratteristiche sociali e culturali che, come si è visto, fanno da sfondo all'uso ed abuso di sostanze, in particolare per le caratteristiche che sono state evidenziate in tema di alcol, impongono un coinvolgimento non solo degli "addetti ai lavori", ma di tutti coloro che, nella comunità e sul territorio, rivestono funzioni di responsabilità in campo sociale, culturale ed educativo.

Un "movimento" di questa portata, che implica il coinvolgimento di livelli decisio-

nali ed operativi diversificati, deve avere un forte sostegno da parte di politiche volte a promuovere reti di concertazione e collaborazione nella cornice più generale della promozione della salute e prevenzione dei danni correlati all'utilizzo ed all'abuso di alcol.

In questo senso si sono mossi con specifiche indicazioni sia l'Organizzazione Mondiale della Sanità con l'approvazione nel 2010 della Strategia globale per ridurre l'uso dannoso di alcol, che l'Unione Europea con i Piani d'azione in materia di lotta alla droga, che i singoli stati membri per arrivare a livello delle singole Regioni con l'emanazione dei Piani d'Azione Regionali calibrati sui contesti specifici.

Definire una strategia d'intervento collettiva significa che tutti gli "attori" locali chiamati in causa condividano la lettura delle caratteristiche attuali e reali che connotano il "fenomeno" dell'uso/abuso/dipendenza, riflettano insieme sulle risposte più adeguate ed efficaci da mettere in campo con la definizione di obiettivi condivisi, di priorità, di azioni che ciascuno può sviluppare nel rispetto delle competenze specifiche e dei mandati di lavoro, nella logica di rinforzare impatto ed efficacia dei programmi. Sarebbe tuttavia riduttivo pensare che questo processo sia circoscritto al semplice "lavorare insieme": si tratta di avviare percorsi collettivi all'interno dei quali, attraverso la condivisione di un orizzonte comune, si realizzino azioni di rete ed il coinvolgimento dell'intero sistema.

Attraverso questo tipo di lavoro, oltre che a rafforzare il tessuto sociale, si promuovono e consolidano i processi di empowerment individuale e collettivo, ritenuto già nel 1986 dall'WHO con la Carta di Ottawa<sup>3</sup> uno degli approcci strategici per il raggiungimento degli obiettivi di salute per l'intera popolazione mondiale. La prevenzione non può essere considerata come una risposta a richieste d'aiuto: è necessario che siano le persone e, conseguentemente le comunità all'interno delle quali le persone vivono, ad acquisire competenze utili ad identificare i propri bisogni, controllare i determinanti chiamati in causa in tema di salute e qualità della vita, promuovere lo sviluppo dei fattori protettivi, affrontare i fattori di rischio per ridurli o prevenirli del tutto.

Processi di questo tipo impattano in modo significativo sull'efficienza e l'efficacia dell'intervento nella misura in cui sono calibrati sui reali bisogni della comunità locale, mettono in rete programmi attivi in contesti diversi, permettono di potenziare la sinergia tra i vari progetti e ne amplificano l'impatto attraverso la coerenza dei messaggi.

### **3.2 Adottare programmi basati sulla ricerca in termini di qualità ed efficacia**

L'evoluzione del fenomeno dell'uso/abuso di sostanze ha contribuito anche ad evidenziare i limiti di un approccio preventivo basato su metodi di dissuasione imperniati sulle conoscenze delle sostanze e dei rischi collegati al loro uso.

---

3 - World Health Organization, *The Ottawa Charter for Health Promotion. 1° International Conference of Health Promotion*, Ottawa, 1986

In un contesto caratterizzato dalla normalizzazione di consumi in fasce sempre più ampie di popolazione solo l'informazione sui rischi con messaggi allarmistici, piuttosto che lezioni tenute da "esperti" o da testimoni privilegiati sono note per essere, ancora più che in passato, le metodologie meno efficaci nel determinare un cambiamento di atteggiamento o comportamento.

I programmi maggiormente studiati e validati nel campo della prevenzione fanno riferimento alla strategia educativo promozionale, conosciuta anche come sviluppo delle life-skills. Parlare della dimensione culturale della prevenzione secondo quanto detto in precedenza, significa, oltre che conoscere il significato che le persone attribuiscono all'uso/abuso di sostanze ed i modelli culturali e sociali che il contesto esprime in tal senso, agire per promuovere in tutti i segmenti della popolazione l'acquisizione di competenze ed abilità utili a sviluppare una maggiore resistenza alla pressione negativa dei pari o dei modelli che provengono dalla società, a favorire l'adozione di comportamenti per proteggere se stessi e per promuovere buone relazioni sociali. Nel caso di programmi condotti nel contesto scolastico secondo la strategia educativo promozionale, è prevista la formazione dei docenti come destinatari intermedi, lo sviluppo su tempi lunghi (tre-quattro anni) con sessioni di rinforzo, l'adozione di metodologie di lavoro attive che coinvolgono i destinatari, con forte interazione tra pari.

Una strategia efficace in termini preventivi è infatti anche quella che prevede, per ogni età, l'utilizzo della metodologia dell'apprendimento partecipativo ed interattivo tra pari, meglio nota come peer education. Si tratta dell'assunzione, da parte di soggetti formati e con influenza normativa nei confronti del loro gruppo di appartenenza, della responsabilità di esercitare tale influenza in termini formativi e di passaggio di competenze ed informazioni.

Tutti i segmenti della popolazione possono essere a rischio di uso/abuso di alcol e pertanto tutti devono essere considerati sia come destinatari dei programmi di prevenzione quanto moltiplicatori dell'azione preventiva.

È inoltre fondamentale coinvolgere la famiglia sia con progetti di accompagnamento allo sviluppo di competenze ed abilità da parte dei più giovani in ambito scolastico, sia con specifici programmi qualora siano presenti fattori di rischio.

Dei progetti di sviluppo di comunità improntati sulla partecipazione come strumento di azione e cambiamento, si è già accennato in precedenza.

Al di là di questi esempi, va da sé che adottare programmi basati sulla ricerca e validati in termini di qualità ed efficacia implica una formazione adeguata e continua da parte non solo dei professionisti coinvolti più o meno direttamente nello sviluppo dei programmi, ma anche di coloro che sono chiamati a svolgere attività di programmazione in ambito preventivo.



### 3.3 Individuare strategie comunicative efficaci

La formazione continua dei professionisti della prevenzione è fondamentale non solo, come già accennato in precedenza, per aggiornare le conoscenze in merito ai programmi validati da mettere in campo, ma anche per approfondire e monitorare gli aspetti fondamentali di un fenomeno complesso ed in continua evoluzione.

La formazione deve comprendere anche sessioni dedicate all'individuazione di strategie comunicative efficaci al fine di strutturare campagne di sensibilizzazione mirate ed una informazione corretta per tutti i cittadini ed i gruppi a rischio in particolare. La comunicazione, specie nell'era dei social media, gioca un ruolo fondamentale nel sostegno e nel successo dei programmi di prevenzione.

Le strategie comunicative devono essere volte sia a far comprendere le reali dimensioni del fenomeno ed una sua migliore comprensione che a diffondere i risultati della ricerca, ma anche delle esperienze in atto al fine ultimo di migliorare le conoscenze e di accrescere la consapevolezza del singolo e delle comunità.

Si ritiene importante concludere con un accenno alla necessità della valutazione dei programmi preventivi, più volte richiamata sia a livello europeo già nel 1995 (*Carta Europea dell'OMS sull'Alcol*)<sup>4</sup> e successivamente dal 2005, con la Strategia dell'Unione Europea in materia di droga e successivi Piani d'Azione Europei. L'importanza della valutazione dei progetti preventivi è stata richiamata anche a livello nazionale con i Piani Sanitari Nazionali ed infine a livello locale con i Piani Socio-Sanitari Regionali che si sono susseguiti negli anni.

In particolare il Piano Socio-Sanitario di Regione Lombardia 2007-2009, già allora, affermava la necessità di *“[...] prevedere, a priori, una valutazione dei dati di evidenza disponibili e, a posteriori, la disponibilità di strumenti per la valutazione di efficacia [...]”. [Gli interventi] dovranno [quindi] essere accompagnati da una valutazione dei dati disponibili e da indicatori di efficacia [...]*. *[Inoltre] le risorse destinate alla prevenzione debbono [...] essere potenziate ed indirizzate prioritariamente al raggiungimento di obiettivi definiti, misurabili e soprattutto per i quali sia possibile verificarne l'efficacia (Parte I cap.3.1)*<sup>5</sup>.

L'importanza della valutazione, non limitata ad un singolo progetto, ma che possa coinvolgere in un unico piano valutativo tutte le azioni messe in campo nei confronti di specifici destinatari in contesti diversi sul territorio, è uno degli strumenti fondamentali per garantire la qualità dei programmi, dare visibilità al lavoro messo in atto, permettere di progredire nella ricerca ed ottimizzare le risorse impiegate.

4 - WHO Regional Office of Europe, European Charter on Alcohol. European Conference on Health, Society and Alcohol, Paris, France 12-14 December 1995. Copenhagen, , 1995

5 - Regione Lombardia, Piano Socio-Sanitario 2007-2009, Deliberazione del Consiglio Regionale N. VIII/0257 del 26 Ottobre 2006.

#### 4. Il modello lombardo

Per poter sviluppare un sistema che tenga conto di tutti gli aspetti trattati in precedenza, Regione Lombardia ha approvato la costituzione della “*Rete Regionale Prevenzione*”<sup>6</sup>, la cui finalità principale è di supportare la costruzione e lo sviluppo di strategie regionali per la prevenzione delle diverse forme di dipendenza, nell’ottica di migliorare la qualità dell’offerta preventiva erogata dai diversi attori del sistema pubblico-privato.

La struttura regionale di riferimento della Rete regionale Prevenzione Dipendenze è rappresentata dalla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari Opportunità mentre la struttura operativa è rappresentata dal Tavolo Tecnico Regionale Prevenzione (TTRP), costituito dai referenti dell’Area Prevenzione delle Dipendenze di tutte le ASL lombarde e del privato sociale, con compito principale di fornire supporto tecnico-scientifico alla struttura regionale.

Il lavoro della Rete Regionale Prevenzione è volto essenzialmente a:

- promuovere e sostenere il coordinamento multilivello degli interventi, la programmazione intersettoriale e le azioni dei diversi attori sociali presenti sul territorio lombardo;
- qualificare le attività di prevenzione ed aumentare la diffusione e l’implementazione di programmi coerenti con gli standard quali-quantitativi regionali, nazionali ed internazionali;
- aggiornare il patrimonio di conoscenza e gli strumenti metodologici dei diversi attori in gioco.

Il perseguimento degli obiettivi di lavoro ha portato, nel tempo:

- all’elaborazione di documenti di indirizzo rappresentati dalle “Linee Guida Regionali di prevenzione delle varie forme di dipendenza nella popolazione preadolescenziale ed adolescenziale” e delle “Linee Guida Regionali di prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione generale”;
- all’implementazione a livello regionale di progettualità da sviluppare nel contesto scolastico quali i progetti Life Skills Training Program ed Unplugged;
- al consolidamento a livello locale della funzione prevenzione dipendenze all’interno delle ASL, al suo raccordo nella cornice più generale dell’educazione a stili di vita salutari, con altre articolazioni aziendali quali il Dipartimento di Prevenzione Medica ed il Dipartimento ASSI;
- alla costituzione in ogni Dipartimento Dipendenze, del Comitato Rete Locale Prevenzione, organismo a carattere consultivo di tipo collegiale, composto da tutti i soggetti, pubblici e privati che hanno titolo a valorizzare una rete territoriale unitaria in tema di prevenzione delle dipendenze e dei comportamenti additivi in generale;

---

6 - Regione Lombardia, *Rete Regionale sulla prevenzione delle dipendenze*. Deliberazione della Giunta Regionale n. VIII/007223 del 08 maggio 2008

- alla costituzione della “Rete Locale Prevenzione”, ovvero dell’insieme delle partnership attivate a livello locale.

Il TTRP, oltre al supporto tecnico scientifico alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari Opportunità che si concretizza nella proposta di documenti di indirizzo, quali le citate Linee Guida Regionali, ha una funzione intermedia e di raccordo tra il livello regionale ed il livello locale e coordina, attraverso il proprio rappresentante ASL al TTRP, i diversi team di lavoro a livello locale definendo obiettivi ed attività in linea con gli indirizzi regionali.

## Bibliografia

Canning U., Milward L., Raj T., Warm D., *Drugs use prevention among young people: a review of review*, Health Development Agency, London, 2004

Institute Of Medicine Reducing risks for mental disorders: *Frontiers for preventive intervention research*. National Academy Press, Washington, 1994

Istituto di Fisiologia Clinica, Centro Nazionale Ricerche di Pisa, ESPAD-Italia\*, *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*, Italia, 2012

Istituto di Fisiologia Clinica, Centro Nazionale delle Ricerche di Pisa, *ISPAD (Italian Population Survey on Alcohol and Other Drugs)*, Italia, 2011

Osservatorio Regionale sulle Dipendenze di Eupolis Lombardia, *Generazione 2°.10: comportamenti di salute, contesti di vita e livelli di benessere degli studenti lombardi*. Indagine Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Lombardia 2009-2010, Regione Lombardia, Italia, 2013

Pellai A., Rinaldin V., Tamborini B., *L'educazione tra pari. Prospettive teoriche e modelli*, Animazione Sociale, Ottobre 2002

Regione Lombardia, *Linee Guida Regionali di prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione preadolescenziale e adolescenziale*, Deliberazione del Consiglio Regionale n. VIII/006219 del 19 Dicembre 2007

Regione Lombardia, *Linee Guida Regionali di prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione generale*, in Deliberazione del Consiglio Regionale n. VIII/10158 del 16 Settembre 2009

Regione Lombardia, *Piano Socio-Sanitario 2007-2009*, Deliberazione del Consiglio

ASL BRESCIA

# Il ruolo del Medico di Medicina Generale

# 14

**Giorgio Cavallari**

## 1. Il problema alcol nell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale

La Medicina Generale ha, tra i numerosi altri, il compito di valutare gli stili di vita, con l'obiettivo di promuovere nella popolazione "l'osservanza di comportamenti e stili di vita positivi per la salute" come dichiarato nell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale. Le linee guida e le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità relative alla salute in generale ed ai problemi alcolcorrelati nel particolare, indicano da tempo la necessità di sostenere interventi preventivi e di promozione della salute rivolti alla popolazione a livello delle cure primarie.

Il Medico di Medicina Generale è quindi un professionista importante per una efficace strategia di intervento a carattere preventivo sull'alcol, per la frequenza e capillarità dei contatti, stimati intorno al 60-70% della popolazione dei suoi assistiti nell'arco di un anno, per il rapporto di fiducia prolungato nel tempo che lega il medico con il suo paziente, per la possibilità di affrontare problemi diversi da quelli che hanno portato il paziente alla visita e di reiterarli in visite successive, per la conoscenza che il medico ha dell'ambiente familiare e sociale nel quale il paziente vive, in sostanza per le caratteristiche di approccio globale alla salute specifiche della Medicina Generale.

L'ambiente della Medicina Generale può rappresentare un luogo privilegiato per informazioni chiare e dettagliate come parte di una campagna informativa di prevenzione primaria per la popolazione che non presenta problemi legati al consumo di alcol ma che può beneficiare di una maggiore informazione e consapevolezza sui rischi che tale comportamento determina.

Però questo obiettivo, essendo un intervento su popolazione, supera il tradizionale rapporto duale medico-paziente, richiede metodi e organizzazione del lavoro che utilizzano personale ausiliario, e può essere efficace solo se inserito in un più globale intervento di sanità pubblica attraverso campagne informative rivolte alla popolazione generale o a particolari fasce di popolazione (giovani, anziani, casalinghe, ecc.) oppure a specifici comportamenti (guida dei veicoli, idoneità al lavoro, uso di macchinari, attività sportiva).

Nella realtà dei fatti invece il Medico di Medicina Generale può e deve svolgere un ruolo fondamentale per la prevenzione secondaria dei problemi alcolcorrelati attraverso l'identificazione delle persone con un consumo di alcol "a rischio", cioè coloro che presentano un consumo di alcol che per quantità, frequenza, modalità di assunzione può comportare un rischio per la salute, e la successiva realizzazione di un intervento di counselling per incoraggiare la riduzione del consumo di alcol e più in generale un cambiamento degli stili di vita.

Infine la gestione e il trattamento dei casi di alcoldipendenza vede il Medico di Medicina Generale impegnato soprattutto nella collaborazione con i Servizi Specialistici dedicati ai problemi alcolcorrelati, le associazioni di volontariato e le risorse della comunità, giocando un ruolo importante per l'informazione sulle realtà del territorio, i consigli, l'invio, la collaborazione con gli stessi servizi o associazioni, e il follow-up.

Il primo problema è quindi riconoscere le persone che hanno un consumo di alcol "a rischio". La domanda base "beve alcol?", nelle sue diverse formulazioni, rivolta alla persona durante una comune visita del Medico di Medicina Generale, è probabilmente divenuta più frequente nella pratica con l'uso della cartella clinica informatizzata che guida alla raccolta di dati anche a fini statistici e epidemiologici.

Meno facile è quantificare l'assunzione di alcol, cosa che però diventa determinante per identificare il bevitore "a rischio". L'esperienza ci ricorda che il bevitore tradizionale, quello che beve vino, quotidianamente, ai pasti o in contesti sociali, era portato a sottostimare la quantità riferita e il medico correggeva quasi automaticamente verso l'alto il dato ("se dice 1 litro di vino al giorno sarà 1 e mezzo"), di fatto non sottostimando troppo il reale consumo.

I cambiamenti culturali relativi al consumo di alcol avvenuti nel nostro Paese, dal modello di consumo quotidiano, ai pasti e incentrato sul vino, verso modelli più articolati nel tipo di bevande e negli stili di consumo (il consumo fuori pasto, il consumo occasionale ma frequente, il binge drinking, l'aumento del bere nelle donne, il policonsumo con utilizzo di altre sostanze) pongono problemi nuovi anche al riconoscimento e dimensionamento del problema. Questo però senza dimenticare che nella pratica quotidiana persiste nella popolazione maschile anziana, l'assunzione di una quantità di alcol, vino in particolare, dannosa per le condizioni di salute e per l'età della persona, associata a comportamenti acquisiti nel corso della vita, consolidatesi negli anni, che ostacolano la consapevolezza degli aumentati rischi per la salute dovuti all'avanzare dell'età stessa.

Inoltre i problemi alcolcorrelati si presentano nel contesto della Medicina Generale con modalità molto eterogenee e diverse da quelle con cui si presentano nei servizi specialistici territoriali o di secondo livello, e richiedono al Medico di Medicina Generale una particolare sensibilità e disponibilità nei confronti del paziente.

Per tutti questi motivi i Medici di Medicina Generale incontrano frequentemente difficoltà a individuare i pazienti che hanno un consumo “a rischio” di bevande alcoliche, considerato che è improbabile che il problema venga presentato come tale dal paziente stesso e che eventuali marcatori o indicatori di comportamenti a rischio non sempre sono di facile rilevazione. Inoltre è ancora più difficile affrontare il problema una volta identificato o sospettato.

Le ragioni sono diverse e le più significative possono essere:

- La mancanza di tempo (problema ricorrente nella ottimale gestione dei diversi problemi che interessano le persone nell’ambito delle cure primarie e sul quale tutti dovremmo riflettere)
- Il timore di mettersi in contrasto con il paziente con il rischio di compromettere il rapporto di fiducia
- La preoccupazione di sollevare o amplificare conflitti nei rapporti familiari
- La convinzione di impotenza di fronte a comportamenti che spesso è realisticamente difficile modificare
- La formazione professionale sui problemi alcolcorrelati non sempre adeguata
- La scarsa conoscenza ed esperienza delle tecniche di counselling

Pur con i limiti di tali premesse, è universalmente riconosciuta l’importanza del coinvolgimento della Medicina Generale nell’approccio complessivo al paziente con problemi di alcol. Anche perché comunque nella realtà almeno la metà dei soggetti con problemi alcol-correlati viene gestita esclusivamente nell’ambito delle cure primarie.

Inoltre un problema importante in generale perché percentualmente rilevante, ma di importanza particolare per il Medico di Medicina Generale per la specifica conoscenza longitudinale della storia clinica dei suoi pazienti, è la valutazione della eventuale comorbidità psichiatrica e di eventuale poliabuso cioè la concomitante presenza di condotte di abuso o di dipendenza da alcol, di abuso di altre sostanze e/o di eventuali dipendenze comportamentali.

Dato che il consumo eccessivo di alcol può mimare diversi disturbi psichici è opportuno rivalutare la sintomatologia dopo un adeguato periodo di astinenza, che potrebbe essere di alcune settimane, prima di formulare una diagnosi di comorbidità.

Però la storia clinica della persona che è patrimonio di conoscenza del Medico di Medicina Generale spesso aiuta in particolare con questi dati:

- Insorgenza di sintomi precedentemente all’instaurarsi del disturbo da uso di alcol
- Pregressi periodi di non uso e stato mentale in tali periodi
- Familiarità per disturbi mentali, in particolare alcol-dipendenza e disturbi dell’umore

Qualora ci fosse una condizione di comorbidità le principali ipotesi possono essere:

- Il problema psichico può essere indotto dall'alcol (scomparsa con la sospensione)
- Il disturbo psichico può essere complicato da un susseguente uso di alcol (pazienti "psichiatrici" con bere problematico)
- L'alcol può aver slatentizzato un quadro psicopatologico sotteso (persistenza del quadro alla sospensione dell'uso)
- Il disturbo psichico può essere coesistente, indipendentemente dall'uso di alcol (doppia diagnosi)

Il ruolo del Medico di Medicina Generale nell'ambito dei problemi alcolcorrelati potrebbe essere così riassunto in questi punti:

- La identificazione precoce delle persone con consumo di alcol "a rischio"
- Un intervento di counselling rivolto a queste persone per favorire una riduzione del consumo di alcol e un cambiamento degli stili di vita
- La gestione in parte diretta e in parte in collaborazione con le strutture specialistiche ospedaliere e territoriali delle patologie alcol correlate
- Un invio mirato e una attiva collaborazione con i servizi territoriali specialistici per la gestione dei soggetti con alcol dipendenza, con l'obiettivo di favorire la messa in atto di percorsi integrati

Non meno importante l'intervento sulla intera famiglia che amplifica il ruolo del "medico di famiglia".

## 2. Identificazione delle persone con consumo di alcol "a rischio"

Il primo impegno di un intervento di prevenzione è quindi il riconoscimento delle persone che hanno una assunzione di alcol che, per quantità o modalità, li espone al rischio di avere o sviluppare problemi e patologie alcol correlate.

Ma quali sono i limiti di sicurezza da valutare nell'intervista ed eventualmente da raccomandare alle persone?

L'alcol è una sostanza tossica per la quale non è possibile identificare livelli di consumo raccomandabili o sicuri, anche a causa delle differenze individuali in termini di vulnerabilità ai suoi effetti. A parità di dose assunta, i livelli di alcolemia possono a loro volta variare in funzione dei diversi fattori (tra cui l'età, il sesso, l'abitudine al bere, l'ingestione contemporanea di cibo o il tipo di bevanda) e inoltre diversi sono gli effetti comportamentali. Non è possibile quindi identificare quantità di consumo alcolico raccomandabili o "sicure" per la salute. Sarebbe peraltro improprio "raccomandare" l'assunzione di una sostanza tossica o capace di indurre dipendenza. Oggi è considerato più adeguato per la tutela della salute dell'individuo parlare di quantità a basso rischio, evidenziando che il rischio esiste a qualunque livello di consumo ed aumenta progressivamente con l'incremento delle quantità di bevande alcoliche consumate.

Le espressioni preferite per descrivere le modalità di consumo eccessivo di alcol, secon-



do le definizioni della Classificazione Internazionale ICD-10 elaborata dall'OMS, sono: consumo rischioso di alcol, consumo dannoso di alcol e alcoldipendenza.

I consumatori a rischio sono identificati in base ai criteri dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Inoltre l'uso di alcol è rischioso anche dove sia presente familiarità per alcolismo o per disturbi psichici, che possono essere slatentizzati dall'alcol o possono favorire la progressione dall'uso eccessivo alla dipendenza. La definizione del livello di rischio connesso al bere alcolici quindi non può essere solo una definizione standardizzata, ma deve tener conto delle caratteristiche personali del bevitore e delle circostanze nelle quali la persona beve.

L'identificazione precoce delle persone con assunzione di alcol in quantità o modalità "a rischio" di sviluppare problemi alcol-correlati può avere questi obiettivi:

- Avviare un percorso di consapevolezza circa il rischio sulla salute, per i possibili danni fisici e comportamentali, associato al consumo di alcol
- Favorire la riduzione del consumo di alcol e prevenire la progressione del consumo verso una modalità a maggior rischio
- Effettuare una diagnosi precoce per prevenire l'insorgenza o l'aggravamento di patologie alcol-correlate di maggior impegno clinico

### 3. Strumenti diagnostici

Gli strumenti diagnostici che il Medico di Medicina Generale utilizza sono:

- Gli strumenti storici, anamnesi e esame obiettivo, associati al colloquio informale
- Gli esami di laboratorio
- I questionari

Non può essere proponibile, perché non realisticamente praticabile nel contesto della Medicina Generale, una intervista strutturata periodica a tutti i soggetti.

È quindi opportuno ricorrere alla valutazione anamnestica del consumo di alcol e alla registrazione di alcuni eventi, sintomi o segni che possono guidare alla identificazione dei soggetti maggiormente a rischio.

Uno strumento privilegiato rimane sempre il colloquio con il soggetto o con i familiari, attraverso il quale è possibile ricavare numerose informazioni.

Ricordiamo quindi alcuni indicatori, di tipo sociale, familiare e psicologico che possono orientare verso un uso a rischio o dannoso di alcol e quindi, se presenti e ricercati, utili a selezionare le persone da sottoporre a specifica valutazione:

- Indicatori di tipo sociale: assenze ripetute dal lavoro, perdita ricorrente del posto di lavoro, infortuni sul lavoro, incidenti stradali, ritiro della patente, scarsa rete sociale e interpersonale.

- Indicatori familiari: persistenti o ricorrenti conflitti familiari, divorzio o separazione, atti violenti su coniuge o figli, difficoltà economiche.
- Indicatori psicologici: instabilità emotiva, disturbi ansiosi, depressione, stati misti, disturbi del pensiero minori, gelosia, alexitimia, precedenti di abuso di sostanze, uso non appropriato di ansiolitici.

Anche l'aspetto, la valutazione fisica del paziente, alcuni sintomi, possono avere valenza di possibili indicatori di problemi correlati all'alcol (alitosi, magrezza, deperimento, variazioni ponderali, apparato dentale compromesso, aspetto trascurato, sintomi quali conati di vomito mattutini, epigastralgie, diarrea).

Gli esami ematochimici (incremento della gamma-GT, incremento delle transaminasi, alterato rapporto AST/ALT, aumento del MCV, incremento della CDT) non sono particolarmente sensibili nell'identificare i pazienti con consumo alcolico a rischio o dannoso, però sono comunque necessari per un adeguato inquadramento del problema e spesso utili, o comunque utilizzati dal medico, per affrontare l'argomento del consumo di alcol e consentire di valutare insieme al paziente la consapevolezza relativa al rischio alcol e il riconoscimento del legame fra il consumo di alcol e i problemi ad esso correlati.

Un ulteriore step, una volta sospettati elementi riferibili a un consumo di alcol potenzialmente a rischio, può essere rappresentato dalla somministrazione di alcuni test codificati. Le domande più semplici da utilizzare sono quelle che riguardano il consumo di alcol.

Le prime tre incluse nell'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C), studiato per l'identificazione nell'ambito dell'assistenza primaria del consumo di alcol a rischio o dannoso, sono state approfonditamente testate e validate.

La prima domanda riguarda la frequenza del consumo alcolico, la seconda la quantità di alcol assunto in media giornalmente e la terza la frequenza del consumo eccessivo episodico.

I pazienti di sesso maschile che riportano un punteggio uguale o superiore a 5 all'AUDIT-C, oppure le donne con un punteggio uguale o superiore a 4, dovrebbero essere ulteriormente valutati completando tutti i dieci quesiti dell'AUDIT con le ulteriori domande che coprono i tre campi del consumo di alcol: rischioso, dannoso e alcol dipendenza.

Un altro test particolarmente utile per la sua brevità è il CAGE, comunque orientato piuttosto verso la valutazione di indicatori di un consumo già problematico.

La scelta dei questionari presenta il vantaggio di utilizzare strumenti validati, in grado di fornire dati quantitativi riproducibili, però oltre a questa finalità prettamente diagnostica e valutativa, il loro utilizzo nell'ambito della visita al paziente può rivelarsi utile, in alcuni casi, ad iniziare o approfondire la discussione sul consumo di alcol.

Non va comunque sottovalutato, nel contesto della Medicina Generale, il colloquio informale e aperto che sembra fornire valori di sensibilità, specificità e valore predittivo negativo o positivo sostanzialmente sovrapponibili a quelli dei questionari strutturati.

Si può quindi ritenere che l'attenzione al problema, la sensibilità e l'esperienza del MMG, la relazione col paziente possano equivalere in termini di efficacia, alla somministrazione di questionari, nel riconoscimento del consumo di alcol a rischio e dei problemi ad esso correlati, considerato lo specifico contesto caratterizzato da una relazione complessa, storica, longitudinale e tradizionalmente centrata sul rapporto duale medico-paziente.

#### 4. Il counselling

La identificazione di persone con un consumo di alcol a rischio o dannoso è finalizzato a un intervento di counselling volto a indurre una riduzione dei consumi e di conseguenza dei danni correlati.

Il counselling vuole sensibilizzare il paziente relativamente al suo problema alcol, favorire o migliorare la consapevolezza circa i rischi per la salute fisica e psichica correlati al consumo di alcol stesso, motivare ad un cambiamento comportamentale che porti ad una riduzione dei consumi alcolici e più in generale a un cambiamento degli stili di vita.

Il Medico di Medicina Generale ha inoltre la possibilità, con ulteriori incontri, programmati se possibile, ma anche occasionali, di reiterare l'intervento amplificandone l'efficacia.

Un intervento di counselling svolto dal Medico di Medicina Generale rivolto alle persone con consumo di alcol a rischio si basa sul presupposto che interventi brevi condotti su un grande numero di persone sono in grado di modificare i comportamenti a rischio.

Il counselling è una interazione professionale centrata sulla persona, all'interno di una relazione di aiuto, che nello specifico è finalizzata a questi obiettivi:

- Informare la persona sul fatto che il suo livello di consumo di bevande alcoliche la pone in una categoria a rischio di patologie alcol-correlate
- Comunicare il rischio dei pericoli connessi alla prosecuzione di quel tipo e quantità di consumo alcolico
- Promuovere una motivazione al cambiamento
- Aiutare la persona a individuare obiettivi concreti da perseguire al fine di modificare le proprie abitudini
- Fornire consigli pratici al fine di ridurre la quantità assunta di alcol (ad esempio non bere fino a una certa ora, ridurre la grandezza dei bicchieri, non superare un certo limite settimanale di aperitivi ecc.)

- Incoraggiare il paziente spiegando che il consumo a rischio non equivale alla dipendenza dall'alcol e che le proprie abitudini alcoliche possono essere cambiate (fare l'esempio, meno stigmatizzante, di chi smette di fumare)

Lo scopo di un intervento di counselling è modificare i comportamenti e il consumo di alcol accettando anche di perseguire obiettivi parziali, ma realisticamente raggiungibili dal soggetto. Tale approccio può essere particolarmente interessante per il Medico di Medicina Generale che incontra le persone in contesti non specifici, persone che di norma non si rivolgono a lui per modificare i propri comportamenti.

Il fatto che buona parte del lavoro del Medico di Medicina Generale consista in visite ripetute, non fa che rendere ancora più adatto tale approccio allo specifico contesto per rinforzare il processo di cambiamento.

L'obiettivo è cercare di ottenere il miglior risultato possibile tenendo conto delle risorse e della volontà del soggetto, ritenendo successo anche il raggiungimento di obiettivi parziali come la diminuzione dell'introito alcolico e identificando nell'astinenza assoluta non il primo obiettivo, ma l'obiettivo ideale a cui si tende.

Un intervento di counselling può esaurirsi in un solo incontro, se le condizioni non ne favoriscono altri, però, se possibile, è utile programmare altri appuntamenti, meglio se a distanza ravvicinata per la discussione del problema con il paziente e, sempre se fattibile, con i familiari. I familiari, che spesso sono anche i soggetti che presentano al medico il problema, sono comunemente una grande opportunità per poter costruire una strategia di approccio al problema alcol quando questo non è riconosciuto dal paziente.

Al Medico di Medicina Generale si offre una opportunità in più nei casi nei quali il paziente si mostra resistente ad affrontare il problema, spesso perché da questi negato.

Si può provare a coinvolgere il paziente con un consumo eccessivo di alcol partendo dalla sofferenza indotta da questo suo comportamento su un familiare, che per tale motivo si è rivolto allo stesso medico chiedendo un aiuto per il suo problema, ovviamente concordando con il familiare tale strategia.

Come detto, tali interventi brevi si sono dimostrati efficaci nel ridurre il consumo di alcol dei soggetti trattati. Occorre però ricordare la "misura" realistica di questo tipo di efficacia, che è intorno al 10 % dei pazienti trattati (comunque superiore all'efficacia di altri target, come quelli sulla disassuefazione al fumo di tabacco), in modo da evitare aspettative illusorie o fuorvianti.

## 5. L'invio ai servizi specialistici di alcologia: la continuità del percorso dell'assistito tra cure primarie e specialistiche

In caso di dipendenza da alcol i problemi si ingigantiscono e superano le possibilità

di intervento del solo Medico di Medicina Generale; diventa quindi indispensabile un approccio multiprofessionale in un sistema di rete territoriale.

Il Medico di Medicina Generale può svolgere in questo sistema un ruolo importante di invio appropriato, collaborazione e follow-up.

L'invio ai servizi specialistici territoriali di alcolologia o ai gruppi di auto-aiuto non dovrebbe limitarsi alla pur importante informazione della presenza e disponibilità sul territorio di tali servizi, ma sarebbe preferibile che assuma le forme di un accompagnamento, con un atteggiamento empatico nei confronti della persona con alcol dipendenza, concretizzandosi anche con una comunicazione diretta con lettera o telefonata di presentazione, in particolare per quanto riguarda i servizi specialistici. Questo migliora le possibilità di collaborazione tra i diversi attori del sistema che solo in questo modo diventa un sistema di rete.

Tutto questo permette allora di rendere più efficace il follow-up, cioè il monitoraggio successivo della persona, nel quale il Medico di Medicina Generale può svolgere un ruolo di primo piano perché le maggiori possibilità di contatti, in contesti anche meno strutturati, aumentano la sensibilità nel riconoscere segnali di eventuali ricadute o comunque difficoltà a mantenere l'astinenza.

Il mantenimento dell'astinenza è una condizione senza la quale non si può valutare la possibilità di un recupero globale della persona con dipendenza da alcol, quindi l'obiettivo principale consiste nel prevenire le ricadute attuando una serie di strategie atte a rinforzare i comportamenti adattativi, aumentare la consapevolezza dei "segnali" di possibili ricadute, aiutare al riconoscimento della vulnerabilità in alcune situazioni "a rischio".

Se si verifica una "ricaduta" è fondamentale favorire il rientro in trattamento del paziente, lanciando il messaggio che nulla è perduto, che le ricadute fanno parte del normale processo di cambiamento e che possono offrire l'occasione per riconoscere meglio alcuni propri limiti o difficoltà, e sperimentare l'utilità di una nuova richiesta di aiuto superando i rischi dei sensi di colpa e la chiusura in se stessi.

A questo atteggiamento deve corrispondere il passaggio da parte delle strutture specialistiche da una gestione di "presa in carico", in cui il paziente viene seguito esclusivamente dalla struttura stessa per periodi lunghi, a una vera collaborazione Specialista-Medico di Medicina Generale analogamente a quanto avviene per altre patologie, con modelli simili a quelli già sperimentati o attuati per la gestione integrata dei pazienti con disturbi psichici.

Le nuove acquisizioni rispetto al trattamento dell'alcoldipendenza e la disponibilità di farmaci maneggevoli permettono oggi inoltre di delineare nuovi ruoli, anche più direttamente attivi, per la Medicina Generale, in un campo che rimane comunque di

grande complessità e che probabilmente deve mantenere preferibilmente un approccio multi professionale.

Anche nel caso in cui ci si orienti verso i gruppi di auto-aiuto il ruolo del Medico di Medicina Generale è importante recuperando il tradizionale e specifico ruolo di “medico di famiglia”.

Entrambi i gruppi di auto-aiuto presenti sul territorio, anche se con modalità diverse nella gestione dei gruppi e con “filosofie” sottese pure un po’ differenti, si basano sulla partecipazione dei familiari nella gestione globale del paziente, tenendo conto che tutta la famiglia è in qualche modo “codipendente”, legata cioè a variazioni di comportamento di tutti i componenti la famiglia come conseguenza del comportamento del familiare alcodipendente.

È quindi una terapia che coinvolge tutti i membri della famiglia in modo che ciascuno diventi compartecipe e responsabile del mantenimento della decisione al cambiamento.

Questa importante e spesso determinante partecipazione attiva dei familiari, richiede un impegno nella motivazione ad assumersi questo ruolo e deve essere poi sostenuta per permetterne una perseveranza nel tempo.

Il Medico di Medicina Generale si trova quindi ancora una volta in una situazione di particolare opportunità ma anche di responsabilità proprio per il ruolo che può svolgere all’interno della famiglia intesa come insieme e su ciascun componente nel particolare.

## Bibliografia

Cibin M., Mazzi M., Rampazzo L., Serpelloni G., *L'alcolologia nell'ambulatorio del medico di medicina*

# Il ruolo dei Servizi Specialistici 15

**Fabio Roda**

L'impatto sanitario, psicologico, sociale ed economico conseguente alle patologie e ai problemi alcol correlati rende necessari, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone affette da "Disturbo da uso di alcol".

Tali interventi devono prevedere una rete coordinata di referenti rappresentata da Istituzioni sanitarie e sociali, Enti del privato sociale e associazioni pubbliche o private operanti per le finalità della legge.

L'attuale modello nazionale organizzativo demanda alle ASL, attraverso i Dipartimenti Dipendenze e i Servizi territoriali per le Dipendenze (Ser.T), afferenti a tali Dipartimenti, le competenze di programmazione, organizzazione e gestione del dettato normativo contingente, con precisi compiti di governance del sistema assistenziale-erogativo territoriale.

In tale ottica, l'evoluzione normativa, dalla istituzione dei Ser.T (Legge n°162 del 26 giugno 1990), con il riferimento al DPR n° 309/90 del 9 ottobre 1990: "Testo unico sulle Tossicodipendenze", al DM 444 del 30 novembre 90, nel succedersi dei vari Piani Sanitari Nazionali e di normativa nazionale e regionale ad hoc, ha sancito la trasformazione culturale dell'alcolista da persona considerata viziosa a persona semplicemente malata introducendo il concetto di alcolismo come malattia sociale.

In particolare il Decreto Ministeriale 3 agosto 1993 ha normato le linee di indirizzo per la prevenzione, la cura, il reinserimento sociale e il rilevamento epidemiologico in materia di alcoldipendenza, dettando le articolazioni operative a livello locale (ASL) nonché definendo il ruolo delle Regioni di tipo programmatico e di coordinamento delle azioni locali.

La materia trova un suo quadro organico di riferimento solo con la Legge 30 marzo 2001, n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati".

Questa legge recepisce numerose risoluzioni ed indicazioni della Comunità Europea susseguitesesi negli anni 1982-1995 e contiene norme in materia di prevenzione, cura e reinserimento sociale degli alcoldipendenti.

La legge definisce la bevanda alcolica (ogni prodotto contenente alcol alimentare con gradazione superiore a 1,2 gradi di alcol) e la bevanda superalcolica (ogni prodotto con gradazione superiore a 21% di alcol in volume). Le finalità del testo legislativo sono:

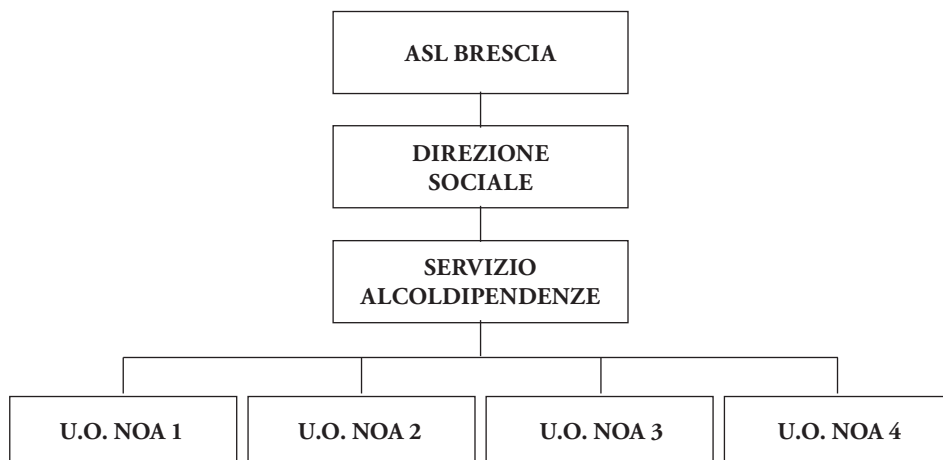
- tutelare il diritto delle persone ad una vita protetta dalle conseguenze legate all'abuso di sostanze alcoliche e superalcoliche;
- favorire l'accesso degli abusatori e dei loro familiari ai trattamenti sanitari ed assistenziali;
- permettere l'informazione ad ampio raggio delle conseguenze derivanti dal consumo e abuso di bevande alcoliche;
- favorire l'informazione e l'aggiornamento del personale che si occupa di problemi alcolcorrelati;
- favorire le associazioni del privato sociale che si occupano di questa materia.

La legge si occupa, inoltre, di definire una autonomia di interventi dell'ambito alcologico nell'area delle tossicodipendenze. Inoltre, stabilisce i criteri per il monitoraggio dei dati relativi all'uso/abuso delle bevande alcoliche e dei problemi ad esse legate. Con il relativo testo sono state anche introdotte delle modifiche al Codice della Strada, delle disposizioni in materia di pubblicità (in particolare sul divieto di pubblicizzare bevande alcoliche in programmi rivolti a minori e nella fascia oraria ad essi dedicata) nonché in materia di sicurezza sul lavoro (vedi ad esempio il divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche in tutti i luoghi di lavoro che comportano un elevato rischio di infortuni o per la sicurezza e l'incolumità di terzi). Inoltre l'Art.4 prevede l'istituzione della Consulta nazionale sull'alcol e sui problemi alcol-correlati e ne indica composizione e funzioni. Infine viene introdotta una Relazione Annuale del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge durante l'anno precedente con rilevazione puntuale di:

- Quadro epidemiologico e modelli di consumo
- Mortalità e Morbilità alcol correlate
- Interventi del Ministero della Salute in attuazione della Legge 30.3.2001 n.125
- Spesa farmaceutica per la terapia farmacologica delle alcoldipendenze
- Mappatura nazionale dei Servizi Alcolologici Territoriali e della utenza
- Attuazione della Legge nelle Regioni e Province Autonome e iniziative congruenti

I Servizi ambulatoriali territoriali pubblici e privati per le dipendenze tramite le equipe alcologiche o i Servizi alcoldipendenze (NOA), nelle ASL che li hanno attivati, rappresentano, dunque, l'ambito specialistico al quale la persona con problemi o patologie alcolcorrelate può rivolgersi per ottenere diagnosi e certificazioni di alcoldipendenza, programmi terapeutici o prestazioni di tipo medico-legale correlate all'area delle dipendenze. In Italia, al 31.12.2012 sono stati rilevati 454 servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza: il 91,4% sono di tipo territoriale, lo 0,4% di tipo ospedaliero e lo 0,2% di tipo universitario. Le Regioni e le ASL organizzano il proprio modello di riferimento territoriale (vedi esempio in figura 1).





**Fig. 1 - Modello organizzativo del Servizio Alcoldipendenze nella ASL di Brescia (NOA–Nucleo Operativo Alcoldipendenze)**

Dalla relazione del Ministro della Salute al Parlamento anno 2013, ai sensi della L. 30.3.2001 n.125, si rileva il seguente quadro epidemiologico e assistenziale su base nazionale.

## 1. I Servizi ambulatoriali

### 1.1 Le caratteristiche demografiche dell'utenza

Sono stati presi in carico presso i Servizi o equipe alcoldipendenze 69.770 alcoldipendenti.

Il rapporto maschi/femmine è pari a 3,5. L'età media del totale degli utenti rilevati è pari a 45,9 anni e le donne hanno un'età media più elevata dei maschi (47,3 rispetto a 45,5). I giovani al di sotto dei 30 anni sono pari al 9,1% degli utenti totali. Non trascurabile è la quota degli individui di 60 anni e oltre (14,8% degli utenti totali).

### 1.2 I consumi alcolici dell'utenza

La bevanda alcolica maggiormente consumata è il vino (62,8%), seguito dalla birra (21,2%), dai superalcolici (8,6%) e dagli aperitivi, amari e digestivi (3,6%). Vino e birra risultano prevalentemente più consumati nei maschi mentre è più elevato il consumo fra le femmine di superalcolici, aperitivi, amari e digestivi.

L'uso concomitante di sostanze psicotrope stupefacenti è risultato nel 9% dei casi e l'uso concomitante improprio di farmaci nel 3,7%.

### 1.3 I Modelli organizzativi dei Servizi

La tutela e la valutazione della qualità dei Servizi Socio-Sanitari dedicati alle pato-

logie e ai problemi alcolcorrelati sono attuate in base alla logica e ai principi dell'accreditamento, in capo alle Regioni e alle ASL, secondo i quali la centralità del cittadino e la sua libertà di scelta all'interno del sistema di offerta risultano essenziali.

L'accreditamento è un processo amministrativo finalizzato a garantire una certificazione qualitativa al sistema dei Servizi pubblici e privati con requisiti adeguati di assistenza ed efficacia.

L'accreditamento garantisce la qualità degli indicatori di riferimento secondo standard strutturali, gestionali, organizzativi, qualitativi e di debito informativo.

In tale logica la tipologia dei programmi di cura e la tipologia delle prestazioni socio-sanitarie erogate soddisfano criteri di appropriatezza sottesa dal riferimento a procedure e protocolli operativi di provata efficacia attuati in un sistema organizzativo di provata efficienza.

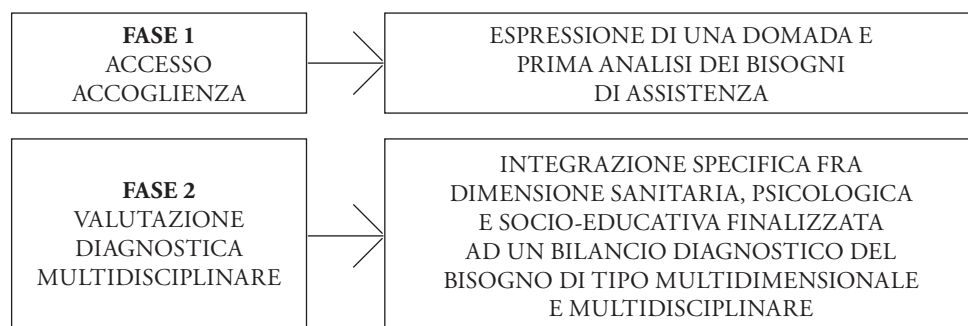
Inoltre, gli interventi diagnostici e terapeutici, inseriti nei LEA e indirizzati a fasce fragili della popolazione, sono garantiti da concetti di equità e accessibilità ai Servizi.

L'accesso a questi Servizi è, quindi, gratuito e in essi vige il diritto all'anonimato, come da DPR 309/90. Il personale operativo è costituito da medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali ed educatori professionali che garantiscono il diritto alla privacy del cittadino sottoponendo allo stesso il consenso informato relativo al trattamento dei dati nonché alla tipologia dei trattamenti terapeutici.

“Allorché si tratti di minore, interdetto o inabilitato, il consenso agli interventi diagnostici e terapeutici, nonché al trattamento dei dati sensibili, deve essere espresso dal legale rappresentante” (Art. 33 Codice di Deontologia Medica).

Annualmente si procede alla verifica del gradimento generale, da parte dell'utenza, tramite la rilevazione di questionari specifici consegnati a campioni significativi di persone trattate presso i Servizi.

L'intervento socio-sanitario, connotato come progetto di cura, si configura come percorso terapeutico-assistenziale definibile in 5 fasi fondamentali:



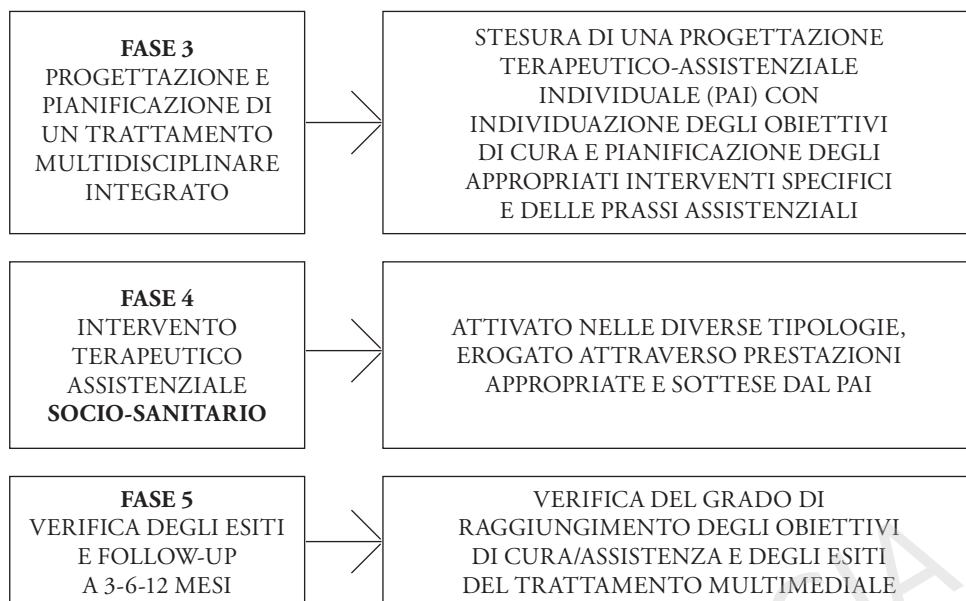


Fig. 2 - Schema delle fasi del percorso terapeutico-assistenziale

La puntuale rilevazione dei flussi informativi acquisiti in anonimato deve essere garantita per le opportune esigenze epidemiologiche in capo agli Osservatori provinciali e regionali del settore Tossico-Alcol dipendenze e Dipendenze Comportamentali.

L'appropriatezza qualitativa applicata al sistema dei requisiti strutturali e tecnico-funzionali determina, da ultimo, anche i criteri di sicurezza degli interventi, intesa come il grado di evitamento di potenziali rischi e danni conseguenti ad eventuali errori dell'assistenza socio-sanitaria. Infatti la gestione del rischio clinico, pratica di governo clinico nota ormai nelle Aziende Sanitarie come Risk Management, tutela la sicurezza dei pazienti poiché dipende dall'interazione delle molteplici componenti che agiscono nel sistema socio-sanitario, pone al centro del sistema il cittadino e rafforza il ruolo di responsabilità di tutte le figure professionali che operano nel sistema d'offerta.

#### 1.4 I modelli di trattamento nei Servizi

La fase diagnostica e il successivo intervento terapeutico-riabilitativo sono attuati, nei Servizi alcoldipendenze, necessariamente, secondo una valutazione multidimensionale, realizzata in un sistema integrato multiprofessionale di tipo bio-psico-sociale.

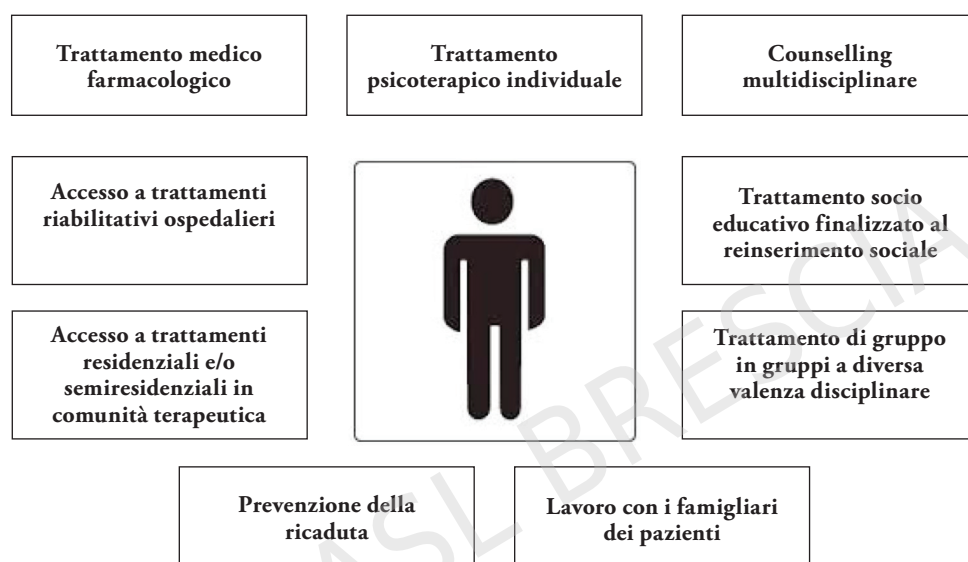
Gli strumenti di valutazione sono diversi e a valenza specialistica, costituendo l'assessment diagnostico-terapeutico specifico.

Le aree d'intervento sono:

- Tossicologica (tipologia, gravità, poliabuso)
- Medico-sanitaria (patologie correlate)

- Lavorativa e sostentamento
- Familiare e rete sociale
- Psicica e comportamentale (funzionamento psicologico e presenza di psicopatologia)
- Motivazionale
- Legale

I Trattamenti terapeutico-assistenziali e riabilitativi, descritti nella sezione specifica di questo manuale, integrati fra loro e personalizzati si possono schematicamente riassumere nella figura 3.



**Fig.3 - Modello Integrato delle opzioni terapeutico-assistenziali e riabilitative nei Servizi Alcol-dipendenze**

Il trattamento multidimensionale integrato classico, attuato sequenzialmente prevede:

1. Una prima fase di detossicazione, a valenza medico-farmacologica, ambulatoriale o ospedaliera
2. Una seconda fase a valenza prevalentemente psicoterapica o educativa
3. Una terza fase a valenza socio riabilitativa
4. Una quarta fase di prevenzione della ricaduta e monitoraggio tossicologico, nella quale tutti i trattamenti precedenti possono essere proseguiti e altri tipi di trattamento avviati
5. Una ultima fase, a trattamento terapeutico concluso, di follow-up, generalmente programmato a 3, 6 e 12 mesi dalla conclusione del trattamento terapeutico-riabilitativo.

La tipologia dei programmi di cura e riabilitazione prevede, comunque, degli stan-

dard d'intervento in base ai quali il programma è personalizzato sulle esigenze e le caratteristiche della persona con problemi e patologie alcolcorrelati.

Il Servizio territoriale Alcoldipendenze pubblico o privato programma, organizza e coordina le attività di prevenzione dell'uso ed abuso di sostanze legali e illegali e gli interventi a favore della salute psicofisica delle persone che presentano questa problematica e delle loro famiglie. Tali attività sono assicurate, ai sensi della normativa vigente, anche in ambito penitenziario.

---

**Tab. 1 Le principali prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione erogate dai Servizi Alcoldipendenze**

- Diagnosi multidisciplinare dell'abuso/dipendenza da alcol
  - Terapie farmacologiche
  - Prelievi ematochimici ed esami tossicologici
  - Counseling sanitario
  - Programmazione ricoveri ospedalieri
  - Psicoterapie individuali, familiari e di gruppo a breve e lungo termine
  - Gestione gruppi di supporto rivolti ad alcoldependenti, coppie e familiari
  - Consulenza informativa e orientamento ai Servizi
  - Consulenza infermieristica ed educazione sanitaria per il paziente e la famiglia
  - Interventi educativi individuali e familiari
  - Consulenza per l'avviamento a strutture terapeutiche e/o riabilitative
  - Diagnosi patologie alcol correlate
  - Inquadramento del caso nel contesto familiare e sociale e lavorativo
  - Segretariato sociale
  - Certificazioni di alcoldipendenza e relazioni clinico-tossicologiche con valenza medico-legale a richiesta dell'utente e, inoltre, su invii dall'autorità giudiziaria (Tribunali)
  - Colloqui psico-sociali
  - Certificazioni per accesso ad interventi di assistenza sociale
  - Accompagnamento all'inserimento in Comunità Terapeutiche ed in Centri di Pronto Accoglienza
  - Interventi di promozione/sensibilizzazione diretti alla collettività
  - Interventi di divulgazione scientifica
  - Collaborazione con altri servizi specialistici, Associazioni di promozione sociale (ACAT, AA, AL-Anon) e con i medici di famiglia
- 

## 2. Profilo tossicologico e obiettivi di cura

### 2.1 Tipologia delle persone in trattamento presso i Servizi Alcoldipendenze

Si rileva attualmente, nell'accesso ai Servizi Alcoldipendenze, una diminuzione del prototipo di alcoldipendente tradizionale, con un significativo aumento di:

- Pazienti con poliabuso (alcol e/o droghe e/o dipendenze comportamentali)
- Pazienti con comorbilità psichiatrica
- Pazienti con consumo rischioso/dannoso di bevande alcoliche

## **2.2 Paziente con diagnosi di alcoldipendenza**

- Utilizzo primario di alcol
- Genere maschile
- Fascia d'età dai 40 ai 65 anni
- Basso livello di consapevolezza
- Cultura mediterranea del bere
- Cultura familiare
- Obiettivi dell'intervento: informazione e sensibilizzazione rivolte al paziente e ai familiari, sostegno all'induzione motivazionale; percorso di detossicazione farmacologica e riabilitativa

## **2.3 Paziente con diagnosi di alcoldipendenza o uso dannoso di alcol e consumo di stupefacenti (prevalentemente cocaina e/o cannabis)**

- Fascia d'età 30-40 anni
- Buon livello cognitivo
- Percezione del problema spesso con minimizzazione del disturbo tossicomane
- Obiettivi dell'intervento: aumento della consapevolezza attraverso l'intervento psicologico di tipo supportivo-espressivo anche con specifici trattamenti di gruppo

## **2.4 Paziente con disturbo da uso di alcol e co-diagnosi psichiatrica**

- Fascia d'età 25-45 anni
- Spettro diagnostico ampio con differenti livelli di insight e alleanza terapeutica
- Obiettivo terapeutico: in relazione alla tipologia dello spettro e gravità psichiatriche e al contesto socio-familiare, utilizzo mirato della rete territoriale socio-sanitaria assistenziale

## **2.5 Persone con programmi di tipo certificatorio a valenza medico-legale (specie invii dalle Commissioni medico locali patenti ai sensi dell'art. 186 CdS)**

- Trend in aumento
- Consumo rischioso o dannoso di alcol
- Frequente resistenza alla sensibilizzazione
- Obiettivo dell'intervento: di tipo cognitivo-comportamentale e informativo; attivazione del programma di monitoraggio/sorveglianza e del programma informativo-educativo finalizzato ad una prevenzione post primaria e attuato, prevalentemente, su gruppi terapeutici specifici alcol e guida.

## **2.6 Pazienti con problemi e/o patologie alcolcorrelate e dipendenza tabagica nei Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT) strutturati nel contesto dei Dipartimenti Dipendenze delle ASL**

- Counselling motivazionale e attivazione dell'intervento di disassuefazione dal tabagismo secondo linee guida regionali.

### 3. Le attività di prevenzione, sensibilizzazione, informazione e comunicazione

L'art. 3 comma 4 della Legge 125/2001 assegna annualmente risorse finanziarie al Ministero della Salute per azioni di informazione e di prevenzione da realizzarsi negli ambienti scolastici, militari, penitenziari e di aggregazione giovanile.

Il governo della prevenzione è esercitato dalle ASL, tramite i Dipartimenti Dipendenze e i Servizi Alcoldipendenze territoriali.

### 4. La collaborazione dei servizi alcoldipendenze con la rete territoriale assistenziale, enti del privato sociale e associazioni di promozione sociale

Dalla relazione al Parlamento anno 2013, il 55% dei Servizi Alcoldipendenze ha collaborato con i gruppi della Associazioni di promozione sociale ACAT (Associazione club alcolologici territoriali), il 40,3% con AA e il 14,3% con altri gruppi.

Le attività di collaborazione con le Comunità Terapeutiche residenziali e semi-residenziali e con le cooperative sociali per la gestione dei Servizi sociosanitari ed educativi riguardano rispettivamente il 46,3% e il 25,8% dei Servizi italiani per le alcoldipendenze.

## Bibliografia

Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999, *Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti*, Gazzetta Ufficiale, 15.3.1999, n. 61

Decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n.309, *Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*, Gazzetta Ufficiale, 31.10.1990, n. 255, Suppl.Ord.

Decreto Ministeriale del 30 novembre 1990, n. 444, *Regolamento concernente la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei Servizi per le Tossicodipendenze da istituire presso le Unità Sanitarie Locali*, Gazzetta Ufficiale, 30.1.1990, n. 25

Decreto Ministeriale del 3 agosto 1993, *Linee di indirizzo per la prevenzione, la cura, il reinserimento sociale e il rilevamento epidemiologico in materia di alcoldipendenza*, Gazzetta Ufficiale, 23.8.1993, n.197 e ripubblicato nella Gazzetta Ufficiale 15.1.1994, n. 11, dopo la registrazione presso la Corte dei Conti

*Deliberazione n. VIII/12621 del 7 aprile 2003*, La Giunta Regione Lombardia

*Deliberazione n. VIII/005509 del 10 ottobre 2007*, La Giunta Regione Lombardia

*Deliberazione n. XI/2569 del 31 ottobre 2014*, La Giunta Regione Lombardia

Dipartimento Politiche Antidroga, *Il Dipartimento delle Dipendenze, 2011*, [www.politicheantidroga.it](http://www.politicheantidroga.it)

Edwards G., Marshall E.J., Cook C.C. (1997), *Diagnosi e trattamento dell'alcolismo*, tr.it. Milano, Raffaello Cortina, 2000

Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999, *Individuazione dei requisiti minimi standard per l'autorizza-*

*zione al funzionamento e per l'accreditamento degli enti e delle associazioni private che operano nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione delle persone dipendenti da sostanze di abuso*, Gazzetta Ufficiale, 1.10.1999, n. 231

Legge 26 giugno 1990, n. 162, *Aggiornamento, modifiche e integrazioni della Legge 22 dicembre 1975, n. 685, recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*, Gazzetta Ufficiale, 26.6.1990, n. 147, Suppl.Ord.

Legge 30 marzo 2001, n. 125, *Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati*, Gazzetta Ufficiale, 18.4.2001, n. 90

Lucchini A., Nava F., Manzato E., *Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista*, Milano, Franco Angeli, 2008

*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 alcolcorrelati*, Ministero della Salute, 2013

ASL BRESCIA



# Riabilitazione

# 16

## 1. Interventi di riabilitazione ospedaliera

**Davide Mioni**

### Introduzione

In Italia con la “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati” è stato istituito, per la prima volta, l’intervento sulle principali tematiche alcol correlate colmando un rilevante gap legislativo, politico istituzionale e culturale dopo oltre dieci anni di discussione parlamentare (Legge 125/2001). A partire dal 2001 si sono, quindi, progressivamente implementate azioni a livello locale e regionale che sono andate a rafforzare le precedenti iniziative d’intervento alcologico e che, nel contempo hanno legittimato forme organizzative sanitarie, consolidate in particolare nel nord e nel centro Italia.

Possiamo sinteticamente distinguere tre livelli d’intervento a seconda che la presa in cura del paziente sia legata ad un consumo rischioso, dannoso o ad una effettiva dipendenza ben inteso che molto spesso le caratteristiche cliniche, personologiche e le comorbidità associate ne rendono talvolta sfumati i confini.

La persistenza di livelli di consumo alcolico che espongono la salute ad un incrementato rischio (consumo rischioso) richiede prioritariamente un approccio basato sulla persona, teso all’identificazione precoce dei rischi e all’aumento della consapevolezza attraverso un intervento motivazionale definito “intervento breve” (Scafato, 2008). Nei casi in cui sia già presente un danno alla salute fisica o mentale correlabile all’alcol (consumo dannoso) è possibile e spesso anche opportuno avvalersi di competenze specialistiche di secondo e terzo livello, necessariamente in rete con i servizi di alcologia cui spetta la presa in carico per il consumo dannoso e/o la dipendenza dall’alcol. Per la persona con dipendenza da alcol, invece, diventa essenziale un trattamento specialistico che si articola sia a livello territoriale sia ospedaliero in un sistema di continuità assistenziale.

In stabile coordinamento a tali interventi, la disponibilità di setting residenziali rappresenta un importante riferimento per quei casi più complessi, in cui non si riesca a raggiungere una stabile astinenza dalle bevande alcoliche e che si caratterizzano per non essere gestibili direttamente né a livello territoriale né ospedaliero.

## 1. Piccola storia della residenzialità riabilitativa alcolologica

L'opportunità di ricoverare pazienti con Dipendenza da alcol o con Problemi e Patologie alcolcorrelati in reparti per "acuti", in particolare Medicina Interna, Neurologia, Psichiatria è stata ed è evenienza comune. Speculare a queste situazioni è il riconoscimento di problemi o patologie alcolcorrelate in utenti già ricoverati per altri motivi in tali reparti come pure in Ortopedia, Chirurgia, Gastroenterologia: studi descrittivi di questa evenienza indicano come dal 15 al 35% dei ricoverati presenta problemi o patologie alcol correlate che possono non essere rilevate qualora non si usino appropriati strumenti di screening.

Da alcuni anni a questa parte in Italia si sta assistendo alla crescita dell'interesse per i programmi residenziali brevi, in particolare per il trattamento dell'alcolismo e del cocainismo.

Questi programmi si differenziano sia dalla residenzialità psichiatrica sia dalle comunità terapeutiche per tossicodipendenti, soluzioni rivolte di solito a persone con forte compromissione personale e sociale e arrivano dopo percorsi ambulatoriali.

L'esperienza della Residenzialità Riabilitativa Alcolologica breve, maturata in Italia a partire dagli anni ottanta, si rifà piuttosto al programma dei "28 giorni" anglosassoni con il "Minnesota Model" (Anderson, 1999), all'esperienza della Scuola di Vladimir Hudolin, direttore della clinica di malattie neurologiche e psichiatriche dell'Università di Zagabria alle realtà delle "cliniche psicosomatiche" tedesche (Hinnenthal, 2011). In questi modelli l'intervento residenziale viene visto come tappa di inizio in cui effettuare interventi diagnostici, motivazionali, di prevenzione della ricaduta, di facilitazione per una successiva presa in carico territoriale. Il Minnesota Model, ideato nel 1950, ebbe vastissima diffusione negli Stati Uniti all'interno di strutture cliniche prevalentemente private o semipubbliche quali ad esempio il "Veteran Administration". Si fonda sull'applicazione in setting professionale sanitario dei principi degli Alcolisti Anonimi, prevedendo l'intervento sia di professionisti che di "counselors", alcolisti inattivi. Tutto lo staff è coeso attorno ad alcuni concetti quali l'alcolismo come malattia, la responsabilità personale, la revisione di vita, il concetto di "forza superiore". Nel corso della degenza che dura un mese, viene coinvolta anche la famiglia e si incoraggia la partecipazione ad Alcolisti Anonimi e ad Al-Anon come modello efficace per mantenere la sobrietà dopo la dimissione.

Una svolta fondamentale rispetto all'impostazione sopra descritta viene data dalla pubblicazione del testo di Mendelson e Mello (1984), contenente anche un lavoro di Pattison in cui si delineano i principi del modello multimodale integrato: superamento di programmi predefiniti e rigidi con personalizzazione del percorso di cura una volta inquadrare variabili specifiche in un concetto di "abbinamento paziente-trattamento". Una ulteriore fase dello sviluppo dei programmi riabilitativi residenziali negli Stati Uniti parte dall'esigenza di valutare con esattezza il costo/beneficio rispetto ai pro-

grammi ambulatoriali. Pettinati e collaboratori riportano che l'approccio residenziale è più efficace nella fase iniziale del trattamento di pazienti con problemi complessi e pur essendo il costo della residenzialità maggiore in termini assoluti, la valutazione del costo/beneficio non rileva grandi differenze (Pettinati, 1999).

In Europa la situazione si diversifica da luogo a luogo: in Gran Bretagna e nei paesi del Nord Europa appare simile a quella statunitense, mentre in Germania e in Francia vengono applicati modelli con presenza di programmi sia residenziali che territoriali.

In Italia programmi Residenziali Riabilitativi Alcolologici situati in sedi ospedaliere pubbliche o private iniziano a strutturarsi dagli inizi degli anni ottanta. Su questa come su altre esperienze avviate in Italia in quegli anni, risulta determinante la figura e l'azione del Prof. Hudolin che con il metodo ecologico-sociale tanto influenzerà l'intervento sull'alcolismo nel nostro paese. Hudolin nella collaborazione con i colleghi italiani utilizzò alcuni concetti tratti da studi della cosiddetta Scuola di Palo Alto e dalla Teoria Generale dei Sistemi di von Bertalanffy, arricchendoli con la sua esperienza nelle comunità terapeutiche ospedaliere di Maxwell Jones ed alla gestione delle cliniche psicosomatiche tedesche. Hudolin realizzerà una rivoluzione epistemologica rispetto alle teorie sull'alcolismo considerandolo un comportamento, uno stile di vita multifattoriale.

Quasi tutti i centri di Residenzialità Alcolologica hanno avuto nel nostro paese una crescita "a partire dal basso", con progetti molto circoscritti, poveri di mezzi, portati avanti spesso su base volontaristica e con poca visibilità. Il fatto che, in questo momento, quasi tutti i servizi siano delle realtà notevolmente più grandi e molto meglio strutturate denota il successo del progetto, in cui hanno contribuito probabilmente due aspetti:

1. il sempre maggiore utilizzo, all'interno dei programmi, di tecniche di matrice cognitivo-comportamentale, dai lavori classici di Ellis (1989) fino alla cosiddetta terza ondata della CBT, l'ACT di Hayes (2000) e la Mindfulness, presa sia come esperienza a se stante come in Kabat-Zinn (2004) che come parte degli approcci già citati.
2. la capacità fin dall'origine di mantenere il percorso clinico all'interno di un intervento di rete senza pretese esaustive e totalizzanti.

## **2. La residenzialità alcolologica breve in Italia**

Nel 2010, dopo circa quattro anni di incontri di lavoro e conoscenza reciproca, viene ufficialmente costituita a Pavia l'Associazione CoRRAl (Coordinamento Residenzialità Riabilitativa Alcolologica). Il CoRRAl raggruppa oggi dodici realtà terapeutiche (Figura 1), aventi in comune l'impostazione organizzativa ed alcune caratteristiche terapeutiche poi condivise nel "Protocollo per la riabilitazione alcolologica ospedaliera" del Novembre 2011, al quale quanto segue fa riferimento.

Per residenzialità alcolologica breve si intende una modalità di intervento nella gestione della dipendenza connotata da tre caratteristiche:

1. brevità
2. intensità
3. complessità.

La riabilitazione alcolologica si svolge solamente in ambito residenziale ed in un reparto ad alta specializzazione a direzione medica, in grado di assicurare e garantire una adeguata risposta alle principali patologie fisiche e psichiche alcol-correlate. Quando definiamo un trattamento come “residenziale” facciamo riferimento al fatto che quel trattamento si applica ad un paziente che vive temporaneamente in un luogo terapeutico. La durata del trattamento nei programmi presenti nella realtà Italiana varia da 28 giorni a tre mesi.

Le indicazioni a questo tipo di trattamento possono essere riassunte in tre aree:

a. Difficoltà al trattamento nel territorio:

- la necessità di effettuare un inquadramento diagnostico per aree (tossicologica, psicologica-psichiatrica, motivazionale, familiare e sociale). La diagnosi deve riguardare sia la storia che le caratteristiche della dipendenza con valutazione degli aspetti organici, psicologici-psichiatrici, socio-familiari
- la presenza di una condizione di dipendenza grave con motivazione al cambiamento da rinforzare e supportare
- una gravità dell'intossicazione o dei pregressi episodi di astinenza complicata o l'incapacità del paziente a sopportare una disintossicazione ambulatoriale con necessità di ambiente protetto
- la necessità di fare acquisire strumenti personali e sociali che consentano al paziente, una volta dimesso, di affrontare i propri problemi e le situazioni a rischio di ricaduta.

b. Presenza di problemi complessi:

- una condizione di poliabuso che rende problematica la disintossicazione
- l'aggravarsi delle condizioni mediche del paziente che richiedono un rapido raggiungimento della sobrietà, ma senza che il paziente sia in grado di raggiungere questo obiettivo
- la presenza di condizioni emotive, cognitive, comportamentali che necessitano di un rapido raggiungimento della sobrietà con necessità di poter fare acquisire strumenti di gestione delle emozioni alternativi all'uso di sostanze
- la condizione di cronica intossicazione alcolica che rende impossibile l'impostazione di una adeguata terapia medica
- la necessità di mantenere la condizione lavorativa già esistente.
- la necessità di definire un programma aftercare con facilitazione all'autoaiuto.

È prevista la presentazione dei gruppi, in particolare dei CAT e AA con individuazione del gruppo cui fare riferimento una volta dimessi.

- c. Necessità di interventi diagnostici-terapeutici specialistici integrati:
- la valutazione e l'intervento specialistico pluridisciplinare (tossicologico, psichiatrico, neurologico, internistico): i pazienti alcolisti, più frequentemente di quelli affetti da altre dipendenze possono presentare situazioni fisiche compromesse e non sempre valutate nella loro complessità
  - la definizione di obiettivi condivisi con il paziente, la famiglia, l'inviante.

Le non indicazioni sono invece:

- l'assenza di motivazione: va preliminarmente definita la posizione del paziente rispetto al cambiamento
- le condizioni di particolare gravità organica, come ad esempio una epatopatia scompensata, una cardiopatia scompensata o una encefalopatia secondaria
- le condizioni di patologie psichiatriche scompensate
- l'uso attivo di stupefacenti
- la presenza di gravi tratti di antisocialità e di incompatibilità alla vita di gruppo.

Sempre più frequentemente il programma residenziale breve ha lo scopo di “fermare” il paziente e di consentire di impostare un programma a medio termine. Questa esperienza, quindi, si differenzia sia dalla residenzialità psichiatrica sia dalle comunità terapeutiche per tossicodipendenti: entrambi questi interventi, infatti, giungono di solito alla fine di percorsi di trattamento ambulatoriale e sono rivolti a soggetti con forte compromissione personale e sociale e con alti livelli di cronicizzazione. I programmi residenziali brevi devono garantire al paziente alcolista supporto medico per la gestione di eventuali sintomi astinenziali (minori o maggiori), devono poter disporre di rapido supporto di urgenza-emergenza qualora ve ne sia la necessità. Una simile capacità di supporto terapeutico presuppone la presenza costante (ad ogni ora del giorno, in ogni giorno dell'anno) di almeno una figura medica e di un adeguato numero di figure infermieristiche. Per rispondere a tali esigenze vengono considerati indispensabili le figure professionali del medico internista, dello psichiatra, dello psicologo, dell'infermiere, dell'assistente sociale, dell'educatore professionale (Protocollo per la riabilitazione alcolologica ospedaliera, 2011).

Fondamentali all'interno del percorso sono ritenuti i seguenti punti:

- l'effettuazione di esami clinici per lo studio delle principali patologie organiche alcol correlate
- l'effettuazione di test per l'assessment di eventuali patologie psichiatriche e/o di eventuali disturbi di personalità
- un supporto sia individuale che grupppale
- un programma di educazione sanitaria
- un programma adeguato ad aumentare la motivazione al cambiamento

- un programma di attività fisica individualizzato alle necessità ed alle esigenze di ogni singolo paziente.

Il trattamento deve prevedere almeno le seguenti fasi:

- colloquio pre-ricovero con il paziente, i familiari, l'inviante (tramite relazione o contatto telefonico) per valutare l'appropriatezza del ricovero e la presenza delle indicazioni
- definizione di un piano assistenziale sulla base dell'individuazione delle problematiche e degli obiettivi da raggiungere
- stesura di una cartella clinica integrata: medica, psicologica, infermieristica
- valutazione di eventuale sintomatologia astinenziale anche attraverso il ricorso a scale
- avvio di eventuale trattamento farmacoterapico
- verifica periodica del raggiungimento degli obiettivi
- stesura di un programma per il dopo dimissione condiviso con il paziente e gli invianti.

La dimissione costituisce un punto importante nella riabilitazione alcolica-breve in quanto punto di snodo tra due percorsi. La relazione di dimissione conterrà in maniera dettagliata il percorso terapeutico con gli interventi svolti, i risultati raggiunti, la descrizione della terapia farmacologica attuata, indicazioni delle strutture contattate ed eventuali appuntamenti presi.

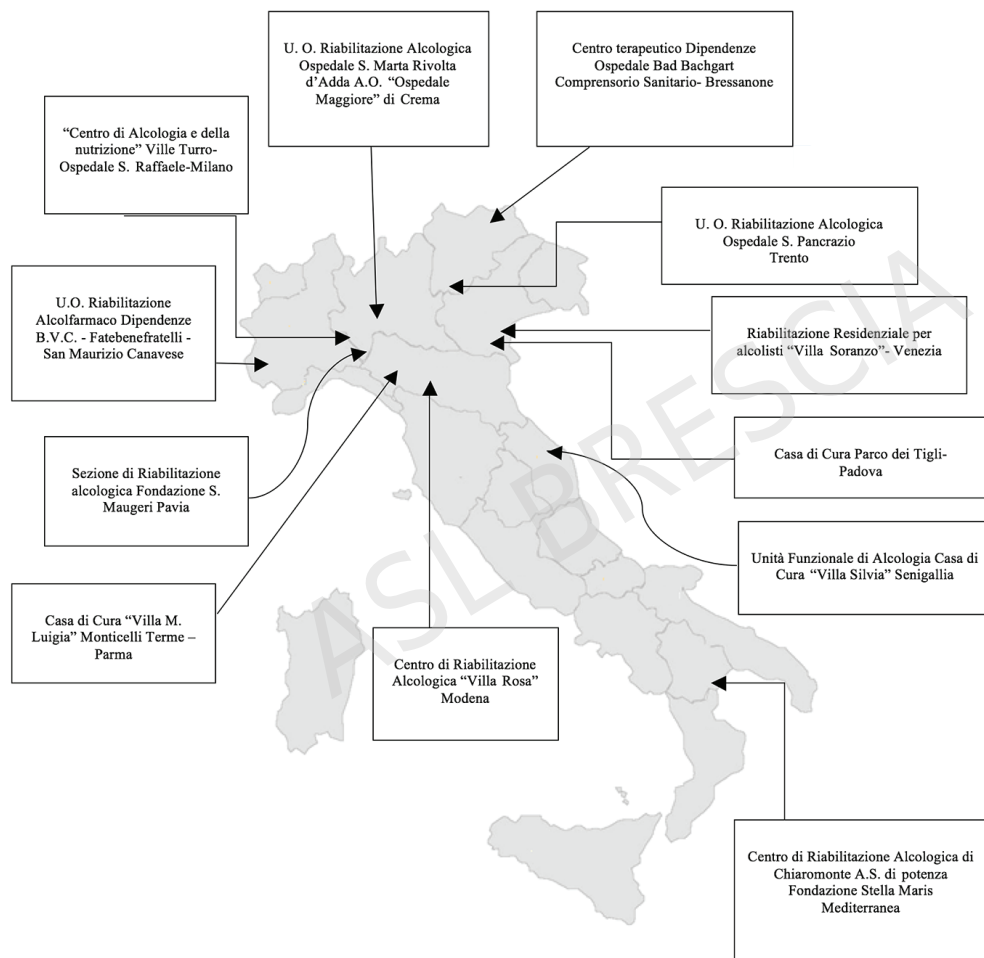
In corso di programma riabilitativo costituiscono indicatori di risultato:

- numero di richieste di dimissione prima della conclusione del trattamento
- numero di complicanze fisiche o psichiche che rendono necessario il trasferimento ad altro reparto
- il miglioramento dei parametri ematochimici
- il raggiungimento degli obiettivi fissati al momento della stesura del programma.

### **I centri CORRAL: un modello residenziale ad alta intensità**

L'esperienza CORRAL si articola in 12 principali centri di riferimento (Figura1), accogliendo pazienti da tutto il territorio nazionale. Un primo report, dedicato a raccogliere le evidenze (Zambon, 2013) derivate dalle attività delle Unità Residenziali Alcolologiche nel 2009 ha visto l'analisi del ricovero di 2061 utenti, utile in primis per comprendere le caratteristiche di quello che potremmo chiamare il paziente "medio": maschio (69%), di età media attorno ai 46 anni, di livello di istruzione medio – basso, senza problematiche evidenti di tipo occupazionale e soprattutto con diagnosi di "dipendenza da alcol" ma anche con diagnosi psichiatrica e/o di altra problematica legata alle sostanze in quasi il 65% (Tabella 1).

Tabella 1: Caratteristiche dei 2056 pazienti (tratto da Zambon et al., 2013)



VARIABILI	Totale (n=2056)
<b>Socio-demografiche</b>	141
Maschi, n (%)	1 (68.6)
Età (anni ± SD)	46.3 ± 10.8
Titolo di studio	
Nessun titolo, n (%)	8 (0.4)
Licenza elementare, n (%)	279 (13.7)
Licenza media, n (%)	945 (46.4)
Licenza superiore, n (%)	661 (32.5)
Laurea, n (%)	141 (6.9)
Occupazione	
Occupato stabile, n (%)	862 (42.2)
Occupato non stabile, n (%)	111 (5.4)
Non occupato, n (%)	637 (31.2)
Pensione di invalidità, n (%)	224 (10.9)
Pensione di anzianità, n (%)	91 (4.5)
Studente, n (%)	6 (0.3)
Casalinga, n (%)	112 (5.5)
<b>Diagnostiche</b>	
Dipendenza/Abuso da alcol	1906 (92.8)
Dipendenza, n (%)	147 (7.2)
Abuso, n (%)	
Consumo di alcol nell'ultimo mese prima del ricovero	
Astinente, n (%)	436 (21.2)
Non astinente, n (%)	1619 (78.8)
Durata della dipendenza/abuso da alcol	
< 5 anni, n (%)	327 (16.1)
5 - 10 anni, n (%)	496 (24.5)
> 10 anni, n (%)	1203 (59.4)
Presenza di altre diagnosi (psichiatriche e dipendenza/abuso da altre sostanze)	
No, n (%)	729 (35.5)
Sì, n (%)	1327 (64.5)
Co-patologie fisiche/organiche	
No, n (%)	1122 (54.6)
Sì, n (%)	934 (45.4)

**Figura 1: I centri CoRRAl (tratto da Zambon et al., 2013)**

La presenza di elevati livelli di comorbidità viene ulteriormente scorporata nella Tabella 2, nella quale l'analisi dei dati rivela che il 44% dei pazienti presenta una ulteriore dipendenza/ abuso di sostanze e una percentuale simile è invece affetta da un disturbo di personalità. I pazienti sono in prevalenza inviati da Sert e NOA ma anche da familiari dei pazienti stessi e dai servizi psichiatrici (Tabella 3).

Nel corso del ricovero, mediamente di 30 giorni, i pazienti possono svolgere diversi percorsi riabilitativi (Figura 2), anche in contemporanea: la maggioranza del campione (76%) ha intrapreso più di quattro percorsi, ed in particolare interventi informativi, supporto psicologico di gruppo ed individuale oltre che una terapia psicofarmacologica sia per la gestione della sintomatologia astinenziale che psicopatologica.

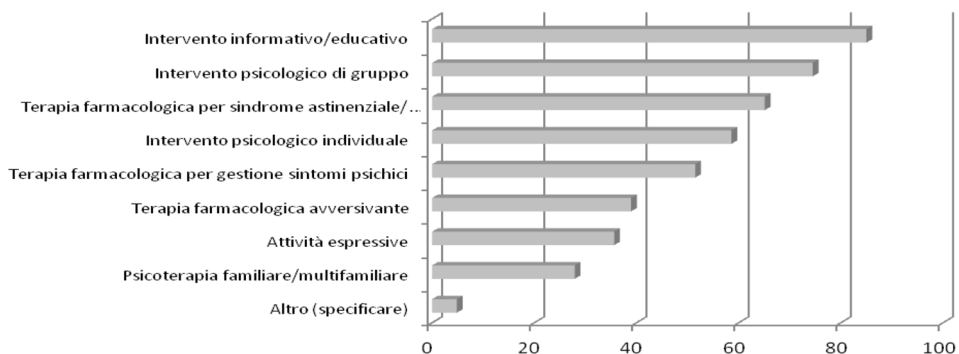


**Tabella 2: Analisi riguardanti altre diagnosi (tratto da Zambon et al., 2013)**

Altre diagnosi	Totale (n=1327)
Dipendenza o abuso di altre sostanze e/o farmaci, n (%)	584(44.0)
Disturbo di personalità, n (%)	547(41.2)
Sindrome Affettiva, n (%)	385(29.0)
Sindrome ansiosa, n (%)	155(11.7)
Psicosi, n (%)	60 (4.5)
Disturbo del controllo degli impulsi, n (%)	35 (2.6)
Disturbo del comportamento alimentare, n (%)	24 (1.8)
Demenze, n (%)	19 (1.4)
Oligofrenia, n (%)	12 (0.9)

**Tabella 3: Distribuzione dei pazienti in base alla figura professionale che ha suggerito il ricovero (tratto da Zambon et al., 2013).**

Struttura che ha ritenuto necessario il ricovero	Totale (n=2044)
Comunità terapeutica, n (%)	7 (0.3)
Familiare (specificare), n (%)	158 (7.7)
Gruppi di auto-aiuto, n (%)	28 (1.4)
Medico di base/specialista, n (%)	338 (16.5)
Nessuno, n (%)	102 (5.0)
Reparto ospedaliero, n (%)	105 (5.1)
Sert, n (%)	809 (39.6)
Servizi alcologici (NOA/centro di alcologia), n (%)	312 (15.3)
Servizi sociali, n (%)	14 (0.7)
Servizi territoriali privati, n (%)	54 (2.6)
Servizio psichiatrico, n (%)	117 (5.8)



**Figura 2: Pazienti e percorsi riabilitativi (tratto da Zambon et al., 2013).**

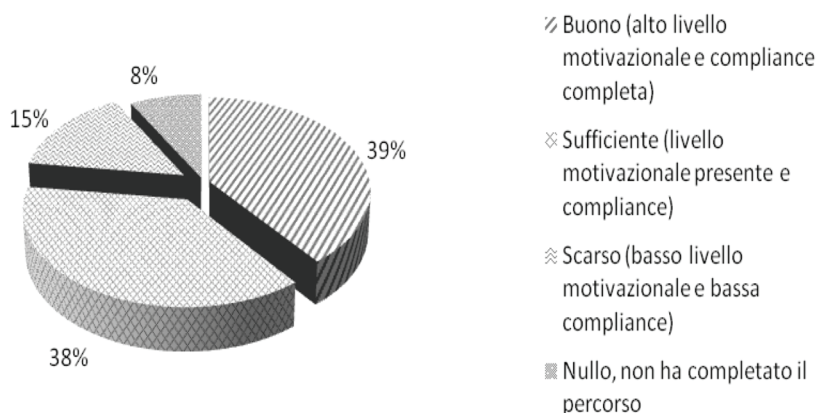


Figura 3: Distribuzione dei pazienti in funzione del giudizio sull'esito alla dimissione (tratto da Zambon et al., 2013).

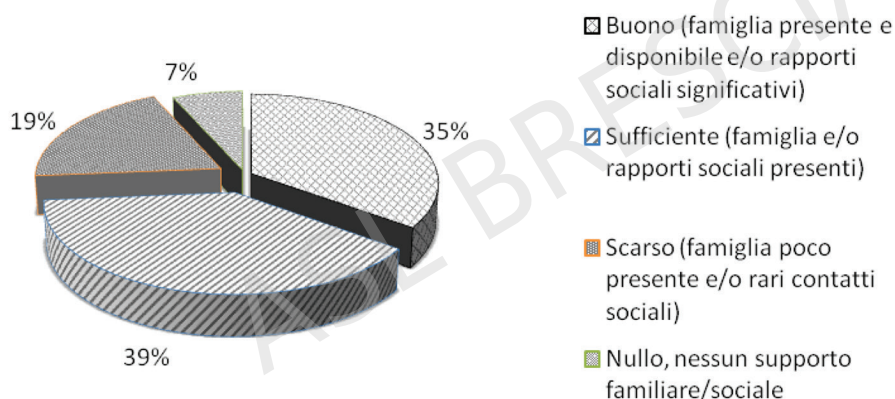


Figura 3: Distribuzione dei pazienti in funzione del giudizio sull'esito alla dimissione (tratto da Zambon et al., 2013).

Come si vede dalle Figure 3 e 4 il giudizio espresso sull'esito del percorso al momento della dimissione da parte del referente del servizio e la valutazione del supporto sociale/familiare sono nella maggior parte dei casi almeno buoni, indice di una "riuscita" del percorso.

Quindi riassumendo, il profilo che emerge da questo primo studio è di un paziente con una complessità sul versante medico, psichico ma anche assistenziale e nello specifico prevale:

- a) una dipendenza alcolica
- b) una patologia medica a carico del fegato (soprattutto in fase attiva prima del ricovero)

- c) una patologia psichica (doppia diagnosi) in circa metà dei casi, con elevata presenza di disturbi di personalità.

Si tratta di pazienti in primis con un invio da parte dei Servizi ed in questo caso si presentano come situazioni più difficili da gestire rispetto al classico setting ambulatoriale; al contempo anche la ricerca del ricovero su base individuale (o su suggerimento dei familiari) costituisce una percentuale importante, seppure rappresentata da pazienti più giovani e problematici. Il ricovero quindi è una sorta di spazio riabilitativo ad alta intensità assistenziale, soprattutto per pazienti che mantengono (prima e dopo) una presa in cura ambulatoriale nel territorio. Tale spazio, completato dall'89% dei pazienti considerati nello studio, è in grado di offrire diverse opportunità riabilitative: a) psicoterapia individuale b) psicoterapia di gruppo, c) intervento e/o assessment farmacologico del caso (e.g. nella gestione della sindrome da astinenza da alcol, del fenomeno del craving e/o dei sintomi psichiatrici); di fatto si tratta di interventi che presi singolarmente hanno un ampio riscontro nella letteratura (Harrison, 1999; Hinzenhal, 2006; Linehan, 2007), ma molto poco descritti in un contesto riabilitativo breve, con la conseguente necessità di effettuare ulteriori studi e ricerche per confermare i risultati.

Di fatto il tipo di utenza che negli ultimi anni accede a questa tipologia di intervento è molto eterogeneo, anche come conseguenza dei diversi criteri di accoglienza tra i diversi centri che, seppure accomunati da una diagnosi alcolologica come criterio comune tra di essi, ad oggi non posseggono rigidi criteri di inclusione nei loro programmi, permettendo anche l'esperienza di un percorso breve ed intensivo per problematiche diverse: cocaina, farmaci d'abuso come le benzodiazepine e gli oppioidi sintetici, ma anche nuove droghe (Novel Psychoactive Substances) e dipendenze (come per esempio il gioco d'azzardo patologico o le cosiddette sex addictions). La possibilità di trattare questo tipo di patologie, con uno scenario sempre più frequente di multi-substances intoxication, per dirla all'inglese, richiede un successivo sforzo verso non solo un approccio multi-disciplinare ma anche multi-specialistico, con percorsi differenziati per sotto-gruppi di pazienti (e.g. pazienti giocatori).

L'esperienza presso la Casa di Cura Parco dei Tigli ad esempio, da una preliminare analisi dei dati raccolti negli ultimi tre anni (2012-2014) ha permesso di quantificare gli accessi: nel 2014 per esempio sui 157 pazienti accolti per un ricovero breve (4 settimane), 103 hanno avuto come principale diagnosi alla dimissione di dipendenza da alcol, 15 pazienti una diagnosi di dipendenza da cocaina, 12 invece di gioco d'azzardo patologico ed altrettanti di dipendenza da sedativi (principalmente benzodiazepine), mentre per quel che riguarda nuove sostanze d'abuso (come mephedrone, THC sintetici) sono state identificate come fonte d'abuso in 4 pazienti.

Quindi concludendo, il percorso riabilitativo proposto nei centri CORRAL si caratterizza per tre caratteristiche fondanti, sviluppate per pazienti con diagnosi di

dipendenza alcolica ma che negli ultimi tempi hanno trovato applicazione anche in scenari differenti di abuso / dipendenza:

- 1) Un ricovero breve, di circa 30 giorni.
- 2) Un ricovero caratterizzato da un'alta intensità d'intervento sia a livello medico, psichiatrico ma anche familiare.
- 3) Un ricovero con un'elaborazione di un progetto *aftercare*, cioè che implichi una continuità nella presa in cura del paziente.

## Bibliografia

*Alcologia*, 2011, pp 43-48

Anderson D.J., McGovern J.P., Dupont L., *The Minnesona Model*, J Addict Dis, 1999, 18, pp. 107-114

Annis H.M., Davis C.S., *Relapse prevention in Handbook of Alcoholism Treatment approaches*, Hester R.K., Miller W.R., Ed. Pergamon Press, 1989

Anton R.F. et al., *Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial*, JAMA, 2006, 295:2003-2017

ASAM, *Patient placement criteria for the treatment of substance-related Disorders 2°*, Edition revised ASAM Ed., 2001

Booth P.G., *Treatment setting and treatment outcome in alcohol dependency: residential and day-care options compared*, Health and Social Care in the Community, 1997

Cerizza G., *La residenzialità riabilitativa alcolica come opportunità terapeutica*, Mission, 2008, pp. 47-57

Cerizza G., *Quando il limite diventa risorsa*, Milano, Franco Angeli, 1998

Cibin M., Gallo S., Spolaor G., Bettamin S., Costa S., Lugato E., Hinnenthal I., *Cocaina e alcol: esperienza e risultati del programma residenziale breve "Villa Soranzo"*, Mission, 2010, pp. 18-24

Cibin M., *Generalità sui trattamenti residenziali brevi in Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina a cura di Hinnenthal I.M., Cibin M., 2011, SEEd*

Department of Health, Scottish Office of Health, Welsh Office Department of Health and Social Service Northern Ireland: *Trattamento dell'abuso e della dipendenza da droghe*. Linee Guida, Torino, Centro Scientifico Ed., 2004

Ellis A., *Ragione ed emozione in psicoterapia*, Roma, Astrolabio, 1989

Greenfield S.F., Hennessy G., (2006), *Valutazione del paziente, in: Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*. Manuale dell'American Psychiatric Publishing, Seconda Edizione a cura di: Galanter M., Kleber H.D., Milano, Masson, 101-118

John U., Rumpf H.J., Hapke U., *Estimating prevalence of alcohol abuse and dependence in one General Hospital: an approach to reduce sample selection bias*, Alcohol Alcohol, 1999, 34, 5, 786

Jupp B., Lawrence A.J., *New horizons for therapeutics in drugs and alcohol abuse, Pharmacology and Therapeutics*, 2011, 125, pp138-168

Kabat-Zinn J., *Vivere momento per momento*, Milano, Corbaccio Editore, 2004

Hayes S.C., Strosahl K., *Acceptance and Commitment Therapy*, Springer Science Press, 2000

Harrison P.A., Asche S. *Comparison of substance abuse treatment outcomes for Inpatients and outpatients*, J Subst Abuse Treat, 1999

Hinnenthal I., Laki Z., Ardisson G., *Psicotraumatologia e neuroplasticità. Presupposti teorici per la gestione clinica nel trattamento residenziale di alcolisti con poliabuso in Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista*, Alfio Lucchini, Ezio Manzato, Felice Nava, Milano, Franco Angeli, 2008

Hinnenthal I., Manera E., Gallo S., Cibin M., *Trattamento residenziale: un approccio emotivo e cognitivo-comportamentale*, in: *Cocaina, Manuale di aggiornamento tecnico scientifico, Progetto START del Dipartimento nazionale per le politiche antidroga*, Vago di Lavagno (VR), La Grafica, 2006, pp. 385-398

Hinnenthal I., Cibin M. (a cura di), *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da Alcol e Cocaina: il modello Soranzo*, Torino, SEED, 2011

Hudolin V., Introduzione, in Hudolin V., Ciullini A., Corlito G., Dellavia M., Dimauro P.E., Guidoni G., Scali L. (a cura di), *L'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi*, Erickson, Trento, 1994, pp. 15- 113

*Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati*, Gazzetta Ufficiale n. 90 del 18 aprile 2001

Linehan M., Bohus M., Lynch T.R., *Dialectical behaviour therapy for pervasive emotions dysregulation*, in Gross J.J., *Handbook of emotions regulation*, Guilford Press, 2007

Marlatt G.A., Barrell K., *La prevenzione delle ricadute*, in Galanter M., Kleber H.D., *Trattamento da uso di sostanze*, Masson, 1998

Maxwell J., *Beyond therapeutic community*, Yale University Press, 1968

Mendelson J. and Mello N.K., *The diagnosis and treatment of Alcoholism*, McGraw Hill Book Company, New York, Trad. Ital. La dipendenza alcolica, Padova, Piccin, 1984

Pettinati H.M. et al, *Inpatient alcohol treatment in a private healthcare setting: which patients benefit and what cost?*, Am J Addict 1999, 8, 3, 220

Pilling S., Yesufu A., Taylor C., Drummond C., *Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence: summary of NICE guidance*, 2011, BMJ, 42

Pinto S.P. et al, *Poliabuso e doppia diagnosi nelle residenzialità alcolologiche ospedaliere: caratteristiche dei pazienti e dei percorsi terapeutici riabilitativi*, Mission, 2013, pp.19-28

*Practice Guideline for the Treatment of Patient with Substance Use Disorders*, Supp. Am.J.Psychiatry, Vol 164, n°4, 2007

*Protocollo per la riabilitazione alcolologica ospedaliera*. Documento interno a cura dell'Associazione CoRRAL, Novembre 2011

Scafato E., ed. *Alcol e prevenzione nei contesti di assistenza sanitaria primaria. Programma di formazione IPIB-PHEPA: identificazione precoce e intervento breve dell'abuso alcolico in Primary Health Care*, Roma, Istituto superiore di Sanità, Gruppo di lavoro IPIB, 2008

Stinchfield R., Owen P., *Hazeld's model of treatment and its out come*, Addict Behav 23, 5, 669, 1998

Zambon A. et al, *La residenzialità alcolologica ospedaliera: caratteristiche dei pazienti e dei percorsi terapeutici/riabilitativi* Minerva Medica, 2013, 104: pp193-206

## 2. Un modello in Lombardia: l’Ospedale “Richiedei” di Palazolo sull’Oglio

**Luigina Scaglia**

### Introduzione

Il Reparto di Riabilitazione Alcolologica apre nell’ottobre 2010 presso l’Ospedale Richiedei ed è il risultato di un accordo tra ASL Brescia e Fondazione Richiedei.

In una prima fase (ottobre 2010–marzo 2011) gli operatori alcoligi del Servizio Alcologia della ASL, erano presenti in reparto in qualità di formatori.

A quell’epoca i posti letto erano 10 e la degenza dei pazienti era di 3 settimane.

Successivamente si è proceduto alla costituzione di una équipe clinica stabile della Fondazione Richiedei operativa secondo una logica multidisciplinare ed alcolica.

La Riabilitazione Alcolologica, da allora, si avvale di uno staff costituito da medici, infermieri, psicologo, educatori, operatori socio sanitari, terapisti della riabilitazione e consulente psichiatra.

Questa fase è stata caratterizzata dall’accreditamento di 15 posti letto e dal prolungamento della degenza a 4 settimane: si era valutata, infatti, la necessità un periodo di permanenza maggiore in reparto, dopo la detossicazione da alcol, per garantire un inquadramento più completo del paziente relativamente al funzionamento personale.

Le strutture invianti sono rappresentate dai Servizi territoriali per le Dipendenze pubblici e privati prevalentemente della Lombardia.

Al 31/12/2014 sono stati ricoverati oltre 800 pazienti, con un’età media di 46 anni, per il 71% uomini.

La codipendenza risulta essere un aspetto comune nei pazienti ricoverati, rappresentata da tabagismo (60%), cannabis (28%), cocaina (17%).

Il 57% dei pazienti ricoverati ha figli minori, dato importante in quanto la presenza di figli minori è un criterio di priorità.

L’1% ha pendenze penali al momento del ricovero.

Al momento della dimissione sono state riscontrate nuove diagnosi mediche nel 65% dei pazienti e nuove diagnosi psichiatriche nel 20% dei pazienti.

Il 30% dei pazienti viene dimesso con terapia avversivante.

La Riabilitazione Alcolologica deve lavorare in rete e fare rete con i Servizi Territoriali e, pertanto, costituisce strumento dei Servizi stessi che hanno in cura il paziente alcolista e che lo riaccoglieranno alla dimissione.

L'osservazione del paziente in reparto per 28 giorni permette l'elaborazione di obiettivi riabilitativi che determinano una restituzione al territorio di elementi diagnostici che indirizzano la cura successiva anche con l'attivazione di nuovi Servizi (CPS, Consulitori, Servizi Sociali dei Comuni di appartenenza).

Il reparto spesso è ponte comunicativo tra i Servizi delle Dipendenze ed i Servizi Psichiatrici.

Diviene pertanto, irrinunciabile un lavoro di rete tra il reparto ed i servizi territoriali con cui avviene un dialogo prima e durante il ricovero.

Gli strumenti clinico-terapeutici specialistici, a valenza multidimensionale e multidisciplinare integrata (detossicazione farmacologica, inquadramento clinico medico, psicologico e, eventualmente, psicopatologico, interventi educativi sui singoli e sul gruppo, interventi di comunità multifamigliari, attività motoria\riabilitativa collettiva ed individuale, rete con associazioni di promozione sociale territoriale ed altro) sono messi in atto allo scopo di far sperimentare ad ogni ospite un periodo di tempo caratterizzato da:

- Libertà dall'alcol, dalle eventuali altre sostanze e dai comportamenti compulsivi eventualmente associati
- Riappropriazione\riscoverta\consapevolezza della propria corporeità (con risorse e limiti)
- Recupero della capacità di percepire le sensazioni, le emozioni e di pensare, di ordinare i pensieri (formulare ipotesi, produrre dati sulle situazioni, costruire i problemi)
- Possibilità di sviluppare maggiore consapevolezza di sé ed eventuale ripensamento rispetto alla propria identità nell'incontro con l'altro
- Sperimentazione di relazioni interpersonali sane e orientate a obiettivi edificanti
- Acquisizione di maggior capacità di lettura e complessificazione delle situazioni e sviluppo di comportamenti maggiormente congrui in relazione agli altri, all'ambiente, alle cose.

Il Servizio ha, pertanto, una forte finalità psico-educativa che ha come obiettivo quello di realizzare una condizione di elaborazione rispetto alla situazione (di relazione con l'alcol, affettiva e lavorativa).

L'alcolista dovrà essere messo nelle condizioni di stare "il meglio possibile" e di ripensare alla propria vita ed alle proprie scelte con l'obiettivo di rivedere la propria relazione con l'alcol e di realizzare il benessere realisticamente sostenibile nella propria condizione.

Non bere diviene non il fine ma lo strumento per la realizzazione del benessere.

In questa ottica di cambiamento di uno stile di vita l'alcolista non può cambiare da solo e, di conseguenza, la sua rete relazionale, oltre ad essere coinvolta, dovrà affrontare essa stessa un cambiamento.

Se il passato non può essere cambiato, può mutare il significato che ad esso viene dato.

Il presente (il tempo del ricovero) costituisce un allenamento iniziale, una base che deve permettere all'alcolista conoscenza dei propri meccanismi di funzionamento (laddove possibile) e di progettare un cambiamento per imparare ad "usarsi meglio".

La conclusione della riabilitazione è caratterizzata dalla definizione di progetti che l'alcolista affronterà con le capacità acquisite e attraverso il riaffidamento al Servizio territoriale inviante che resta il punto di riferimento per la terapia dell'alcolista e della sua famiglia.

La riabilitazione Alcolologica dell'Ospedale Richiedei è collegata alle altre Riabilitazioni Alcolologiche Lombarde e Nazionali.

ASL BRESCIA



# Comunità Residenziali

# 17

**Mara Bossi**

L'origine delle comunità terapeutiche risale agli anni 50 quando venivano utilizzate (come ad esempio da Maxwell Jones in Inghilterra) in ambito psichiatrico.

Gli obiettivi erano:

- far partecipare i pazienti
- responsabilizzarli, nella gestione dell'istituzione in cui erano ospitati
- il rapporto quasi paritario fra gli utenti e gli operatori sanitari.

Dal 1978 le comunità terapeutiche esondano dall'alveo squisitamente psichiatrico e si estendono al disagio più generale: devianza, tossicodipendenza, alcolismo e comportamenti compulsivi.

Con il drammatico aumento dei tossicodipendenti, a partire da quegli anni, assistiamo ad un proliferare di comunità terapeutiche, spesso nate per iniziativa di un capogruppo mosso da buon senso o da senso caritativo. Inizialmente le comunità ospitavano prevalentemente tossicodipendenti da eroina, allora considerata come un'emergenza sociale; non così per l'alcolismo: fattori culturali e sociali impedivano di classificare l'alcolismo come problema o, comunque, consentivano di considerarlo un problema solo all'insorgenza di patologie organiche. Esso veniva quindi trattato per lo più da un punto di vista sanitario. Le implicazioni sociali, relazionali e familiari erano, generalmente, relegate alla gestione in ambito domestico, spesso accompagnate da un senso di vergogna e di occultamento da parte delle persone coinvolte. Lo stigma sociale (la visione stereotipata dell'ubriaccone malmesso e addormentato al tavolo dell'osteria), accompagnato da sentimenti negativi ma intrisi comunque di benevola rassegnazione, ha faticato ad essere sostituito dal concetto di malattia e, in parte, continua a resistere in diversi ambiti sociali.

Nonostante la psichiatria si sia posta da tempo la questione dell'alcolismo, è solo dagli anni '80 che si comincia a considerare anche in Italia la dipendenza da alcol come un problema che necessita di essere adeguatamente trattato: nascono i primi Club per Alcolisti in Trattamento (CAT) sull'onda degli insegnamenti di Vladimir Hudolin, dapprima nel Friuli Venezia Giulia si diffondono poi progressivamente in tutto il nord e, successivamente, in Italia. L'attività dei gruppi di Alcolisti Anonimi

(AA), per quanto già presenti all'epoca in Italia, costituiva pratica poco diffusa e per lo più utilizzata da persone appartenenti a ceti sociali medio alti, dove la garanzia dell'anonimato costituiva elemento fondamentale favorente la scelta. Il cambiamento di atteggiamento degli operatori dei servizi prima e della popolazione poi verso l'uso di alcol e verso i problemi da esso prodotti, ha coinvolto anche le comunità terapeutiche, producendo cambiamenti nella vita quotidiana all'interno delle stesse, modificando in alcune realtà anche l'impostazione metodologica, per adattarle ad una tipologia di utenti che dagli anni novanta in poi hanno cominciato ad accedervi.

Vale la pena ricordare che, sino all'entrata in vigore della legge Basaglia (180/1978), l'alcolista veniva trattato all'interno della psichiatria e, spesso, internato nei manicomi. Alla psichiatria dobbiamo pertanto gran parte degli studi e dei riferimenti che ancora oggi costituiscono la base della definizione di alcolismo prima e di comunità terapeutica poi.

La prima formulazione compiuta della dipendenza come malattia è quella di Benjamin Rush, padre della psichiatria americana. Nel 1793, Rush è il primo a teorizzare che l'alcolismo rappresenti l'effetto di una progressiva assuefazione per la quale la necessità e la compulsione si sostituiscono alla scelta e all'abitudine di bere. Nel nostro continente è il medico inglese Thomas Trotter il primo a teorizzare nel 1804 il bere sregolato come malattia. Descrive i fenomeni della tolleranza, dell'astinenza, l'associazione con l'ansia e la depressione. Estende il modello di alcolismo come malattia all'abuso di oppio e cannabis.

William Carpenter nel 1859 sostiene: «considerando che [...] l'individuo è irresponsabile e pericoloso a se stesso e agli altri ... e che questa malattia può essere curata solo nei manicomi, la privazione della libertà è necessaria per la sicurezza pubblica.»

La prima formulazione integralmente fisiologica dell'eziologia della dipendenza viene formulata negli anni '60 da Marie Nyswander e Vincent Dole sulla base dell'esperienza del trattamento degli eroinomani con metadone.

Il concetto di dipendenza come malattia ha, quindi, una storia relativamente breve. Viene definita sia nel Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) sia nella Classificazione Internazionale delle malattie e dei problemi correlati (ICD), proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

La maggior parte dei programmi di trattamento dell'alcolismo in Italia sono ambulatoriali, generalmente a carico dei Servizi Pubblici per le dipendenze e comprendono la collaborazione di Alcolisti Anonimi e dei Club per Alcolisti in Trattamento. I programmi residenziali, ospedalieri o in comunità terapeutica, vengono utilizzati prevalentemente per utenti con gravi problemi sociali e/o doppia diagnosi psichiatrica.

Le comunità terapeutiche per alcolisti nascono dapprima come centri di riabilita-

zione all'interno di strutture ospedaliere e solo più tardi, negli anni 2000, con le prime sperimentazioni, approderanno al territorio. È solo dal 2001 che con la legge quadro 125/2001 viene introdotta la possibilità anche per gli alcolodipendenti di avvalersi delle strutture residenziali e semi-residenziali accreditate per i programmi di cura, riabilitazione e reinserimento territoriale. Oggi le Comunità Terapeutiche fanno parte a tutti gli effetti del "sistema delle dipendenze", fondato sulla collaborazione piena e paritaria del sistema assistenziale pubblico (Ser.T.) e delle Comunità stesse (Enti Ausiliari). È in atto una rivalutazione del ruolo della residenzialità, sia ospedaliera-riabilitativa, sia in Comunità Terapeutica nel trattamento dell'alcolismo.

Vi sono molte analogie tra ricovero riabilitativo e comunità terapeutica soprattutto per l'impostazione dei programmi. È utile pertanto definirne le caratteristiche:

- Il ricovero riabilitativo comprende sia momenti di tipo sanitario-ospedaliero che momenti "comunitari" centrati sul recupero di abilità sociali. Vengono avviati, già durante la degenza, programmi a lungo termine di tipo ambulatoriale o residenziale. Uno degli obiettivi della Degenza Riabilitativa è individuare, tramite l'inquadramento diagnostico e la risposta al trattamento durante la degenza stessa, un programma terapeutico a medio e lungo termine. Tale programma viene definito valutando i dati raccolti durante il ricovero, formulando e discutendo la proposta con il paziente e con i suoi familiari. La durata della permanenza nella struttura sanitaria varia dai 20 ai 60 giorni. L'attenzione per gli aspetti organici è controbilanciata dall'attenzione per gli aspetti riabilitativi, motivazionali, psicologico-psichiatrici, sociali e familiari. Vengono per lo più applicati i principi del trattamento multimodale integrato e viene formulato un programma personalizzato in cui vengono offerte al paziente varie opzioni, con l'obiettivo di un abbinamento tra paziente e trattamento. Numerosi studi permettono oggi di indicare, una volta fatta una valutazione diagnostica approfondita, quale sarà il programma di trattamento più adatto per le specifiche problematiche di quel dato paziente.
- Il prototipo della comunità terapeutica, tipica degli anni '70, è rappresentato da un programma residenziale altamente strutturato e di lunga durata, orientato alla promozione di uno stile di vita libero dalle droghe, che utilizza il gruppo dei pari come strumento per attivare il cambiamento psicologico e sociale del soggetto. La comunità terapeutica classicamente si caratterizza per alcuni aspetti organizzativi comuni:
- Democratizzazione: responsabilizzazione di ognuno attraverso decisioni assembleari e multidisciplinari
- Tolleranza: la struttura comunitaria deve essere organizzata in modo che tutti i suoi componenti tollerino un'ampia gamma di comportamenti ansigeni, che sembrano devianti secondo le norme "comuni"
- Comunalismo: la condivisione dei luoghi e delle occupazioni da parte di staff e residenti e l'orientamento verso relazioni gruppali ed intergruppali
- Confronto con la realtà: parlare sempre in maniera diretta al fine di fornire un continuo feedback del comportamento dei singoli individui così come sono visti dagli altri.

Questo tipo di comunità terapeutica è, quindi, un insieme di persone che scelgono (o a volte vengono spinte a “scegliere”) di vivere un periodo che in genere varia dai due a cinque anni, in un ambiente costituito da altre persone affette da disturbi, esperienze e motivazioni simili o compatibili.

L'ambiente comunità e le relazioni dei membri sono contenute da regole più o meno rigide. L'esperienza comunitaria, di norma, è formata da una fase di pre-comunità, (valutazione accoglienza, inserimento) una di comunità, (terapeutica) ed un'altra di post-comunità (reinserimento sociale).

Sono presenti (o a volte compresenti) operatori di estrazione professionale, a volte persone con pregressa esperienza personale di dipendenza, oppure di formazione religiosa.

Rappresentano un assetto terapeutico complesso, concepito come sistema aperto fondato sul gruppo, che è il suo strumento operativo principale. Possono essere meglio rappresentate come un sistema provvisto di funzioni terapeutiche ed educative, una concezione della malattia diversa da quella medica. La Comunità Terapeutica si avvale inoltre, di una tecnica basata sulle nozioni di responsabilizzazione e apprendimento quotidiano. Questa complessa definizione sarebbe incompleta senza citare la finalità principale di una comunità terapeutica: la maturazione personale. L'atteggiamento, in generale, è finalizzato a produrre un cambiamento ed è qui che trova attuazione il concetto di «ambiente curante», un vero e potente strumento di cambiamento. Nelle comunità terapeutiche la comunità stessa è lo strumento terapeutico principale.

Le riflessioni e gli studi sulla natura e sull'efficacia delle comunità terapeutiche hanno portato a diverse classificazioni che vanno dal concetto di comunità carismatiche o normative, aperte o chiuse, esplicitamente o implicitamente terapeutiche, con un programma generale storicamente definito, senza un programma definito, comunità di soccorso. Vale la pena di spendere alcune parole in più rispetto alle comunità nate, ricordiamo, per i tossicodipendenti, poiché, trattandosi di istituzioni tutto sommato recenti, parecchie conservano stili di conduzione assai vicini a quelli dell'origine, conservando a volte tratti di tipo custodialistico e faticano a tenere il passo con l'evoluzione di un fenomeno che, al contrario, evolve assai velocemente.

E se questa può definirsi una criticità, è pur vero che l'esperienza maturata nel corso, ormai, di circa 40 anni, costituisce una solida base di partenza per occuparsi in maniera efficace anche delle nuove dipendenze o, per meglio dire, della dipendenza da alcol che solo negli ultimi decenni è stata ridefinita come vera e propria patologia. La competenza degli operatori di comunità rispetto alla tossicodipendenza può costituire un solida “base” professionale ed esperienziale, purché integrata con formazione specifica. Gli alcolisti necessitano infatti di un inquadramento diagnostico e di un trattamento specifico, differenti per modalità, luoghi, durata e riferimenti after-care da quello dei tossicodipendenti.

Le Comunità Terapeutiche hanno a lungo sottovalutato il problema alcol (analogamente, del resto, alla struttura pubblica e all'opinione comune in generale). Fino alla fine degli anni ottanta bere vino a tavola in molte comunità terapeutiche era consentito; oggi questo non è più riscontrabile. È cresciuta sempre di più la consapevolezza negli operatori che l'alcol, nella maggioranza delle persone tossicodipendenti, funge da sfondo, alternandosi con le abituali sostanze d'abuso, funziona come "apripista" all'uso di altre droghe, come elemento importante dei sempre più diffusi fenomeni di poliabuso e come sostanza "sostitutiva" in tossicodipendenti inattivati.

L'offerta delle comunità col tempo è molto cambiata e si è diversificata per incontrare le necessità di popolazioni differenti: donne, adolescenti, persone con problematiche psichiatriche, con problemi di alcol e cocaina. I cambiamenti hanno riguardato sia l'organizzazione sia gli interventi, in particolare con l'introduzione di competenze specialistiche sanitarie e psicosociali. I programmi di trattamento si differenziano oggi per l'approccio teorico, per la popolazione target di riferimento, per la composizione del personale, per i trattamenti offerti (farmacologici, psicologici, riabilitativi), per il ruolo dei pari, per la durata, per il livello di personalizzazione dell'intervento.

A fronte della crescente richiesta di assistenza socio-sanitaria correlata all'uso di sostanze psicoattive legali o illecite o a comportamenti di dipendenza, in Italia si è sviluppata negli anni, a livello regionale e territoriale, una rete complessa e articolata di servizi socio-sanitari composta da Servizi pubblici e del privato sociale variamente organizzati e coordinati.

Il trattamento in comunità terapeutica offerto dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è, al momento, attuato prevalentemente tramite strutture del privato sociale, accreditate dal SSN, alle quali, nella maggior parte dei casi, gli utenti sono inviati dai Ser.T.. Poche sono per ora, invece, le comunità terapeutiche pubbliche. Esistono poi comunità terapeutiche private non accreditate ma autorizzate al funzionamento dal SSN che operano in modo indipendente. Nella Relazione 2014 del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.3.2001 n.125, si legge che nel 2013 è stato inserito in comunità terapeutiche residenziali o semiresidenziali il 2,6% dei 69.770 soggetti alcolodipendenti presi in carico presso i servizi o gruppi di lavoro rilevati [Ministero della Salute 2014].

Oggi le comunità terapeutiche vengono genericamente classificate in:

- Comunità di accoglienza: sono strutture che accolgono persone con problematiche di dipendenza in particolari situazioni di emergenza, quindi senza selezione, per un periodo di tempo non superiore a 90 giorni. Sono strutture specifiche o moduli all'interno di altre strutture.
- Comunità terapeutico-riabilitative (a volte classificate come categoria B): sono servizi sia a carattere residenziale (cioè con permanenza diurna e notturna) che semiresidenziale (con la sola permanenza diurna) che accolgono persone con problematiche di di-

pendenza da sostanze lecite ed illecite e nei confronti delle quali, in accordo con gli operatori dei Servizi pubblici, predispongono un progetto terapeutico personalizzato che si articola su un periodo di tempo non superiore ai 18 mesi. In queste strutture l'intervento è personalizzato e articolato in una serie di proposte terapeutiche e riabilitative (psicoterapeutiche, educative, formative e culturali) anche a favore del nucleo familiare dell'utente. Esse prefigurano un intervento professionalmente definito volto al recupero della salute psichica e fisica del paziente attuato attraverso una presa in carico personalizzata.

- Comunità pedagogico-riabilitative (a volte classificate come categoria A): sono servizi sia a carattere residenziale (cioè con permanenza diurna e notturna) che semiresidenziale (con la sola permanenza diurna) che accolgono persone con problematiche di dipendenza da sostanze lecite ed illecite e nei confronti delle quali, in accordo con gli operatori dei Servizi pubblici, predispongono un progetto terapeutico personalizzato a prevalente carattere educativo che si articola su un periodo di tempo non superiore ai 30 mesi. Per il raggiungimento delle finalità di recupero adottano metodologie di tipo educativo assegnando un ruolo preminente alla condivisione della vita comunitaria e dell'attività lavorativa.
- Comunità specialistiche (a volte classificate come categoria C): con il termine di trattamento specialistico si intende un percorso terapeutico rivolto a persone con problemi di dipendenza molto specifici o associati a situazioni cliniche e personali particolari. Questo tipo di trattamento ha luogo sia in unità di offerta che lo realizzano in modo esclusivo, sia in unità d'offerta che mettono a disposizione moduli specifici. La durata del trattamento specialistico non supera un arco di tempo di 18 mesi. Queste strutture si dimostrano in grado di assicurare un livello di intervento altamente qualificato e professionale per metodologia clinica, per figure professionali impiegate, per le attività di ricerca clinica e sperimentale.

Si distinguono le seguenti specifiche tipologie di Servizi:

- Servizi di trattamento specialistico per coppie, soggetti con figli, nuclei familiari: accolgono persone tossicodipendenti per i quali è prevista la convivenza comunitaria con i propri figli e/o con i propri partners allo scopo di salvaguardare i diritti degli stessi ed aiutarli nella ricostruzione delle relazioni affettive ed educative. Questo tipo di servizi prevedono la residenzialità.
- Servizi di trattamento specialistico per pazienti in comorbilità psichiatrica: Accolgono persone tossicodipendenti che presentano anche disturbi psichiatrici sulla base di un'apposita certificazione rilasciata dal Servizio Pubblico in accordo con il Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera di riferimento. Si tratta di servizi residenziali e semiresidenziali
- Servizi di trattamento specialistico per alcol e polidipendenti: accolgono persone dipendenti da alcol e da più sostanze che, prima di essere avviate alla fase di trattamento ambulatoriale o presso altre strutture della rete di assistenza, necessitano di una fase di osservazione e cura. Questa tipologia di servizi è esclusivamente residenziale.

## 1. La comunità per alcolisti

Una comunità specialistica deve corrispondere al concetto di appropriatezza intesa sia nella sua valenza “clinica”, quale capacità di fornire l’intervento più efficace date le caratteristiche e le aspettative di un determinato paziente, sia come “appropriatezza organizzativa”, quale capacità di scegliere il livello assistenziale più idoneo alla erogazione delle cure nell’ambito del sistema di offerta. Dobbiamo però considerare che non esistono a tutt’oggi linee guida completamente condivise dalla comunità scientifica per la valutazione dell’appropriatezza (clinica e organizzativa), né protocolli applicativi (modalità operative, standard, indicatori di input, di processo, di output e (la grande scommessa) di outcome per la qualificazione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

In generale il percorso comunitario va a costituire un segmento di una più complessiva presa in carico, che inizia prima dell’inserimento in comunità e che non si esaurisce con il completamento del percorso residenziale. Gli inserimenti devono pertanto essere disposti dai servizi, pubblici o privati, (NOA, SER.T., SMI) con i quali vengono definiti gli obiettivi, il tempo di permanenza e il progetto post-residenziale. L’assenza di un servizio inviante in grado di effettuare un lavoro precedente all’inserimento in comunità e preparatorio allo stesso risulta essere un fattore prognostico negativo per l’esito del trattamento stesso.

Un percorso destinato a pazienti alcolisti non può esaurirsi in un semplice percorso educativo ma necessita di interventi differenziati di tipo specialistico e multidisciplinare; non può prescindere, ad esempio, da una consulenza psichiatrica e farmacologica e dall’utilizzo di strumentazione diagnostica (quali ad esempio test validati) per la valutazione delle risorse cognitive ed emotive dei pazienti. L’esperienza comune conferma la validità di un percorso costruito per “moduli” e per obiettivi, maggiormente centrato sulla persona anziché sulla standardizzazione del percorso.

Non ha significato stabilire a priori la durata di un percorso (sei mesi o due anni ad esempio), poiché tale durata è estremamente variabile a seconda delle caratteristiche della persona, del livello di dipendenza, della concomitanza eventuale di problemi sanitari, sociali, penali, psichiatrici.

Provando a sintetizzare possiamo tenere in considerazione tre concetti:

- I presupposti che guidano l’intervento nella comunità specialistica considerano l’alcolismo un disturbo “sistemico” che coinvolge l’individuo, la famiglia ed anche i sistemi altri in cui la persona è inserita e dunque l’intervento si deve svolgere a livello individuale, familiare e sociale
- Per differenziare il tipo di intervento con specifica attenzione ai molteplici fattori determinanti la condotta di dipendenza, è necessario offrire una variabilità di trattamento terapeutico con tempi di permanenza e percorsi adattati alle varie tipologie di alcoldipendenti



- L'ottica di un intervento multimodale ed integrato ci pone come anello di una catena terapeutica di cui già fanno parte altre realtà significative nel trattamento dell'alcolismo, i servizi pubblici e privati e le varie associazioni di autoaiuto (CAT e Alcolisti Anonimi).

La comunità terapeutica specialistica per alcolisti si caratterizza per:

- la formazione specifica del personale
- la multidisciplinarietà del gruppo di lavoro (sono previsti educatori, psicologi, psichiatri, medici e infermieri, spesso affiancati da altre figure professionali con diverse specificità)
- l'offerta terapeutica, che comprende una serie di attività specifiche e programmi fortemente personalizzati (moduli di intervento)
- Il collegamento con la rete territoriale dei servizi
- Un sistema di cura flessibile e in grado di acquisire in continuazione elementi nuovi per dare risposte terapeutiche a un fenomeno in rapido cambiamento.

All'interno del percorso comunitario è opportuno, per la differenziazione dei trattamenti, procedere ad una attenta osservazione dei pazienti, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- Percezione del proprio disagio
- Tipologia della domanda di aiuto in relazione all'assetto difensivo e ai meccanismi relazionali implicati
- Tonalità emotiva della domanda d'aiuto
- Significato soggettivo attribuito all'uso di sostanza
- Competenza emotiva
- Stili di coping
- Permeabilità alla destrutturazione
- Alleanza terapeutica
- Locus of control
- Autoefficacia
- Compresenza di distorsioni cognitive
- Meccanismi di difesa
- Disturbi di personalità

Sulla base di queste osservazioni si può procedere alla classificazione dei pazienti ad alta e bassa evolutività, intendendo per alta evolutività il gruppo di pazienti per i quali, nel periodo di osservazione, appare ipotizzabile un percorso di cambiamento volontario della condizione di dipendenza. Il progetto trattamento sarà, in quel caso, orientato al cambiamento.

Per il gruppo a bassa evolutività ci riferiamo ai pazienti per i quali si ipotizza che un cambiamento volontario della condizione di dipendenza non sia nell'immediato



perseguitabile o/e ai pazienti che presentano importanti problemi di area psichiatrica, gravi disturbi di personalità e/o pesanti condizioni di degrado sociale. Il progetto trattamentale in quel caso sarà prevalentemente supportivo.

## 2. L'accesso alla comunità

L'accesso ai Servizi residenziali e semiresidenziali accreditati avviene a seguito del rilascio di una certificazione del Servizio Pubblico (Ser.T.) che attesta, dopo la fase diagnostica e di definizione del programma terapeutico, la necessità di inserimento nella specifica tipologia di servizio.

Le indicazioni per un trattamento in comunità terapeutica dovrebbero essere:

- Difficoltà al trattamento “territoriale”
- Scarsa motivazione al cambiamento. Mancanza di “leve” terapeutiche
- Famiglia assente o non collaborante
- Ripetuti tentativi falliti, ripetute ricadute
- Poliabuso (farmaci, cocaina, eroina, gioco d'azzardo patologico)

Tutti gli autori concordano nel ritenere che i programmi dovrebbero essere più brevi ed eventualmente ripetuti. La brevità, peraltro da valutare caso per caso, sarebbe legata al fatto che l'alcolista abbia vissuto in maniera più o meno normale prima di divenire dipendente o abusatore di alcol e che abbia dunque acquisito in misura maggiore rispetto al tossicodipendente, alcune abilità sociali che vengono recuperate nel tempo con l'astinenza protratta.

Tutto ciò è vero, se vogliamo utilizzare la classificazione di Cloninger, per gli alcolisti di tipo I, (caratterizzato da una personalità tipicamente ansiosa e da un rapido sviluppo di tolleranza e dipendenza dagli effetti anti-ansia della sostanza, che lo inducono a perdere il controllo del potus) piuttosto che per i soggetti di tipo II (che trovano nel consumo di alcol un rinforzo positivo, dovuto ai suoi effetti stimolanti ed euforizzanti, correlato alla loro innata tendenza ad esplorare sensazioni nuove), per quanto l'appartenenza all'uno o all'altro gruppo spesso sia di difficile definizione con i pazienti della comunità.

La scelta stessa, da parte dei Servizi invianti, di utilizzare o meno un certo tipo di comunità è fortemente influenzata da vari fattori e dal diverso approccio al tema che i Servizi hanno a loro volta. Gli elementi (impliciti ed espliciti) che abbiamo individuato e che determinano la scelta di un orientamento piuttosto che un altro sono numerosi, ma in particolare:

- Orientamenti metodologici e strumenti utilizzati
- Professionalità presenti
- Esperienza degli operatori
- Consapevolezza da parte degli operatori del proprio rapporto con l'alcol

Inoltre alcuni Servizi tendono ad interpretare l'invio in comunità come una delega a terzi per la gestione di pazienti particolarmente problematici. Va qui sottolineato che l'utilizzo attuale delle comunità terapeutiche, in un contesto di gravi e crescenti difficoltà personali e familiari dei cittadini, ma anche di impoverimento sia quantitativo sia qualitativo dei servizi pubblici, rischia di diventare il contenitore (spesso l'unico reperibile) per situazioni di disagio grave.

La comunità, a maggior ragione quella specialistica in quanto più attrezzata sul piano delle competenze e metodologico, viene spesso sollecitata ad accogliere situazioni di emarginazione tanto gravi da non trovare risposta nella rete territoriale dei servizi. La presenza di una diagnosi di alcolismo rende accessibile l'ingresso in comunità a pazienti le cui problematiche vanno a costituire un quadro estremamente complesso.

Schematicamente proviamo a riassumere alcune delle caratteristiche maggiormente riscontrate nelle richieste di inserimento in comunità:

- Gravi disturbi mentali o turbe comportamentali (pazienti antisociali, borderline, disturbi narcisistici di personalità, disturbo bipolare, depressione grave, sex offenders). A questo proposito dobbiamo sottolineare come l'uso di alcol e la relazione con patologie psichiatriche sia spesso di non facile inquadramento, in quanto molti disturbi mentali possono essere sia all'origine sia conseguenti all'alcoldipendenza. Pensiamo quindi che vi sia una relazione di tipo circolare nei due fenomeni che si influenzano e si aggravano reciprocamente.
- Grave disagio sociale (homeless, migranti, situazioni di cronica esclusione dal mercato del lavoro, detenzioni, indigenza grave)
- Serie patologie organiche (diabete mellito, malattie cardiovascolari, neuropatie, tumori, epatocirrosi).

Non è infrequente la presenza di più di una di queste problematiche, in pazienti di età compresa tra i 45 e i 65 anni, privi di supporti familiari, non collocabili in strutture per anziani e incapaci di livelli sia pur minimi di autonomia.

Gli aspetti sociali più evidenti nella casistica che afferisce alle comunità sono così riassumibili (e per molti versi drammatici):

- Mondo del lavoro: assenteismo, improduttività, perdita del lavoro (95%) e conseguente perdita totale o parziale di reddito
- Famiglia: conflitti, separazioni, violenze, maltrattamento dei minori (32% rispetto alla famiglia acquisita, 41% rispetto alla famiglia d'origine)
- Rapporti sociali: isolamento, aggressività, criminalità (43%)
- Invalidità: malattie croniche (57%).

## Conclusioni

L'esiguità del ricorso alla comunità terapeutica come strumento per affrontare le problematiche alcol correlate, imputabile per certa parte al maggiore impegno economico che questo intervento comporta, e le caratteristiche dei pazienti più sopra descritte, fanno comunque di questo intervento uno strumento di nicchia, ad elevata specializzazione, in grado di fornire risposte adeguate a problematiche complesse.

Queste strutture, attive da una decina di anni, hanno sviluppato una serie di osservazioni e di sperimentazioni differenziate sul territorio nazionale caratterizzate da uno studio accurato del fenomeno e da una continua ricerca di strumenti innovativi che consentissero l'approccio, il più efficace possibile, ad una tematica che è non solo in continua evoluzione, ma che muta con il mutare delle condizioni socio economiche, del mercato e del clima culturale del contesto.

Va comunque ribadito che nessun intervento, per quanto sofisticato, risulta efficace in assenza di una rete di supporto. L'impoverimento complessivo delle reti in grado di garantire una continuità terapeutica rischia di trasformare queste strutture in un "cimitero degli elefanti", snaturandole e generando un serio rischio di implosione. La sensazione di assedio e di impossibilità di fare fronte alle pressanti richieste, data l'esiguità dei posti letto a disposizione, nonostante le capacità e le competenze dei gruppi di lavoro, costituiscono ulteriore elemento di preoccupazione.

## Bibliografia

- Bossi M., Rossin M.R., *Alcolismo e comunità terapeutiche*, Prospettive Sociali e Sanitarie n.7, luglio 2012
- Canali S., *Storia e critica del concetto di tossicodipendenza*, Università degli Studi di Cassino, Corso di laurea in Scienze della comunicazione
- Canali S., *Alter ego, droga e cervello*, Edizioni del Centro per la Diffusione della Cultura Scientifica, Università degli Studi di Cassino, 1995
- Cibin M., Marin G., Pedroni F., Hinnenthal I., Ravera R., Bozzola P., Guelfi G.P., *I programmi residenziali nel trattamento integrato dell'alcolismo*
- Hinnenthal I., Laki Z., Ardisson G., *Psicotraumatologia e neuroplasticità. Presupposti teorici per la gestione clinica nel trattamento residenziale per alcolisti con poliabuso*, in Lucchini A., Nava F., Manzato E., *Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista*, Milano, Franco Angeli, 2008
- Hinnenthal I., Cibin M., *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina. Il modello Soranzo*, Torino, Seed, 2011
- Iraci Sareri G., Toniaccini S., *Alcol e residenzialità: trattamento residenziale per alcolisti*, Centro di Seravalle Pistoiese
- Janiri L., Calvosa F., Dario T., *Il "craving" nell'alcolismo*
- Lombardo A., *La comunità psicoterapeutica. Cultura, strumenti, tecnica*, Milano, Franco Angeli, 2007
- Lombardo A., in Lettera aperta, *Due indicatori di qualità indispensabili per l'accreditamento qualitativo delle comunità terapeutiche*

Lucchini A., Strepparola G., *Modelli di intervento in alcologia. L'esperienza e le indicazioni operative condivise dagli operatori pubblici e privati in Lombardia*, Milano, Franco Angeli, 2010

Lucchini A., Nava F., Manzato E., *Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista*, Milano, Franco Angeli, 2008

Manera E., Hinnenthal I., Cibir M., *Il trattamento residenziale degli alcolisti in Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista*, Lucchini, A., Nava, F., Manzato E. (a cura di), Milano, Franco Angeli, 2008

Pavarin R., Mosti A., *Alcol e alcolismo in Emilia Romagna*, Bologna, Clueb, 2009

Rossin R., Longoni B., Gini P., Giunta M., *Il Problema alcol, comprendere e aiutare chi beve troppo*, Rozzano, Ceaedizioni, 2009

Zavan V., Bernardi C., Suardi L., Segantin C., Cibir M., Marin G., *Ricovero riabilitativo, comunità terapeutica e strutture intermedie nel trattamento dell'alcolismo*, Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo anno XXIV,

ASL BRESCIA

# La rete territoriale: i Gruppi di Auto Aiuto

# 18

## 1. Alcolisti Anonimi - AA

**Valeria Zavan**

### 1. L'auto aiuto: ruolo e significato nel contesto moderno

L'auto aiuto, di per sé, costituisce parte di quella realtà territoriale considerata unanimemente una risorsa dal sistema istituzionale: difatti il riconoscimento della rete delle organizzazioni no profit fa capo al Ministero per le Politiche Sociali che attualmente monitora il cosiddetto “terzo settore”. Questo riconosce formalmente le associazioni regolarmente iscritte in appositi registri, dove sono presenti ad oggi le maggiori associazioni di gruppi di auto aiuto e di volontariato per il problema alcol che insistono sul territorio nazionale: AICAT, Alcolisti Anonimi (A.A.) e familiari di Alcolisti Anonimi (Al-Anon).

Ma al di là dell'importante riconoscimento formale, l'auto aiuto, nelle sue forme attuali, ha assunto tutte le caratteristiche di “movimento”, inteso come una moderna lettura della comunità territoriale come luogo di azione per una cittadinanza attivamente protagonista della risoluzione dei propri problemi e della gestione dei propri bisogni.

Il mondo dell'auto aiuto, anche se l'auto aiuto come idea esiste da sempre come elemento aggregante della società, è perciò una enorme galassia di piccole o grandi aggregazioni volontarie, autonome ed indipendenti, di liberi cittadini che si riconoscono in un interesse comune e che col sistema istituzionale, specialmente sanitario, come noi lo conosciamo, intrattengono relazioni di collaborazione e/o di contrapposizione (teoria della sostituzione e/o dell'affiancamento) mutevoli nel tempo in funzione di interessi comuni.

Il movimento dell'auto aiuto ha sviluppato nel corso del tempo una crescente consapevolezza e complessità organizzativa: si veda ad esempio la nascita delle Clearinghouses (Clearing House: concetto proveniente dalla finanza ma che assume anche il significato letteralmente di “una organizzazione centralizzata che raccoglie e mette a disposizione/invia informazioni per altre persone od organizzazioni”<sup>1)</sup>) e, un esempio su tutti, le associazioni A.M.A. (AutoMutuoAiuto) in Italia.

---

1 - Cambridge dictionary

È in tale visione complessiva quindi che si inquadrano i gruppi di auto aiuto in Alcologia, il cui senso non è di “fenomeno isolato” dedicato al recupero di persone con problemi di alcol, bensì l’espressione di un pensiero più globale ed evolutivo del ruolo del cittadino nella riappropriazione della propria centralità nella gestione del percorso di cura o di “recupero” (empowerment) e di cui le associazioni che si occupano di alcol sono state antesignane ed apripista.

Pur avendo una diffusione ed un ritardo di evoluzione storica rispetto ai paesi anglosassoni, i gruppi di auto aiuto nei problemi di alcol hanno perciò originalità di tema e di metodo, ma sono anche una specifica espressione del mondo dell’auto aiuto che per altro hanno fortemente contribuito a far nascere volontariamente od involontariamente, e che comprende una visione più vasta dell’economia sociale di un territorio.

## **2. Auto aiuto e gruppi di auto aiuto: peculiarità e caratteristiche**

L’auto aiuto ha come specifica di essere orientato alla comprensione e gestione di distinte problematiche personali o sociali attraverso il coinvolgimento di soggetti direttamente o indirettamente interessati dalle stesse.

La caratteristica dell’auto-mutuo-aumento, come dice la parola, è l’aiutare sé stessi in un rapporto di reciprocità e mutualità con altri portatori dello stesso problema: nel mondo anglosassone esso viene definito “self mutual help” (SMH) o più semplicemente “self-help” (SH)<sup>2</sup>.

Nel SH l’esperienza individuale viene resa disponibile attraverso la condivisione, vengono messi a disposizione del singolo elementi già elaborati da altri e finalizzati alla gestione del problema nel minor tempo e nel miglior modo possibile.

Questa è la prima ragione per cui il gruppo è da considerarsi uno degli strumenti principe nel SH: l’utilizzo dello strumento-gruppo serve, sostanzialmente, a comunicare l’esperienza individuale e a renderla collettiva. Ciò accade in uno scambio tra pari, in cui ogni esperienza ha valore. L’elaborazione collettiva dell’esperienza viene estrinsecata in forma di metodo (nel nostro specifico il metodo houdoliniano ed il metodo 12 Passi).

La seconda ragione per cui lo strumento-gruppo è strumento fondamentale nel SH è perché questo è in grado, attraverso il metodo ed l’identificazione esperienziale, di aiutare l’individuo a gestire ed elaborare la componente emotiva collegata al problema: i membri dei gruppi si forniscono reciprocamente supporto e strategie per fronteggiare momenti di difficoltà, anche acuti. La condivisione attutisce il senso di solitudine spesso prima provato e l’esperienza positiva di altri sostiene il cambiamento (autoefficacia).

---

2 - Humphreys K *Self-help organizations for alcohol and drug problems: Towards evidence-based practice and policy*, Workgroup on Substance Abuse Self-Help Organizations, 2003

*“ I gruppi di auto aiuto sono associazioni di persone, perlopiù a carattere volontario, più o meno strutturate, le cui attività mirano a controllare e superare disordini e problemi psicologici o sociali di cui soffrono loro stessi o i propri parenti. Il loro scopo è quello di apportare un miglioramento delle condizioni di vita personale, spesso, anche cambiamenti nell’ambiente politico e sociale. Il gruppo costituisce un mezzo per porre fine all’isolamento esterno (sociale) e interno (personale). La conoscenza e l’esperienza costituiscono le fondamenta dei loro atti. Pertanto, essi si distinguono da altre forme di volontariato o azioni di cittadini. I gruppi di auto aiuto non vengono gestiti da professionisti, anche se molti di essi si avvalgono dell’ aiuto di questi per aree di lavoro specifiche”(Peter Gielen - European Expert Meeting on Self-Help Support di Oslo -2005)<sup>3</sup> .*

Le caratteristiche fondamentali dei gruppi self help formali sono riassunte nella Tabella 1.

**Tab. 1 - “Caratteristiche dei gruppi Self Help”**

**Caratteristiche comuni e peculiari dei gruppi SH**

Presenza di un problema comune

Parità tra i membri

Gratuità della partecipazione

Assenza di personale professionista

Approccio esperienziale

Sostegno reciproco dei membri

**3. I gruppi self-help in alcologia: associazioni e metodi**

I gruppi per i problemi di alcol più diffusi in Italia sono, come già accennato, Alcolisti Anonimi (A.A.), i loro familiari (Al-Anon)<sup>4</sup> ed i Club per Alcolisti in Trattamento (CLUB) che seguono come metodo i 12 Passi ed il metodo ecologico-sociale rispettivamente. In questa sede si tratterà dei gruppi 12 Passi.

Per quanto riguarda i “Gruppi 12 Passi”, essi sono una gamma di associazioni presenti anche in Italia (tabella 2), nominate dai loro membri “fratellanze”. A.A. è la capostipite ed associazione madre da cui sono derivati i programmi di tutte le altre.

E importante essere a conoscenza, come professionisti, della presenza nel territorio anche delle altre associazioni 12 Passi, in primo luogo per l’aumento evidente di persone con problemi multipli o subentranti che abbisognano di programmi diversificati e, in secondo luogo, per la crescente “trasmigrazione” spontanea od utilizzo contemporaneo da parte dei membri di riunioni di più fratellanze.

3 - Focardi F, Gori F, Raspini R (a cura di), *le esperienze di self-help in Europa, Coordinamento Regionale Toscana dei Gruppi di Auto Aiuto*, Fondazione Istituto Andrea Devoto, 2006 ([www.cesvot.it/repository/cont\\_schedemm/2197\\_documento.pdf](http://www.cesvot.it/repository/cont_schedemm/2197_documento.pdf))

4 - Allamani A., Cameron-Curry A., Zavan V., Cibin M., Jean G., *Alcoholics Anonymous in Italy. An overview*, Alcologia, XII, 2, 61-66, 2000

Tab. 2 - Fratellanze “12 Passi” presenti in Italia

Associazioni 12 Passi Associazione madre	Acronimo	Associazioni 12 Passi familiari Associazione madre	Acronimo
Alcolisti Anonimi (AA Italia, 1972) (Alcoholics Anonymous, 1935)	A.A.	Familiari ed amici di Alcolisti Anonimi (Familiari di Alcolisti Anonimi Italia, 1976; AlAteen AlAnon, 1951) comprendono gruppi per figli piccoli e figli adulti	AlAnon AlAteen ACoA
Narcotici Anonimi (Narcotics Anonymous, 1947)	N.A.	Familiari Anonimi (Families Anonymous)	FA
Cocainomani Anonimi (Cocaine Anonymous, 1982)	C.A.		
Giocatori Anonimi (Gamblers Anonymous, 1957)	G.A.	Familiari ed amici di Giocatori Anonimi	Gam- Anon
Debitori Anonimi (Debtor Anonymous, 1987)	D.A.		
Imprenditori e Debitori Anonimi (Business and Debtors Anonymous, BDA)	BoDA		
Mangiatori Compulsivi Anonimi (Overeaters Anonymous, 1960)	O.A.		
Codipendenti Anonimi Italia, 1992 -2004) (Codependent Anonymous, 1986)	CoDA		
Emotivi Anonimi (Emotions Anonymous, 1971)	E.A.	Non pare esistere un'associazione indipen- dente di familiari	EAnon
Sex and Love addiction Anonymous	SLAA		
Nicotina Anonimi (Nicotine Anony,ous)	Nic A		

Le maggiori hanno sempre presente la parallela associazione di familiari ed amici, mentre per quelle di più recente fondazione spesso non si trova un corrispettivo, a volte perché non esistente, a volte semplicemente perché non presente nel territorio; va segnalato comunque come queste siano associazioni indipendenti ed autonome, seppur nello stesso campo di interesse. Quelle citate sono associazioni ed organizzazioni SH specificamente dedicate e strutturate in network di importanza nazionale ed internazionale, ma una miriade di altri gruppi di auto aiuto esistono e lavorano costantemente anche in piccoli ambiti locali.

All'estero esistono anche organizzazioni di gruppi SH dedicati con una tradizione maggiormente secolarista tra le quali Women for Sobriety, SMART Recovery, SOS – Secular Organization for Sobriety, Moderation Management<sup>5</sup>.

#### 4. Chi va ai gruppi 12 passi e chi invia: analisi di un fenomeno

Nell'ultima relazione al Parlamento<sup>6</sup> nel 2012 gli alcolodipendenti in carico ai ser-

5 - Humphreys K, *Self-help organizations for alcohol and drug problems: Towards evidence-based practice and policy*, Workgroup on Substance Abuse Self-Help Organizations, 2003



vizi specialistici risultavano essere 69.770. Di questi solo il 7,4% era approdato ad un gruppo SH, nonostante il 55% dei Servizi avesse dichiarato di aver collaborato con i CLUB ed il 40,3% con gli A.A.. Più stretto risulta il rapporto con i CLUB (attualmente con circa 2000 gruppi), ma per quanto riguarda i 450 gruppi di A.A. in Italia, l'arrivo nel gruppo percorre per lo più vie diverse dall'invio specialistico.

Questo dato è confermato dalle indagini di A.A. Italia sui propri membri, indagini che, per la natura di A.A. (volontarietà della partecipazione, rispetto dell'anonimato), descrivono ovviamente solo un campione parziale e non A.A. nel suo complesso.

Nell'ultima indagine in A.A. difatti, (del 2011 su 765 membri, ma con rilevazioni molto simili ad una precedente indagine del 2009 su un campione molto maggiore) si evidenzia come meno del 30% è venuto a conoscenza dei gruppi da un professionista e, tra questi, meno del 7% dallo specialista delle dipendenze. Circa 1/3 era arrivato, comunque, tramite un professionista, mentre la maggior parte aveva conosciuto e contattato A.A. tramite un familiare/un amico (33,3%), o un altro A.A. (15%). L'approccio attraverso i media vedeva la prevalenza dei giornali o altra forma cartacea (7,4%), della televisione/radio (3,1%), di internet (2,6%) per un totale complessivo del 13,1%. Si consideri la differenza con il Regno Unito, dove, nella rispettiva indagine del 2010 (un migliaio di aderenti su circa 4.000 gruppi-comunicazione personale) l'arrivo in A.A. è mediato da un membro di A.A. prima di tutto (31%), da un contatto telefonico (ben il 20%), ma in modo residuale da un familiare Al-Anon (2%), mentre i servizi specialistici partecipano per il 13%. L'ultima indagine condotta negli Stati Uniti d'America (2011 su circa 8.000 membri) ricalca in parte questo andamento, con un arrivo mediato da un A.A. nel 35% dei casi e da un familiare o amico nel 28%; i professionisti della salute partecipano per il 7% e vi è un interessante 12% di invio su prescrizione del tribunale e del 4% da parte del datore di lavoro o di un collega.

Un atteggiamento più "tiepido" nei confronti di A.A. lo si ritrova comunque in diversi paesi europei, diversamente dagli USA dove invece già nel 2003 il 18% della popolazione aveva fatto ricorso in qualche momento della vita ad un gruppo SH per problemi di dipendenza, il 7% nel corso degli ultimi 12 mesi<sup>7</sup> e dove A.A. costituisce di fatto il principale sistema di aftercare.

Laudet e Vederhus<sup>8</sup>, analizzando gli ostacoli nell'avvio ai "12 Passi" in professionisti delle dipendenze norvegesi rispetto a colleghi americani, hanno trovato tendenza

6 - Ministero della Salute Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione, Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio VII, *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 alcolcorrelati", anno 2013*

7 - Humphreys K, *Self-help organizations for alcohol and drug problems: Towards evidence-based practice and policy*, Workgroup on Substance Abuse Self-Help Organizations, 2003

8 - Vederhus JK, Kristensen Ø, Laudet A, Clausen T, *Attitudes towards 12-step groups and referral practices in a 12-step naive treatment culture; a survey of addiction professionals in Norway*, BMC Health Serv Res.; 9: 147, 2009

al non invio nei norvegesi di pazienti con problemi psichiatrici (42%) o con scarsa motivazione all'astensione (28%). Altra ragione era la non condivisione di caratteristiche del formato o di contenuti specifici (17%) del gruppo, tra cui la spiritualità. Ostacoli venivano ritenuti anche l'intensità degli incontri (80%), gli aspetti religiosi (70%), il rischio di dipendenza dal gruppo (64%), l'enfasi sull'impotenza (53%), tutti fattori significativamente diversi nell'analogo statunitense. In ogni caso la conoscenza di A.A. in quanto organizzazione, pratica, modalità di contatto e partecipazione al gruppo era nel complesso moderata, in particolare rispetto alla organizzazione, in parte confusa (54%) con il modello professionale "Minnesota".

Un'indagine pilota effettuata con lo stesso questionario su 69 operatori delle dipendenze italiani<sup>9</sup> ha evidenziato che, nonostante la dichiarazione di utilità dei gruppi (valore 7,5 su 10), solo il 36% inviava ai gruppi SH con una moda del 10% ed un range 0-100. Tra i rispondenti il 69% li riteneva una valida aggiunta al trattamento, ma solo il 29% li riteneva decisivi. Inoltre essi percepivano un basso interesse dei loro livelli organizzativi alla collaborazione con questa tipologia di gruppi (punteggio 6/10), bassa anche nei colleghi norvegesi. Una serie di difficoltà sembrano essere connesse ad una generale difficoltà dei professionisti e dei sistemi istituzionali ad instaurare un adeguato e corretto rapporto col mondo dell'autoaiuto per un differente approccio ai problemi, per la scarsa conoscenza della unicità del metodo dell'utilità ai fini di una possibile potenziale diminuzione del carico di lavoro professionale.

## **5. A.A. e AL-ANON: Un programma di recupero fatto in 12 passi**

### **5.1 Alcolisti Anonimi**

Per sapere cos'è A.A. ed in che modo funziona è più corretto far riferimento a come essa stessa si definisce ed alla sua letteratura (cioè ai testi che fungono da guida ai membri ed alla vita associativa), piuttosto che darne una lettura esterna che potrebbe non far cogliere gli aspetti fondamentali che la caratterizzano: A.A. come associazione possiede un proprio linguaggio ed ogni parola o concetto ha uno specifico significato all'interno di un programma orientato sia a perseguire il recupero personale che il benessere dell'associazione.

A.A., in quello che viene chiamato enunciato e che apre ogni riunione, si definisce come "un'associazione di uomini e donne che mettono in comune la loro esperienza, forza e speranza al fine di risolvere il loro problema comune e di aiutare altri a recuperare dall'alcolismo". Lo scopo primario di ogni membro e dell'associazione tutta è "portare il messaggio ad altri alcolisti che soffrono" per "rimanere sobri e aiutare altri alcolisti a raggiungere la sobrietà" (letteratura A.A.).

---

9 - Zavan V., Scuderi P., *Perception of the Role of Spirituality and Religiosity in the Addiction Treatment Program Among the Italian Health Professionals: A Pilot Study*, Substance Use & Misuse, 48, 2013, 1157-1160

È questa la natura del problema che A.A. riconosce come alcolismo: quello di una “malattia fisica, psichica e spirituale” progressiva e mortale se non fermata con l’astensione, governata dalla compulsione che si innesca con il primo bicchiere e che impedisce di fermarsi.

Un membro che si riconosce in A.A. riconosce perciò l’importanza della perdita di controllo come elemento caratterizzante la malattia.

Il riconoscimento della malattia è un’autodiagnosi, assolutamente personale, fondata sul riconoscimento della persona interessata della propria compulsione al bere e sull’ingovernabilità della propria vita che da questo ne è derivata.

È importante comprendere che nel linguaggio di A.A. i termini malattia, compulsione, perdita di controllo, non hanno necessariamente lo stesso significato che viene loro attribuito dalle fonti scientifiche ufficiali: se il concetto di malattia o di compulsione, per come è inteso da un A.A., corrisponda o meno ai criteri OMS o ad altro non è materia di competenza, né tema su cui l’associazione possa esprimere un’opinione.

Tale presa di posizione appare particolarmente significativa nel delineare il modo in cui A.A. si rapporta al mondo istituzionale e scientifico, chiarendo così i rispettivi ambiti di azione.

Il metodo attraverso il quale un alcolista può fermare una malattia con delle caratteristiche così complesse, fisiche psichiche e spirituali, è quello di seguire un programma, scandito in 12 Passi, che è poi quel “programma 12 Passi” che da sempre identifica questo tipo di gruppi (Twelve Steps Program). Il percorso di recupero si articola in 12 Passi progressivi, iniziando dall’ammissione di impotenza rispetto all’alcol (1° Passo). I passi successivi, dall’affidamento ad un Potere Superiore (2° e 3° Passo), all’inventario morale personale con conseguente ammenda (4°, 5°, 8° e 9° Passo) continuamente rivista e mantenuta nel tempo con l’aiuto del Potere Superiore (10° e 11° Passo), servono per modificare quei difetti di carattere (6° e 7° Passo) che sono alla base e mantengono la malattia. Il programma progressivamente va oltre il mantenimento dell’astensione, diventando quindi di fatto un programma di vita, ottenuto attraverso un lavoro onesto, consapevole e responsabile. Il termine ultimo del programma è quel 12° Passo, fine ultimo dell’associazione, che rende partecipe di questa esperienza di risveglio spirituale un altro alcolista che soffre, al fine di mantenere il proprio recupero, di iniziare quello di un altro, ed alla fin fine di partecipare al benessere dell’associazione nel suo complesso.

Il programma nella forma integrale è riportato in Tabella 3.

Va sottolineato come il concetto di Potere Superiore in A.A., espressamente definito come un potere “come ogni uno può concepirlo”, un potere più grande di noi a cui far riferimento, non sia un concetto religioso bensì spirituale, anche quando viene

---

**Tab. 3 – Il programma di A.A.: i 12 Passi (Twelve Steps Program)**

- 1) Abbiamo ammesso di essere impotenti di fronte all'alcol e che le nostre vite erano divenute incontrollabili.
  - 2) Siamo giunti a credere che un Potere più grande di noi potrebbe ricondurci alla ragione.
  - 3) Abbiamo preso la decisione di affidare le nostre volontà e le nostre vite alla cura di Dio, come noi potremmo concepirLo.
  - 4) Abbiamo fatto un inventario morale profondo e senza paura di noi stessi.
  - 5) Abbiamo ammesso di fronte a Dio, a noi stessi e a un altro essere umano, l'esatta natura dei nostri torti.
  - 6) Eravamo completamente pronti ad accettare che Dio eliminasse tutti questi difetti di carattere.
  - 7) Gli abbiamo chiesto con umiltà di eliminare i nostri difetti.
  - 8) Abbiamo fatto un elenco di tutte le persone cui abbiamo fatto del male e siamo diventati pronti a rimediare ai danni recati loro.
  - 9) Abbiamo fatto direttamente ammenda verso tali persone, laddove possibile, tranne quando, così facendo, avremmo potuto recare danno a loro oppure ad altri.
  - 10) Abbiamo continuato a fare il nostro inventario personale e, quando ci siamo trovati in torto, lo abbiamo subito ammesso.
  - 11) Abbiamo cercato attraverso la preghiera e la meditazione di migliorare il nostro contatto cosciente con Dio, come noi potremmo concepirLo, pregandoLo solo di farci conoscere la Sua volontà nei nostri riguardi e di darci la forza di eseguirla.
  - 12) Avendo ottenuto un risveglio spirituale come risultato di questi Passi, abbiamo cercato di portare questo messaggio agli alcolisti e di mettere in pratica questi principi in tutte le nostre attività.
- 

utilizzato il termine Dio. Spesso il programma di A.A. viene inteso e creduto un programma religioso, e non spirituale come in effetti è, per la semplice ragione che vi è la tendenza da parte dei membri di far coincidere il Potere Superiore col proprio credo, che diviene Dio nei paesi di cultura cattolica. Che il concetto di Potere Superiore abbia poco a che fare con una specifica religione è dimostrato dalla diffusione del programma 12 passi con ben 114.000 gruppi nel mondo.

### **5.2 Una riunione di Alcolisti Anonimi**

Per partecipare ad una riunione di A.A., basta semplicemente desiderare di smettere di bere. Chi decide di frequentare una riunione potrà presentarsi all'ora prestabilita, senza appuntamento. Non è necessario frequentare sempre lo stesso gruppo, anche se la maggioranza degli A.A. riconosce un gruppo di appartenenza. L'accesso è libero e volontario. All'apertura, in una stanza dove vi sono solo persone col problema (detta "riunione chiusa") sedute generalmente in cerchio, sentirà leggere l'enunciato e la dichiarazione di anonimato, ovvero l'impegno dei presenti a non esprimere le generalità, a parte il nome proprio, e alla conservazione del segreto sulle cose sentite durante la riunione. Non vi sarà un leader o conduttore, ma un "facilitatore" degli interventi che

viene designato a rotazione, con preferenza per i più anziani, e che proporrà il tema della serata espresso attraverso la lettura di un brano tratto dalla letteratura.

Gli interventi saranno riflessioni individuali espresse attraverso l'esposizione dell'esperienza personale sul tema, senza dibattito od interazioni dirette tra i partecipanti.

Il principio di libertà del programma si incentra sulla libera scelta dei membri di decidere cosa utilizzare per il proprio recupero dell'esperienza condivisa, che serve al partecipante a seguire il programma e le indicazioni dei Passi.

Ad un certo punto della riunione passerà la raccolta della cosiddetta "settimana" ovvero del contributo economico volontario fatto in modo privato da ogni membro, che costituisce la base di mantenimento di un'associazione che per tradizione non può ricevere contributi esterni. È perciò una associazione che si auto mantiene ed in tal senso il messaggio spesso sentito che A.A. è gratuita è un'imprecisione: lo è sicuramente per le istituzioni, ma non per i suoi membri anche se il contributo è volontario e lasciato al senso di responsabilità personale.

L'astinenza viene concepita come una scelta quotidiana, effettuata "24 ore alla volta" e per ricaduta viene inteso qualsiasi uso di alcol. La riunione si chiude con la lettura della "preghiera della serenità".

Esistono anche riunioni aperte, come le Pubbliche Informazioni, in cui chiunque può partecipare, anche i professionisti, che sono considerati nel complesso amici di A.A.

### 5.3 Al-Anon

È l'associazione dei familiari ed amici di A.A., che vede al proprio interno articolazioni specifiche e meno diffuse dei figli minori (AlAteen) e dei figli adolescenti e giovani adulti di alcolisti (ACA). Le riunioni Al-Anon si tengono in 112 paesi. Ci sono 28.000 gruppi Al-Anon e 3.000 gruppi Alateen nel mondo.

I familiari quindi fanno un percorso parallelo ma distinto, fondato comunque su un adattamento al proprio personale problema del programma 12 Passi. Anche da un punto di vista organizzativo mutuano nella sostanza A.A.

### 6. Non solo 12 passi: i tre legati e l'organizzazione di A.A.

Il logo di A.A., simbolo di A.A. Italia su concessione dell'associazione madre, è un triangolo inscritto in un cerchio. Tale logo porta scritto sui tre lati quelli che vengono definiti da A.A. i tre pilastri, o legati, su cui poggia l'associazione: recupero, unità e servizio. Pur essendo il singolo gruppo la base imprescindibile dell'associazione, luogo in cui avviene il RECUPERO (Primo legato) e da cui tutto parte, vi è contemporaneamente la necessità di mantenere l'UNITA' (secondo legato) e una efficiente organizzazione da parte dei membri attraverso il SERVIZIO (terzo legato). I suggerimenti dati ai membri per ognuno di questi aspetti sono contenuti nel "Programma 12 Passi"

per quanto attiene al recupero, nelle 12 Tradizioni per quanto attiene all'unità, e nei "12 Concetti" per quanto attiene al servizio. Le "12 Tradizioni" regolamentano i rapporti con l'esterno, suggerendo cosa A.A. può o non può fare (autonomia dell'associazione, rapporto tra gruppi e tra gruppi ed istituzioni, rapporto col denaro ed i finanziamenti, cosa esprimere o non esprimere come opinione in nome dell'associazione e infine senso dell'anonimato). I 12 Concetti esprimono suggerimenti su modo e significato del Servizio, individuale e collettivo, Servizio che ovviamente, come tutte le indicazioni in A.A., non ha solo un significato organizzativo, ma anche un forte significato spirituale con lo scopo ultimo di una crescita personale orientata al recupero "in tutti i campi della vita".

Il Servizio, effettuato a turno dai membri su base volontaria, serve quindi alla crescita individuale e alla salute organizzativa ed è suddiviso in un servizio interno (nel gruppo, nella zona, nell' Area - corrispondente ogni una circa alle nostre Regioni amministrative - e nei Servizi Generali, che hanno valenza nazionale) ed uno per aree tematiche attraverso quattro "comitati" fondamentali (interno, esterno, letteratura, internazionale) anch'essi organizzati su livelli di aggregazione subentranti. I vari livelli di servizio sono coerenti con tempo di astensione dall'alcol ed esperienza nell'associazione. L'associazione è rappresentata da un Segretario Nazionale che ne ha la responsabilità legale volontariamente rinunciando all'anonimato e che coordina un consiglio di Fiduciari nazionali. Le decisioni più importanti vengono comunque prese in un'assemblea annuale detta Conferenza, composta da membri nominati, che è riconosciuta rappresentare la coscienza collettiva di A.A. Tutta questa organizzazione comunque, per i principi di A.A., non è da intendersi come una organizzazione verticistica vincolante ma una specie di organizzazione rappresentativa, senza potere assoluto di decisione verticale se non su specifico mandato o in base alla tradizione, ma sempre sottoposta a revisione dalla base, rappresentata dalla Conferenza, e tradotta nell'immagine della organizzazione di A.A. come di una "piramide rovesciata".

### Conclusioni

I gruppi di autoaiuto sono e restano, dopo il sistema familiare e amicale, il principale sistema di sostegno territoriale agli utenti, prima dopo o durante un trattamento, costituendo a volte unica via possibile per persone che non vogliono o non hanno beneficio dai trattamenti specialistici tradizionali.

L'invio ai gruppi territoriali viene spesso inficiato da misconoscimenti e pregiudizi, da scarsa conoscenza del metodo e delle modalità di relazione con l'esterno di un'associazione che per relazionarsi con questo, si fonda fortemente sul contenuto tradizionale. Le 12 Tradizioni limitano, per la conservazione dell'associazione, molte delle azioni ritenute consuete ed ovvie nel mondo di cura ed istituzionale rendendo a volte difficile applicare il principio di A.A. di "collaborazione nel rispetto della reciproca autonomia". Inoltre non sempre le dirigenze in sanità pubblica sostengono lo sviluppo del SH con strategie globali locali, rendendo l'invio una mera volontà del singolo operatore o del singolo servizio.

Difficilmente si riesce a concepire il volontariato se non come una galassia che gira attorno al sistema di cura istituzionale, piuttosto che come un sistema autonomo ed indipendente anche quando si lavora in una logica di rete.

È perciò necessario per i professionisti - sia specialisti che generalisti - che volessero avvalersi di una tale risorsa, conoscere maggiormente modi e metodi dei gruppi 12 Passi e utilizzare le risorse messe a disposizione dai gruppi stessi come, ad esempio, il contatto diretto con l'utente e/o la famiglia: il successo nell'invio si correla con la convinzione con cui viene fatto.

Dall'altra parte i gruppi dovrebbero fornire un aiuto quanto più distribuito sul territorio, con gruppi saldamente fondati sul programma e servitori preparati, sia per un "12° Passo" che per un servizio verso l'esterno.

Diviene importante quindi prima di tutto facilitare la conoscenza per comprendere il possibile ruolo che un professionista può avere nell'incoraggiare lo sviluppo, la crescita ed il corretto rapporto con i gruppi di autoaiuto, intento finale in questo capitolo.

### Bibliografia

- Allamani A., Cameron-Curry A., Zavan V., Cibin M., Jean G., *Alcoholics Anonymous in Italy. An overview*, *Alcologia*, XII, 2, 61-66, 2000
- Cibin M., Ricci G.P., Gentile N., Bertinaria A., Zavan V., *Narcotici Anonimi: la crescita di una importante risorsa*, in *"I gruppi terapeutici nei disturbi da sostanze"*, Carraro I., Lotti V., (a cura di), 41-45, Padova, Piccin Editore, 1997
- Focardi F., Gori F., Raspini R., *I gruppi di auto aiuto. Indagine conoscitiva*, *Briciole*, n.8, Firenze, Cesvot, 2006
- Focardi F., Gori F., Raspini R., *Le esperienze di self-help in Europa*, Coordinamento Regionale Toscano dei Gruppi di Auto Aiuto, Fondazione Istituto Andrea Devoto, 2006
- Folgheraiter F., *La logica sociale dell'aiuto*, Trento, Edizioni Erickson, 2007
- Humphreys K., *Self-help organizations for alcohol and drug problems: Towards evidence-based practice and policy*, Workgroup on Substance Abuse Self-Help Organizations, 2003
- ISFOL, *Guida ai gruppi di auto-aiuto per il sostegno dei soggetti tossicodipendenti e delle famiglie*, I libri del fondo sociale europeo, Soveria Mannelli (CZ), Rubettino Editore, 2007
- Jean G., Cibin M., Pini P., Alliotto V., Bocchia M., Allamani A., Fanella F., Fedi R., Contreras L., Perazza D., Nuovo M., Zavan V., *Interazione tra servizi alcolologici e Alcolisti Anonimi (AA)*, in Allamani A., Orlandini D., Bardazzi G., Quartini A., Morettini A. (a cura di) *Libro Italiano di Alcologia*, Vol. II, Firenze, SEE, 283-288, 2004
- Noventa A., *I gruppi di auto-mutuo-aiuto. Caratteristiche ed evoluzione*, in *Guida all'auto-mutuo-aiuto*, Bergamo, Ama, 2008
- Ministero della Salute Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione, Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio VII, *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 alcolcorrelati"*, anno 2013



Oliva F., Croce M., *Il rapporto tra professionisti e auto-mutuo-aiuto. Il facilitatore risorsa per il gruppo, animazione sociale*, Quaderni: i percorsi dell'autoaiuto, 129-136, 2009

Vederhus J.K., Kristensen Ø., Laudet A., Clausen T., *Attitudes towards 12-step groups and referral practices in a 12-step naive treatment culture; a survey of addiction professionals in Norway*, BMC Health Serv Res.; 9: 147, 2009

Zavan V., Scuderi P., *Perception of the Role of Spirituality and Religiosity in the Addiction Treatment Program Among the Italian Health Professionals: A Pilot Study*, Substance Use & Misuse, 48:1157-1160, 2013

Zavan V., *Il mondo dell'autoaiuto, in Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina*, Hinnental I.M., Cibin M. (a cura di), Torino, Edizioni SEEd, 2011

## 2. Associazione Club Alcologici Territoriali - ACAT

### Aniello Baselice

L'AICAT (Associazione Italiana dei Club Alcologici Territoriali- Metodo Hudolin) è un'associazione no-profit che coordina le attività delle reti territoriali dei Club Alcologici Territoriali (CAT). I Club Alcologici Territoriali sono comunità multifamiliari costituite da famiglie con problemi alcolcorrelati e da un servitore insegnante, presenti su tutto il territorio nazionale e organizzati in 230 Associazioni locali (ACAT, APCAT) e 18 associazioni regionali (ARCAT). L'AICAT è stata costituita nel 1989 per sostenere il processo di crescita dei Club in Italia, dopo la fondazione del primo CAT a Trieste il 22 novembre 1979, grazie al diretto impegno del Prof. Vladimir Hudolin, neuropsichiatra dell'Università di Zagabria e fondatore dell'omonimo Metodo (che si è evoluto nell'Approccio Ecologico Sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi). Tale approccio ha realizzato in maniera compiuta e matura un lavoro che Hudolin aveva avviato già nell'aprile 1964 in Croazia dove egli stesso aveva fondato il primo Club, contestualmente alla creazione di un Centro di Alcologia presso la Clinica Psichiatrica dell'Università di Zagabria. In Italia, a partire dagli anni '80, i programmi per i problemi alcol correlati e complessi secondo l'approccio ecologico sociale hanno avuto un progressivo e costante processo di territorializzazione e si è rapidamente diffuso al Friuli e al Veneto; si è esteso, negli anni successivi, pur con qualche disomogeneità, in tutte le regioni italiane, con la costruzione di una rete di circa 2.000 Club, che vede la partecipazione di almeno 20.000 famiglie la sua diffusione ormai in tutti i continenti. Alla progressiva territorializzazione dei programmi si è altresì accompagnata una ridefinizione del significato stesso, sotto vari profili, di questo approccio, noto all'inizio come "metodo psico medico sociale integrato" per diventare, col tempo, approccio "ecologico o verde" e infine "ecologico sociale". In sintonia con i principi e le linee-guida elaborate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel campo della protezione e promozione della salute con particolare riferimento all'alcol e ai problemi alcolcorrelati, l'AICAT offre il suo contributo per promuovere la cittadinanza attiva e solidale dei membri di Club in un processo di cambiamento della cultura sanitaria e generale rispetto al rapporto dell'uomo con l'alcol e le altre droghe chimiche o comportamentali nella sua comunità. Attraverso i programmi alcolologici territoriali,



incentrati sulla cooperazione tra i Club e il sistema dei servizi socio-sanitari, l'AICAT si adopera per creare le condizioni umane, sociali, culturali e spirituali idonee a migliorare la qualità della vita delle persone e delle famiglie con problemi alcolcorrelati e complessi, secondo i principi e la metodologia dell'Approccio Ecologico Sociale, proponendosi di realizzare i seguenti scopi:

- Favorire la moltiplicazione dei nodi della rete territoriale di protezione e promozione della salute, rappresentata dai Club Alcolologici Territoriali, finalizzati all'accoglienza delle famiglie con problemi alcol-drogacorrelati e complessi, in modo coerente con i principi dell'ecologia sociale.
- Creare sinergie con istituzioni, associazioni, gruppi e comunità che fanno propri gli obiettivi di promozione della salute sulla base della condivisione dei principi e dei programmi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.
- Fungere da punto di riferimento per le Associazioni dei Club, i Club e i programmi territoriali di ecologia sociale, allo scopo di garantire e tutelare il principio della unità metodologica che sta alla base del loro lavoro.
- Promuovere, organizzare o coordinare programmi di sensibilizzazione, educazione continua e ricerca orientati al coinvolgimento attivo dei membri dei CAT, delle famiglie della comunità locale e della società in generale.

### **1. L'evoluzione storica del Metodo Hudolin**

Dal 1979 in poi il Metodo Hudolin ha vissuto un processo di continua evoluzione scandito da alcuni momenti topici, connessi a movimenti culturali significativi in campo scientifico ed antropologico.

- L'organizzazione nella Clinica psichiatrica dell'Università di Zagabria di programmi specifici per gli alcolisti, alternativi e differenziati rispetto ai trattamenti psichiatrici tradizionali e centrati sul lavoro di Maxwell Jones, con la creazione dei primi CAT sul territorio in Croazia e negli altri stati dell'Ex Jugoslavia.

- Il Congresso di Abbazia(1985), in cui Hudolin dichiarò superata l'identificazione automatica dell'alcolismo con una condizione di malattia, proponendo una sua rilettura secondo il paradigma di uno stile di vita che può determinare un vasto spettro di disturbi e problemi psico-medico-sociali.

Abbazia ha determinato inevitabili ripercussioni sulla identità e la filosofia di lavoro del Metodo: il Club non è luogo di terapia, quindi non ha bisogno di terapeuti ma di facilitatori della comunicazione e delle interazioni (poi ridefiniti i Servitori Insegnanti) che, formati ad un approccio sistemico, creino contesti di riflessione e confronto che permettano nei partecipanti la scelta e l'adozione di comportamenti alcol/drug-free.

La svolta storica di Abbazia si collega al più vasto movimento internazionale della

promozione della salute, promosso dall'OMS e ufficializzato in vari documenti che si collocano nel solco di una visione ecologico-sociale ( Dichiarazione di Alma Ata del 1978, Carta di Ottawa del 1986 e Conferenza di Adelaide del 1988) implementato nel progetto “ Rete città sane” avviato in Italia nel 1995.

- L'approdo del Sistema Ecologico Sociale, a partire dal 1993, agli orizzonti della Spiritualità Antropologica, grazie al Congresso di Spiritualità antropologica e di Ecologia sociale di Assisi, che ogni anno rappresenta un laboratorio permanente di riflessione sempre più profonda e pregnante sul ruolo della spiritualità antropologica in un processo di cambiamento di vita personale, familiare e comunitario. Assisi interpella il bisogno profondo di ogni persona che viva un disagio esistenziale, anche alcol correlato, di trascendere la semplice cessazione di un comportamento dannoso per la salute e di aprirsi alla ricerca di nuovi orizzonti di benessere multidimensionale (psico-fisico e spirituale) della vita personale e comunitaria.

Grazie all'evoluzione del Sistema Ecologico Sociale in chiave antro-po-spirituale, i Club si affrancano definitivamente dalla dimensione di “ luogo del post cura” e quindi di strumento di trattamento. Essi si riscoprono agenti di cambiamento socio-culturale della qualità della vita delle famiglie che ne fanno parte, in modo solidale ed interdipendente con il cambiamento della cultura sociale e sanitaria delle famiglie della comunità in cui i Club sono presenti per costruire percorsi comuni di salute, libertà e solidarietà.

### 1.2 L'Approccio Ecologico Sociale: le basi scientifiche ed umanistiche

Il pensiero e l'opera del prof. Vladimir Hudolin esprimono una sintesi, di particolare intensità ed efficacia, delle grandi scoperte del '900 e delle anticipazioni che andavano emergendo fin dall'800 e che oggi trovano una evoluzione ed una continuità che per molti versi Hudolin stesso aveva ampiamente anticipato. La sua azione scientifica ed umanistica parte dal campo della psichiatria che affronta il tema della sofferenza umana cercando di coglierne i meccanismi interiori e relazionali che sono sottesi, abbandonando il compito custodialista che ha segnato l'epoca del manicomio.

I pilastri di questo pensiero che costituiscono l'asse portante dell'Approccio ecologico sociale sono:

- **Le scoperte della psicoanalisi** e in particolare la sua applicazione ai gruppi umani piccoli e grandi fino alla messa a punto del modello della comunità terapeutica.

- **La psichiatria sociale**

L'Approccio Ecologico Sociale si fonda sui principi della psichiatria sociale che cerca di superare lo stigma dei comportamenti devianti e i limiti “etichettanti” della diagnostica classica, dando vita all'esperienza della comunità terapeutica, strumento efficace per superare la logica del manicomio. Hudolin elabora ulteriormente il concetto di comunità terapeutica e lo trasferisce nel meccanismo di funzionamento delle comunità locali di fronte ai problemi alcolcorrelati.

- **La teoria generale dei sistemi**

Hudolin introduce i principi della teoria generale dei sistemi evidenziandone la potenzialità nel rendere conto e nel superare il disagio psichico e spirituale (o della cultura sociale) che viene ricondotto alle dinamiche familiari e comunitarie. La genialità dell'azione di Hudolin consiste nel superare ogni "meccanicismo" strategico-relazionale per sottolineare invece la dimensione emozionale e spirituale (o della cultura sociale). I sistemi indicati da Hudolin sono vitali, si nutrono della componente emozionale che si genera proprio nel processo relazionale, non trascurano mai la persona ma ne colgono la mutevole espressività nella variazione dei contesti relazionali.

- **La cibernetica e l'ecologia della mente**

È un'evoluzione del punto precedente che Hudolin ha saputo concretizzare. Egli ha sottolineato l'importanza della costruzione dell'empatia che stabilisce in modo inequivocabile che ogni essere umano è in sé autonomo ed allo stesso tempo appartiene ad un contesto relazionale. Il contesto relazionale lo condiziona attraverso reciproci processi di interferenza che richiedono una costante mediazione la quale dura tutta la vita in una prospettiva di crescita e maturazione. Tale interferenza reciproca ha un suo livello di apprendimento attraverso la trascendenza, per sentire l'altro autenticamente, in se stessi, nella sua irriducibile diversità ed originalità.

- **Il lavoro sociale di rete e i suoi modelli**

L'Approccio Ecologico Sociale riconosce nel concetto di rete e nel suo studio la modalità più "ecologica" per la conoscenza delle comunità umane e dei loro equilibri; alla base dei problemi delle comunità, a partire da quelli alcolcorrelati vi è sempre uno squilibrio delle loro reti.

- **L'approccio familiare**

L'Approccio Ecologico Sociale ritiene fondamentale il coinvolgimento del nucleo familiare e delle reti familiari allargate. Il coinvolgimento della famiglia non implica alcuna de-responsabilizzazione di ogni singolo membro della famiglia stessa, né intende aderire a visioni ideologiche che trasformano la famiglia in una sorta di icona salvifica. La famiglia è luogo di contraddizione e di risorse.

- **La scienza della complessità**

L'Approccio Ecologico Sociale è uno strumento efficace di lettura dei fenomeni che evita qualsiasi forma di parcellizzazione ma, soprattutto, indica programmi che si muovono nel campo della partecipazione, della cultura, della transdisciplinarietà e della transculturalità. Nell'ambito della complessità si deve focalizzare la presenza di molteplici culture nelle comunità locali, sia come conseguenza del processo di globalizzazione, sia come forme di sottoculture generazionali.

- **I processi di partecipazione**

Hudolin radica la sua azione nelle comunità locali alle quali i Club stessi appartengono, anche quando si costituiscono in forme associative.

• **L'antropospiritualità (o la cultura sociale)**

La ricerca scientifica, soprattutto quella che si riferisce alle neuroscienze o alle scienze della cognizione, ha cercato di approfondire l'aspetto più enigmatico ed essenziale della dimensione umana, quella della spiritualità, intesa come l'insieme delle variabili culturali che incidono significativamente nel nostro modo di essere e di vivere.

• **L'etica**

Il riferimento è al comportamento individuale e collettivo, sia che si tratti di scelte generate dalla necessità della quotidianità, sia che si tratti di scelte professionali. In entrambi i casi la dimensione etica impone di definire quali siano le regole che vengono ritenute accettabili e quali no, senza alcun giudizio, ma con l'indicazione che si definisca quali siano i propri punti di riferimento. Inoltre l'idea di un codice etico, che contiene e supera il codice genetico, ripropone l'impegno a fondare la convivenza umana sul pianeta sulla base di nuovi valori socialmente condivisi, in particolare quelli della pace e del ripudio della guerra.

• **La trascendenza**

È la capacità di andare oltre noi stessi, oltre il nostro egocentrismo, di cogliere la nostra necessaria appartenenza ad un ordine superiore, sia esso naturale, interumano o divino. Il riconoscimento della trascendenza ci impone il concetto di appartenenza piuttosto che quello di proprietà.

• **La meditazione**

È la disponibilità all'ascolto e a fare risuonare dentro di noi quanto ci comunica l'altro, senza giudizio, riconoscendo le sue ragioni e facendo in modo che anche le nostre siano accolte. È un atteggiamento di pacificazione e di mediazione che non modifica l'essenza e le condizioni di ciascuno, ma le rende disponibili al dialogo. Promuove la crescita individuale e lo sviluppo delle relazioni umane attraverso la disponibilità al dialogo.

• **Gli strumenti**

Posta la centralità del Club Alcolico Territoriale, la metodologia si avvale di strumenti idonei alla realizzazione di un programma di alcolologia territoriale – approccio ecologico sociale – Metodo Hudolin, predisponendo i necessari momenti formativi e di sensibilizzazione e un modello organizzativo costituito dal Centro Alcolico Territoriale Funzionale.

**1.2.1 Il significato**

**Approccio** significa modo di porsi, di leggere, interpretare un fenomeno e, conseguentemente, di promuovere il cambiamento. In campo alcolico l'approccio indicato da Hudolin deve essere collocato nelle strategie di popolazione che si fondano sulla evidenza scientifica che per ridurre l'incidenza e la prevalenza delle problematiche alcol

correlate è necessario ridurre il consumo medio di alcol nella popolazione. Questo ha come suo presupposto una disponibilità di avviare programmi che modifichino la cultura generale, sanitaria e sociale nei confronti delle bevande alcoliche, caratterizzata oggi:

- da una tendenza a promuovere i consumi definiti “responsabili” o moderati
- dal distinguere in modo netto i bevitori dagli alcolisti o alcolodipendenti, applicando un modello fortemente medicalizzato che si concentra su aspetti particolari delle problematiche alcol correlate
- dal perseguire il modello dell’apprendimento sociale come via maestra per abituarne la popolazione a familiarizzare, fin dalla giovane età, con le bevande alcoliche evitando quelli che vengono definiti eccessi e che si sostanziano in problemi di sicurezza e di ordine pubblico
- dall’enfatizzare il modello mediterraneo del bere ritenuto protettivo rispetto alla possibile insorgenza dei più gravi problemi alcolcorrelati.

L’Approccio Ecologico Sociale riconosce in accordo con l’OMS:

- la pericolosità dell’alcol in sé, in quanto sostanza tossica e psicoattiva
- il suo essere una droga particolarmente dannosa per l’individuo, la famiglia e la società
- l’assenza di livelli di consumo che possano essere considerati privi di rischio
- la garanzia di mettere le persone nella possibilità reale e concreta di scegliere tra il bere bevande alcoliche o astenersi, quale diritto che ogni cittadino ha di comportarsi, in maniera autonoma, secondo le sue convinzioni dopo una corretta informazione.

L’Approccio Ecologico Sociale stimola ognuno a riflettere sul proprio bere, indipendentemente dalla quantità consumata, dagli stili di consumo e dal grado di problematicità eventualmente espressa, evitando in tal modo che l’invito alla riflessione sul bere sia rivolto solo a chi è ritenuto più problematico, secondo una evidente logica di categorizzazione discriminante e di stigma. Il consumo di bevande alcoliche deve essere considerato un fattore di rischio di cui, sul piano individuale, ciascuno ha la possibilità e la libertà di assumersi la responsabilità. Si reputa comunque necessario che la comunità si doti di misure e regole finalizzate al bene comune nei confronti dei danni prodotti dal consumo di bevande alcoliche (il cosiddetto “bere passivo”).

Per quest’ultima ragione promuove e sostiene tutte le iniziative di politiche pubbliche per la salute finalizzate a:

- a ridurre la disponibilità degli alcolici, con ragionevoli e motivate argomentazioni, in particolare per i giovani e per le categorie più a rischio
- a promuovere stili di vita più protettivi del benessere collettivo.

Con il termine **Ecologico** si riconoscono i legami che esistono tra le persone e tra

le diverse componenti che costituiscono una comunità familiare o locale. Si riconosce altresì che esiste una relazione tra il consumo di bevande alcoliche e la problematicità, in quanto non vi può essere discontinuità categoriale tra consumi impropriamente definiti normali e quelli cosiddetti patologici, bensì un processo continuo che caratterizza il comportamento del bere. L'ecologia indicata da Hudolin si occupa specificamente del funzionamento degli esseri umani sia nel loro modo di porsi sul piano delle relazioni sia nel loro modo di vedere e pensare il mondo, nel pieno rispetto dell'ordine naturale, sempre attraversato da un processo dinamico ed evolutivo, nel quale ciascuno è inserito e si impegna responsabilmente, cercando la sobrietà nel proprio stile di vita. L'Approccio Ecologico Sociale ha in sé la necessità del costante superamento delle posizioni acquisite, ben rappresentato sul piano della concretezza dalla moltiplicazione costante del Club e delle sue forme associative, così come dal costante adeguamento alle trasformazioni culturali e sociali che avvengono. Con il termine Sociale viene sottolineata l'evidenza che tutti i problemi comportamentali, compresi quelli alcolcorrelati, ma anche quelli culturali, economici e politici, hanno la loro origine e la loro soluzione nei rapporti sociali esistenti. Esso sottolinea anche il valore del contratto sociale che fonda la convivenza umana e che si costituisce a partire dalla costruzione di un codice etico condiviso. Spesso è percepita e citata la Bellezza (Estetica) del Club, che rappresenta il prodotto della continua attenzione nei confronti dell'etica, senza la quale non è possibile alcun processo di socializzazione con le caratteristiche dell'Amore, dell'Amicizia, della Solidarietà, del rispetto della Diversità e della Transculturalità. Questi ultimi sono i principi fondativi dell'Approccio Ecologico Sociale e della scelta di una crescita e maturazione continua in una dimensione armoniosa capace anche di cambiare la cultura della comunità di appartenenza. L'abito di ciascuno, il suo ethos, il suo stile di vita, l'insieme delle sue tensioni ideali, rappresenta la libertà e la responsabilità di ciascuno. L'etica, ciò che agli altri dobbiamo, deve essere condizione e vincolo per la libera scelta dell'ethos e deve rappresentare la consapevolezza del proprio dovere nei confronti degli altri. La sottolineatura del sociale, contenuta nell'Approccio Ecologico Sociale, non è una contrapposizione disciplinare nei confronti del sanitario, ma il recupero della dimensione comunitaria delle persone che costituiscono la "societas", la forma evoluta di convivenza nella quale la conflittualità non viene coartata o negata ma viene accolta all'interno delle dinamiche relazionali. In tal senso il sanitario e i suoi sistemi sono parte integrante dello sviluppo di una determinata società. Il sociale è anche la radice dell'appartenenza del Club alla comunità, dell'obiettivo di costruire, a partire dai Club Alcolologici Territoriali, i programmi alcolologici territoriali, finalizzati a cambiare la cultura esistente e dominante ed a offrire uno spazio di riflessione, di pensiero e quindi di crescita e maturazione a quanti, nel corso della loro vita, si trovano, direttamente o indirettamente a riflettere sul rapporto con le bevande alcoliche. In sintesi l'Approccio Ecologico Sociale è, dunque, la cornice entro la quale si applica il metodo Hudolin che stabilisce la centralità del suo agire nella dimensione antropo-spirituale (o socio-culturale), intesa come lettura multidimensionale dell'essere umano, nella sua complessità e nella sua rete inesauribile di relazioni. È una cornice mobile,

dinamica, ricca di sfumature, non assimilabile alle forme classiche della professionalizzazione, della medicalizzazione o della psichiatrizzazione, ma capace di comunicare ed interagire con queste per un miglior fronteggiamento dei problemi alcolcorrelati.

## Bibliografia

Baselice A., Corlito G., Cuni R., Marcomini F., Salerno M.T., *Manifesto sull'Approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi*, Salerno, Aicat, 2011

Baselice A., Cuni R., Fanucchi T., Pellegrini L., Sorini E., Zorzi C., *Linee comuni di indirizzo per un approccio di popolazione e di salute pubblica ai problemi alcolcorrelati e complessi*, Ed. Camminando Insieme, 2009

Floramo L., *Hudolin e il volontariato in Vladimir Hudolin* a cura di Corlito G. e Santoli L., Trento, Erickson, 2000

Folgheraiter F., Presentazione in Brown S., *Alcolismo, terapia multidimensionale e recupero*, Trento, Erickson, 1997

Hudolin V., *Manuale di Alcolologia*, Trento, Erickson, 1991  
Hudolin V., *Sofferenza*

## 3. Club degli Alcolisti in Trattamento - CAT

### Giovanni Monesi

I Club degli Alcolisti in Trattamento ipotizzano un modello associazionistico inteso come rete di Club, con uno sviluppo locale e nazionale. In questo modello, che dovrebbe interpretare meglio il senso del messaggio ecologicosociale e liberare il sistema da derive di centralismo e burocratismo, non sono previsti meccanismi di delega e di concentrazione di potere, ogni Club è responsabile e competente per il lavoro con le famiglie e con la comunità. I 20 Club degli Alcolisti in Trattamento delle provincie di Brescia e Bergamo, ed ora anche Mantova, si riconoscono nella "Rete dei Club degli Alcolisti in Trattamento della Lombardia orientale" e danno vita ad un coordinamento che interagisce con il coordinamento nazionale che comprende i 480 Club attivi in tutte le regioni.

### 1. I programmi della formazione nell'approccio ecologicosociale

I due pilastri su cui si sviluppa il sistema ecologicosociale sono i Club ed il sistema della formazione che garantisce sia un processo formativo iniziale sia un processo di formazione/aggiornamento continuo. Questa necessità di formazione è avvertita e sviluppata come risposta organizzativa, per ogni membro di Club, servitori-insegnanti e famiglie. Questo ambito comprende anche tutto il lavoro di ricerca valutativa e di documentazione che, a vari livelli, viene organizzato con i Club e che si concretizza anche nelle tesi preparate dai corsisti della "Scuola nazionale di perfezionamento in Alcolologia" in corsi tendenzialmente biennali. Questa scuola è stata istituita in Italia da Hudolin nel 1989, sulla esperienza di quella già attiva a Zagabria. I corsi sono organizzati in collaborazione con le singole realtà territoriali dei Club degli Alcolisti in Trattamento. È organizzata in 3 moduli di 50 ore ciascuno più 150 ore di tirocinio nei



programmi, il corso si conclude con la discussione di una tesi, preparata dal corsista con la supervisione di un relatore, membro del comitato scientifico della scuola stessa. Questo percorso, aperto a tutti i servitori-insegnanti, è un passaggio indispensabile per la formazione degli insegnanti che daranno poi vita alle varie scuole alcolologiche.

1. Il percorso specifico della famiglia inizia e si sviluppa e nelle Scuole Alcolologiche Territoriali di I, II e III modulo (SAT I, II e III modulo). La SAT I modulo è fatta in 10 lezioni con un programma condiviso a livello nazionale al momento dell'arrivo al Club, quella di II modulo è organizzata come aggiornamento ogni 1-2 anni e quella di III modulo è un incontro organizzato essenzialmente per le famiglie della comunità locale dove il Club è attivo.

2. Il percorso per i servitori-insegnanti inizia con il “Corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi – metodologia Hudolin”, che rappresenta la premessa per l'inserimento al Club, continua con l'incontro mensile di automutuasupervisione dei servitori-insegnanti di un certo territorio e continua con gli incontri di aggiornamento locale, 4 mezze giornate all'anno. Oltre a ciò vi sono gli aggiornamenti monotematici organizzati a livello nazionale.

3. A livello locale e nazionale sono poi organizzati momenti di incontro aperti anche alle famiglie della comunità locale, che rappresentano anche occasioni importanti per testimoniare i cambiamenti maturati nello stile di vita. Tutto il sistema formativo così congeniato ha un presupposto non opzionale, la frequenza settimanale al Club.

Per organizzare tutto questo è necessario potere contare su un numero di insegnanti preparati e il termine “servitore-insegnante” indica bene sia la consapevolezza di essere vissuto in questa funzione dalle famiglie nuove del Club sia la disponibilità di ogni servitore a proporsi e a prepararsi per essere insegnante nelle varie scuole. Col tempo, la preparazione e la frequenza alle scuole ogni servitore-insegnante può conoscere bene la sua materia di insegnamento alla pari di un professionista.

## **2. Il Club degli Alcolisti in Trattamento**

Il Club degli alcolisti in trattamento lavora in base ad un approccio sistemico. Ciò significa osservare e situare i problemi alcolcorrelati e le loro conseguenze all'interno del sistema biosociale nel quale la persona vive e lavora. Si capisce allora perché il Club, fin dall'inizio, si rivolga alla intera famiglia, considerando la famiglia il sistema biosociale più significativo per ogni individuo.

### **2.1 Il profilo del Club**

Il Club è una comunità multifamigliare che si riunisce una volta alla settimana (luogo, data e ora fissi) per 90 minuti, aperta ed inserita nella comunità locale.



Il Club è pure una associazione di famiglie che prevede ruoli al suo interno, da ricoprire a rotazione, e che intesse relazioni con le reti per la protezione e promozione della salute attive nella propria comunità, compresi i servizi professionali.

I membri del Club sono i componenti delle famiglie con problemi alcol-correlati (PAC) e complessi ed il servitore-insegnante.

L'accesso al Club inizia con il colloquio iniziale con il servitore-insegnante di quel Club.

## 2.2 Criteri di inserimento al Club

Per l'avvio del percorso con la famiglia risulta centrale il momento del colloquio iniziale, momento in cui la famiglia instaura un rapporto positivo e privilegiato con il servitore-insegnante che la aiuterà ad inserirsi con fiducia. Questo rapporto, nel tempo, assumerà un altro significato, allineandosi alla relazione circolare che si realizza tra ogni membro di Club. Il colloquio iniziale, che di norma si realizza prima del Club e dura circa mezz'ora, va preparato facendo in modo che vi sia presente tutta la famiglia, non necessariamente intesa in senso anagrafico, e si sviluppa favorendo innanzi tutto l'accoglienza in una situazione che di solito è piena di sofferenza e aspettativa, sapendo che vi sarà tutto il tempo di fare emergere problemi specifici.

Lo sviluppo dell'accoglienza non riduce la necessità di chiarezza:

- La famiglia è disponibile a frequentare la Scuola Alcolologica Territoriale di I° modulo (10 lezioni) e a dividere il Club all'arrivo della 12° famiglia.
- La famiglia, ogni componente e non solo il così detto alcolista, accetta di informare dei propri problemi i membri del Club, a tempo debito, anche chiarendo la presenza di problemi complessi (alcol con uso di droghe illegali, gioco d'azzardo, problemi giudiziari, senza dimora, comportamenti violenti, altro).
- Il Club è preparato ad accettare una famiglia con un eventuale problema complesso.
- Indipendentemente dai problemi presenti, la famiglia accetta gli "obblighi" che derivano dall'inserimento nel Club.
- In un Club di dodici famiglie non possono essere inserite più di due famiglie con un problema complesso.
- Il Club si divide all'arrivo della 12° famiglia.
- Se è compresente un problema psichiatrico è assolutamente necessario che lo psichiatra di riferimento della famiglia sia informato e approvi l'inserimento al Club.
- Anche se il programma del Club non è compatibile con le strategie di "riduzione del rischio" ed i trattamenti farmacologici sostitutivi, che peraltro sono gestiti con il proprio medico o con il Servizio professionale, il Club accoglie comunque la famiglia che richieda di farne parte, mantenendo la sollecitazione a fare chiarezza e scegliere il trattamento per lei più adatto.

### 2.3 Il funzionamento del Club

A parte l'approccio familiare, sul quale anche all'interno del sistema dei Club non sono finite le riflessioni e le ricerche, nel lavoro si attivano anche processi riconducibili in senso lato all'auto-mutuo-aiuto, anche se la presenza del servitore-insegnante, che frequenta senza la famiglia e non ha per sé problemi alcolcorrelati, risulta estranea a questo approccio. Il servitore-insegnante comunque condivide il percorso di cambiamento ed è membro di Club al pari degli altri anche se, in una prima parte del percorso, viene vissuto piuttosto come "insegnante" che come "servitore" della comunità multifamigliare, pur non facendo nulla per proporsi in tal senso.

Tutta la vita del Club si sviluppa attorno al concetto di cambiamento dello stile di vita, non tanto durante il tempo dell'incontro, ma nel cambiamento delle quotidiane dinamiche relazionali familiari e sociali, facendo sì che l'attenzione della famiglia si sposti dall'interno all'esterno del Club. Per fare succedere questo risulta importante il clima empatico che si matura all'interno della riunione di Club e che consente di sperimentare nuove capacità relazionali, basate sullo sviluppo di solidarietà, amicizia ed amore. È questa crescita che diventa progressivamente un nuovo stile di vita, quando viene agita in famiglia e nella comunità. Il Club crea relazioni significative e le mette poi in crisi ciclicamente in un percorso che non prevede traguardi ed è questo che permette una crescita emozionale da giocare nella quotidianità. Club troppo inclusivi e protettivi risultano meno aperti alla comunità locale e non favoriscono questa crescita. Per Hudolin il Club degli Alcolisti in Trattamento è parte integrante della comunità locale ed è una attività di autoprotezione e autopromozione della salute esercitata dai cittadini in collaborazione con i servizi pubblici e privati. Da questo punto di vista aiutarsi e sostenersi a vicenda è visto non tanto come una manifestazione di volontariato, ma come il riconoscimento della responsabilità per la propria e per l'altrui salute che è propria di ogni persona, in una logica di solidarietà ed interdipendenza. È in questo senso che si parla di incremento del capitale sociale legato alla vita del Club.

### 2.4 L'incontro di Club

Di norma si inizia con la lettura del verbale dell'incontro precedente, tenuto a rotazione da ogni membro, ed il lettore diventa il conduttore di quella serata che si sviluppa con una interazione, favorita dal mettere le sedie in cerchio, nella quale il compito del servitore-insegnante è quello di sottolineare e fare emergere, quando ve ne sia bisogno, le logiche di riferimento, senza intervenire sulle posizioni e sui racconti espressi dai singoli in una successione di interventi guidata dal moderatore di turno.

Nello sviluppo dei racconti si tende a fare emergere sostanzialmente questi aspetti:

- Qui e ora
- Io sono io, tu sei tu
- Dal perché al come
- Accettazione delle differenze degli stili di vita di ognuno di noi

- Comprensione dei comportamenti ambivalenti
- I sentimenti, che non possono essere giudicati, ci fanno stare meglio quando impariamo ad esprimerli
- Suggestire nuove prospettive

In alcuni Club si tiene il conto delle giornate di astinenza, in altri questo dato viene semplicemente raccontato nel verbale, quando lo si ritenga importante, oppure implicitamente espresso dalla qualità dell'interazione sviluppata nella famiglia e tra le famiglie. L'astinenza, intesa come passaggio necessario per il percorso di sobrietà, può essere festeggiata e riconosciuta anche con un diploma.

“Una volta iniziato il processo di cambiamento nel Club, è importante lasciare a tutti la libertà di trovare le proprie risposte, la capacità di convivenza, la partecipazione e la stima della personalità umana, nonostante le differenze individuali. Il programma non dovrebbe portare ad un appiattimento, ma favorire una crescita e maturazione personale, famigliare e comunitaria”<sup>1</sup>.

Nei “progetti” del Club non vi sono traguardi prefissati e anche l'astinenza è una semplice condizione necessaria per sviluppare il cambiamento, inteso come crescita e maturazione, non certo un punto di arrivo.

### 3. I risultati

Non è semplice tradurre in numeri il risultato del lavoro dei Club. All'inizio dei programmi venivano misurate in modo semplicissimo le giornate di astinenza dall'uso delle bevande alcoliche, ritenendo, a giusta ragione, che un abbassamento dei consumi, nella comunità, equivalesse ad una riduzione dei PAC espressi in quella comunità.

#### 3.1 “DATA CLUB” (in collaborazione con il Servizio Statistico del CNR di Pisa)<sup>2</sup>

Dal 2000 al 2008 si è sviluppata una ricerca annuale che ha visto la partecipazione attiva di gran parte dei Club presenti in Italia. In questo studio si è valutato il percorso degli alcolisti membri di Club rispetto al cambiamento della loro condizione, valutata dal gennaio al dicembre dei singoli anni. I dati si sono sostanzialmente sovrapposti nei vari anni, vedi fig. 1.

Questo lavoro di ricerca valutativa ha permesso di constatare la sostanziale stabilità dei risultati e, diminuita la curiosità iniziale, si è concluso poi per difficoltà organizzative.

---

1 - Autori vari, *Ricominciare insieme*, Hudolin Vladimir, capitolo: Disagi alcolcorrelati: vecchi problemi umani, Centro Alcologico Territoriale Bresciano, Brescia 1997, p. 28

2 - Guidoni Guido e Tilli Angela, *DATA CLUB 2000-2004*, Camminando insieme, 2004, p. 45

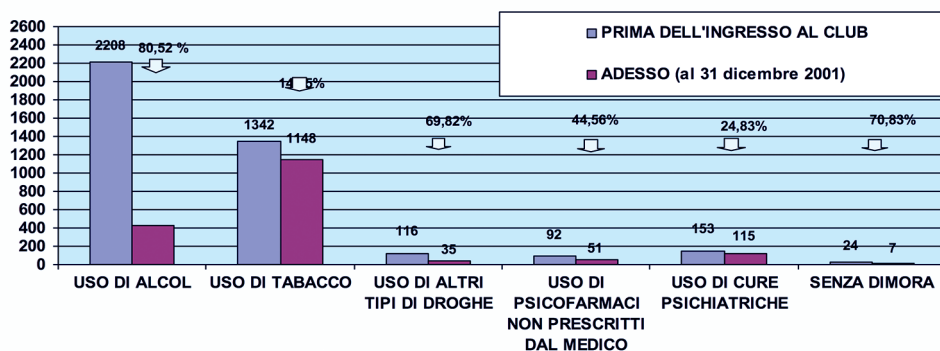


Fig. 1: cambiamento delle abitudini valutata nella 2° rilevazione (DATA CLUB 2001)

Uno secondo studio è stato realizzato, sempre su base nazionale, da un gruppo di operatori della ASL 10 di Firenze e da un gruppo di ricercatori del IFC-CNR<sup>3</sup>. In questo lavoro, sviluppato con 7522 soggetti già inseriti in Club degli Alcolisti in Trattamento negli anni precedenti, emerge che il 70% degli intervistati non ha assunto alcol nell'anno della rilevazione e addirittura il 90% nel mese precedente l'intervista. Dallo studio emerge inoltre che il cambiamento dello stile di vita è correlato positivamente ad alcuni fattori:

- 1) il tempo di partecipazione al programma,
- 2) la condizione di persona anziana e/o di sesso femminile
- 3) la frequenza al Club della famiglia.

Una ricerca più recente, di carattere sociologico, è stata sviluppata negli anni 2009-2010 da alcuni Club del Friuli V.G. in collaborazione con l'università di Verona. S. Cecchi, docente di politiche sociali, ha curato e organizzato il lavoro che ha permesso di seguire 151 soggetti con tre interviste strutturate, effettuate al momento dell'inserimento, dopo i primi 6 mesi e dopo un anno di partecipazione al Club. Con queste interviste è stato possibile descrivere molte caratteristiche del campione preso in esame (fig. 2) e valutarne il cambiamento dopo l'inserimento al Club.

**CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE:**

FEMMINE \_\_\_\_\_ 33%  
 MASCHI \_\_\_\_\_ 67%

**ETÀ MEDIA DI INSORGENZA DEI PAC:**

FEMMINE \_\_\_\_\_ 41 ANNI  
 MASCHI \_\_\_\_\_ 3 ANNI

**ETÀ MEDIA INGRESSO NEL PROGRAMMA:**

53 ANNI

Fig. 2: caratteristiche del campione

Un dato preoccupante è che l'arrivo ad un sistema di trattamento è avvenuto dopo molti anni dalle prime manifestazioni dei PAC. Queste persone sono arrivate al Club dai servizi professionali (75% dei soggetti) e anche direttamente dalla comunità sia per l'interessamento della famiglia, sia per l'attività dei membri di Club. Il 44% degli intervistati non ha fatto alcun programma in precedenza; l'84% degli intervistati riferisce la presenza di PAC nella famiglia di origine. Per quello che riguarda i cambiamenti (fig. 3):

---

RIMASTI NEL PROGRAMMA	_____	60%
ALCOL NELL'ULTIMO MESE	_____	20%
ASTINENZA DEI FAMIGLIARI	_____	77%

**Fig 3: risultati dopo il primo anno**

---

Il dato rilevato risulta inferiore rispetto a quanto emerso negli altri lavori, ma è comunque eccezionale; solo il 20% ha fatto un qualche episodico uso di bevande alcoliche prima dell'ultima intervista; il 77% dei famigliari, anche se non partecipanti al Club, ha chiuso con le bevande alcoliche. Nel capitolo specifico dedicato allo studio del capitale sociale espresso<sup>4</sup> si può concludere che vi è una crescita legata alla singola persona ed al sistema Club, attribuibile essenzialmente al progressivo miglioramento della qualità delle relazioni che i membri sono in grado di esprimere all'interno del Club e soprattutto all'esterno, nelle reti famigliari e comunitarie.

#### 4. Lavoro Territoriale

Fin dalla loro origine, gli obiettivi del lavoro dei Club si possono sintetizzare in tre punti:

- assieme per migliorare lo stile di vita
- assieme per cessare l'uso delle bevande alcoliche
- assieme per modificare la cultura generale e sanitaria, potremmo dire la "spiritualità antropologica", della nostra comunità.

L'attenzione alla comunità locale, letta innanzitutto come rete di famiglie che interagiscono (fig.4), è presente nel lavoro dei Club fin dalle origini assieme al concetto di

---

**Per comunità locale noi intendiamo una comunità multifamiliare al cui interno i membri interagiscono intensamente e in cui cercano di affrontare insieme i problemi umani, e questo in specie quando si tratta della protezione e promozione della salute**

*Hudolin Vladimir, Disagi alcolcorrelati: vecchi problemi umani", CeABS, Brescia 1997*

**Fig 4**

---

3 - Tilli A., Guidoni G., Molinaro S. e coll, *Characteristics of alcoholics attending Clubs of alcoholics in Treatment in Italy: a National survey*, Alcohol and Alcoholism, marzo 2013

4 - Cecchi Sergio, *La famiglia e l'alcolismo*, Carrocci editore, maggio 2014, pp.124-130

comunità competente e attiva, considerando anche che il 70% dei problemi della salute trovano soluzione a livello di autocura e autopromozione, processi che sono sviluppati anche in collaborazione con servizi sanitari di base. Per i Club la rete territoriale (ossia la comunità) è, allo stesso tempo, una preconditione e un obiettivo del lavoro.

- **Precondizione:** se i club non sono inseriti nella rete territoriale (comunità) si chiudono e diventa più difficile avviare il cambiamento dello stile di vita delle famiglie che, per essere concreto, si deve sviluppare essenzialmente fuori dal Club innescando anche i cambiamenti positivi della cultura generale sociale e sanitaria.
- **Obiettivo:** più le famiglie della comunità sono coinvolte nel sistema ecologico-sociale e più veloce è il cambiamento della cultura sociale e sanitaria, con risultati positivi sulla autopromozione ed auto protezione della salute in senso lato. In campo sociologico si ritiene che quando l'1% delle persone di una comunità è inserito in un programma di protezione e promozione della salute inizia certamente un cambiamento significativo degli stili di vita comunitari. Questo dato è lontano ma le persone con problemi alcolcorrelati sono ben più dell'1% della popolazione.

## 5. Collaborazioni

I cambiamenti auspicati non si possono realizzare solamente nell'orizzonte del lavoro dei Club ed i Club sono costantemente tesi alla promozione di collaborazioni con tutti gli altri soggetti del territorio che si occupano di proteggere e promuovere la salute, a cominciare dai Servizi Pubblici e, tra questi, dal Servizio di Alcologia.

L'approccio ecologico-sociale, progressivamente in evoluzione secondo le evidenze portate dalla ricerca valutativa, le indicazioni dell'OMS e l'evoluzione della cultura generale e sanitaria, è costantemente legato alla logica dell'intervento di comunità e di collaborazione pubblico/privato che si riconosca anche nei concetti ecologici di pace, solidarietà, giustizia sociale e responsabilità.

Cooperare significa che, condividendo i principi e le finalità del sistema ecologico-sociale, i Club e gli operatori della salute possono sviluppare assieme i progetti e le azioni necessarie a migliorare la vita della comunità, facendo ciascuno la propria parte, che per i Club è sostanzialmente lavorare per lo sviluppo di un nuovo "stile di vita" delle famiglie con PAC sapendo che questo comprende un cambiamento della cultura generale e sanitaria, o meglio, della spiritualità antropologica della nostra comunità.

## Bibliografia

Autori vari, *Ricominciare insieme*, Hudolin Vladimir, capitolo: Disagi alcolcorrelati: vecchi problemi umani, Brescia, Centro Alcológico Territoriale Bresciano, 1997

Boella L., *Per amore di altro l'empatia a partire da Edith Stein*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2000

Cecchi S., Merigo G., Monesi G., Schiavi A., *Ricominciare insieme*, Brescia, Centro Alcológico Territoriale Bresciano, 1997

- Cecchi S., *La famiglia e l'alcolismo*, Roma, Carrocci Editore, 2014
- Corlito G., Santioli L., *Vladimir Hudolin, psichiatria sociale ed alcologia: un pensiero vivo per il nuovo millennio*, Trento, Edizioni Erickson, 2000
- European alcohol action plan, *WHO Regional Office for Europe*, Copenhagen, 1993
- Galimberti U., *L'ospite inquietante*, Milano, Feltrinelli, 2008
- Guidoni G., Tilli A., DATA CLUB 2000-2004, *Camminando insieme*, 2004
- Guidoni G., *Alcol e altre droghe, marginalità sociale e complessità*, Firenze, Diple Edizioni, 2012
- Hudoin V., *Manuale di alcologia*, Trento, Edizioni Erickson, 1991
- Hudolin V. e Autori Vari, *L'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi*, Trento, Edizioni Erikson, 1994
- Hudolin V., *Sofferenza multidimensionale della famiglia*, Padova, Eurocare, 1995
- Hudolin V. e Autori Vari, *Club degli Alcolisti in Trattamento*, Scuola Europea di Alcologia e Psichiatria ecologica, 2001
- Musso L., *La Magnolia è fiorita*, AICAT, 2007
- Sforzina M., (a cura di), *Camminando insieme . . . a Vladimir Hudolin*, Camminando insieme, 2002
- Tilli A., Guidoni G., Molinaro S. e coll., *Characteristics of alcoholics attending Clubs of alcoholics in Treatment in Italy: a National survey*, Alcohol and Alcoholism, 2013
- Vercelli L., Goisis A. (a cura di), *Il valore della storia, emozioni ed impegno per un futuro di pace*, ARCAT Lombardia, 2004

ASL BRESCIA



# Alcol e guida

# 19

## 1. Il punto di vista della Polizia Stradale

**Barbara Barra**

### Introduzione

L'assunzione di alcol produce significative modifiche alle condizioni psicofisiche dei conducenti, andando ad incidere in maniera evidente sui parametri che, in sede di visita medico legale, costituiscono i presupposti fondamentali per il rilascio dell'abilitazione alla guida.

In particolare l'analisi dell'evoluzione del fenomeno infortunistico, nell'ultimo decennio, ha posto in evidenza le strettissime correlazioni tra l'assunzione di alcol e sostanze stupefacenti e le anomalie comportamentali riscontrate nella conduzione dei veicoli, con particolare riferimento alla prontezza dei riflessi, i tempi di reazione, la corretta visualizzazione della sede stradale. Il diffuso fenomeno della non conoscenza della drammaticità delle conseguenze di tali condotte, oltre a rappresentare, purtroppo, un concreto esempio di allarme sociale, costituisce di fatto la principale causa di morte giovanile

In questo contesto si è ritenuto opportuno affrontare il tema della guida in stato di ebbrezza e sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, sia concentrando l'attenzione sulle caratteristiche individuali e comportamentali dei conducenti prevalentemente coinvolti, ovvero i giovani, sia approfondendo le logiche che sottendono gli strumenti di contrasto prescelti, in termini di recenti modifiche normative, introdotte, da ultimo, dalla Legge n. 120/2010 e con riferimento all'adozione di strategie operative fortemente innovative.

L'allarme sociale destato dal cosiddetto fenomeno delle "Stragi del sabato sera", ha indotto, ormai da oltre un decennio, il Dipartimento della Pubblica Sicurezza ad istituire un osservatorio permanente per valutare l'entità del fenomeno della guida in stato di ebbrezza alcolica o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti.

Negli anni, proprio su iniziativa del Dipartimento della Pubblica Sicurezza, Direzione Centrale per la Polizia Stradale, Ferroviaria, delle Comunicazioni e per i Reparti Speciali della Polizia di Stato, Servizio Polizia Stradale, sono state organizzate innu-

merevoli campagne di sensibilizzazione dell'opinione pubblica, accompagnate tutte da una robusta mobilitazione dei servizi di Polizia Stradale.

È sostanzialmente in questa ottica, che, il Servizio Polizia Stradale, sta mettendo a punto, anche in via sperimentale, una serie di iniziative mirate a contrastare i fenomeni descritti attraverso la sistematica elaborazione di nuovi moduli operativi, che si discostano significativamente dalle strategie tradizionali, in particolare per le modalità di approccio e coinvolgimento dei conducenti nonché per la costante attenzione rivolta all'evoluzione tecnologica dei sistemi di accertamento delle condotte illecite.

### **1. Analisi delle caratteristiche individuali dei giovani conducenti**

L'elevato tasso di incidentalità stradale e di mortalità ed esso connessa, negli ultimi anni, ha purtroppo rappresentato chiara espressione di una delle più eclatanti e drammatiche manifestazioni del disagio giovanile. Esistono molte evidenze scientifiche che mostrano come i giovani guidatori, se paragonati a conducenti di altre fasce d'età, tendano ad avere uno stile di guida più rischioso, siano portati a non rispettare i limiti di velocità, a non mantenere le distanze di sicurezza, a cimentarsi spesso in sorpassi azzardati. La tendenza dei giovani ad assumere rischi alla guida ed il loro elevato coinvolgimento in incidenti può essere spiegata analizzando approfonditamente diverse sfaccettature comportamentali.

Uno dei fattori di maggior evidenza, desumibile dall'analisi delle condotte immediatamente riconducibili agli accadimenti infortunistici, consiste nella sistematica distorsione che questo particolare gruppo di guidatori opera sulla percezione dei rischi connessi alla guida e sulla valutazione delle proprie capacità di guida, pur in presenza di scarsa abilità di guida e di mancanza di esperienza.

I giovani conducenti, di norma, tendono a non considerare la possibilità di rimanere coinvolti in un incidente stradale ed a vedere loro stessi come invulnerabili ai rischi insiti in diverse situazioni di guida pericolosa, denotano quindi una spiccata tendenza a sovrastimare le proprie capacità di guida.

Lo stile di guida dei giovani e il loro coinvolgimento negli incidenti stradali rappresenterebbero, pertanto, l'espressione di una generale propensione degli stessi ad ingaggiare comportamenti di elevata pericolosità che si concretizzano in uno stile di vita rischioso. Ovviamente quanto sinora dibattuto, non implica, però, che tutti i giovani conducenti adottino un comportamento di guida improntato a condotte equivalenti.

Esiste, infatti, una vasta letteratura che sottolinea la presenza di correlazioni significative tra la propensione ad assumere comportamenti rischiosi alla guida e alcune specifiche caratteristiche di personalità.

In sostanza i percorsi per affrontare il disagio giovanile e prevenire le sue forme di espressione più drammatiche, come quelle che si manifestano nell'infortunistica stra-

dale, passano per il rinforzo delle competenze e l'acquisizione delle corrette conoscenze sulle caratteristiche personali (psicofisiche, comportamentali, emotive, relazionali e sociali) indispensabili ad un corretto approccio del giovane alle proprie responsabilità in qualità di soggetto attivo.

Le analisi statistiche hanno permesso di identificare un profilo di variabili psicologiche e psico-sociali, tipiche di coloro che commettono, più frequentemente, violazioni ed errori alla guida. Questi conducenti si differenziano da quelli più prudenti, in particolare, per avere livelli di ansia bassi, per ricercare costantemente "sensazioni" ed emozioni forti, per riferire alti livelli di rabbia che si manifesta anche durante la guida. Quelle appena descritte sono caratteristiche di personalità.

Altre caratteristiche di questo gruppo sono invece più legate ad atteggiamenti o a convinzioni personali non corrette.

In particolare, i ragazzi che fanno parte del gruppo a maggiore rischio mostrano di non considerare il rispetto delle norme di convivenza sociali come un obiettivo importante di per sé ma solo in funzione delle conseguenze strumentali che da esso possono derivare. Inoltre, essi non percepiscono il Codice della strada come un sistema di regole volto alla promozione della sicurezza stradale, ma come l'espressione di una autorità che limita la libertà individuale e che impedisce la scorrevolezza del traffico e la viabilità. Infine i giovani disponibili a mettere in atto comportamenti rischiosi percepiscono l'incidente stradale con una forte dose di fatalismo, come un qualcosa di inevitabile, in cui le possibilità dell'individuo di ridurre le probabilità sono marginali.

L'idea di fondo è che l'incidente stradale, in realtà, non dipenda dai propri comportamenti ma da eventi casuali, imprevedibili o legati esclusivamente al comportamento degli altri.

A loro parere, la messa in atto di comportamenti di attenzione nei confronti del rischio è sostanzialmente inutile perché non ne diminuisce la probabilità.

Uno dei dati emersi dalle ricerche effettuate in tal senso è che, i giovani guidatori caratterizzati dal profilo appena descritto sono anche quelli che, con più frequenza, guidano in orari notturni.

In effetti, episodi di forte sonnolenza alla guida sono stati sperimentati da circa un terzo dei giovani di questo campione che guidano in orari notturni, tuttavia, nei giovani guidatori, la sonnolenza continua ad essere spesso considerata più come qualcosa su cui scherzare che come una reale causa di incidenti di guida.

Le condotte di guida dopo l'assunzione di alcol, sono più frequenti in quei soggetti che hanno conseguito da più tempo la patente di guida, quasi ad indicare che, quando ci si sente più sicuri e si acquisisce confidenza con il mezzo, ci si possa consentire maggiormente di violare le regole e mettere in atto comportamenti a rischio.

I ragazzi, più delle ragazze, tendono a mettersi alla guida dopo aver assunto alcol e riportano anche un atteggiamento più favorevole rispetto al “guidare dopo aver assunto alcol o sostanze stupefacenti”, vale a dire non giudicano gravi questi comportamenti e sono disponibili a metterli in atto, nonché a giustificarli, se commessi da altri. Questo atteggiamento induce, altresì, a riflettere sul fatto che non interverrebbero, se a guidare fosse un amico “in stato di ebbrezza”.

La tolleranza del rischio, che viene sottovalutata a favore di una illusione di controllo totale della situazione o di una sovrastima delle proprie capacità e possibilità di evitare imprevisti, caratterizza dunque le fasce di età più giovani.

L'orientamento diffuso, specie nel campo della sicurezza stradale, va nella direzione di svalutare le norme premiando un atteggiamento, dunque, “furbo”, tendente soprattutto a “eludere” la legge e i controlli senza avere sufficiente consapevolezza dei pericoli per se e per gli altri a cui si va incontro esaltando comportamenti trasgressivi, anziché stigmatizzarli.

La gravità di questa realtà è duplice: la prima riguarda il contenuto normativo in senso stretto; la seconda riguarda la svalutazione delle norme che non si limita al caso in questione, ma che pericolosamente si estende in termini generali.

È proprio in ragione di tali considerazioni che può ben comprendersi come l'opera di rivisitazione dell'apparato normativo non abbia potuto non procedere di pari passo con una strategica azione di sensibilizzazione improntata ad una efficace comunicazione delle finalità che sottostanno alle scelte operative.

## **2. L'evoluzione giuridica della normativa per il contrasto al fenomeno della guida in stato di ebbrezza**

L'art. 186, d.lgs. 30.4.1992, n. 285, fa espresso divieto agli utenti della strada di porsi alla guida in stato di ebbrezza in conseguenza dell'uso di bevande alcoliche.

L'art. 33, comma 1, lett. a, l. 29.7.2010, n.120, ha depenalizzato l'ipotesi in cui sia stato accertato un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 0,5 e non superiore a 0,8 grammi per litro (g/l), prevedendo la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 500 a euro 2.000 in luogo dell'ammenda per analoghi importi.

Restano invece fattispecie a rilevanza penale – con pene aumentate rispetto alla precedente previsione legislativa – quelle in cui all'accertamento sia conseguito un tasso alcolemico superiore a 0,8 e non superiore a 1,5 g/l (per le quali è prevista la sanzione dell'ammenda da euro 800 a euro 3.200 e l'arresto fino a sei mesi) nonché quelle in cui all'accertamento sia conseguito un tasso alcolemico superiore a 1,5 g/l (ove sono previsti l'ammenda da euro da 1.500 a euro 6.000 e l'arresto da sei mesi ad un anno).

L'intervento legislativo comporta un duplice ordine di conseguenze.

In riferimento ai processi in corso, infatti, in tutte quelle ipotesi in cui è stato accertato un tasso alcolemico compreso tra 0,5 e 0,8 g/l non potrà giungersi alla condanna dell'imputato, posto che l'art. 2, comma 2, prima parte, c.p. prevede che nessuno possa essere punito per un fatto che, secondo una legge posteriore, non costituisce reato. Inoltre, il raccordo con l'art. 1, Legge 24.11.1981, n.689 disposizione che nessuno può essere assoggettato a sanzioni amministrative se non in forza di una legge che sia entrata in vigore prima della commissione della violazione, porta ad escludere la possibilità per l'autorità di irrogare la sanzione amministrativa ora prevista.

Qualora, invece, sia già intervenuta una sentenza di condanna, la seconda parte dell'art. 2, comma 2, c.p. dispone che debbano cessarne l'esecuzione e gli effetti penali.

Il principio di legalità della pena e quello di applicazione, in caso di successione di leggi penali, della legge più favorevole, operano anche con riguardo alle pene accessorie<sup>1</sup>.

Di contro, in tema di illeciti amministrativi derivanti da depenalizzazione, l'adozione del principio di irretroattività comporta l'assoggettamento della condotta considerata alla legge vigente al momento in cui si è verificata, con conseguente inapplicabilità della disciplina posteriore, anche se eventualmente più favorevole<sup>2</sup>.

In relazione all'applicazione delle sanzioni amministrative accessorie, il regime parzialmente diverso previsto dal già menzionato art. 1, Legge 24.11.1981, n.689 comporta l'impossibilità di applicare la nuova sanzione eventualmente più favorevole ovvero di disapplicare o revocare quella precedentemente irrogata laddove successivamente abrogata.

Le ipotesi previste dall'art. 186, d.lgs. 30.4.1992, n. 285, possono concorrere con l'illecito amministrativo di cui all'art. 688 c.p., il quale sanziona chiunque, in un luogo pubblico o aperto al pubblico, è colto in stato di manifesta ubriachezza.

Infatti, l'art. 688 c.p., mira alla prevenzione dell'alcolismo e alla tutela dell'ordine pubblico, mentre l'art. 186, d.lgs. 30.4.1992, n. 285, vuole garantire la sicurezza della circolazione sulle strade e l'incolumità di chi vi si trova. La differenza tra l'ebbrezza e l'ubriachezza sta nell'intensità dell'alterazione psicofisica, più grave nella seconda per la presenza di un maggior tasso alcolemico, nonché nel fatto che mentre l'ebbrezza può non essere manifesta, l'ubriachezza è punibile solo quando lo è.

L'ubriachezza, quindi, in sé comprende e assorbe, dal punto di vista clinico, l'ebbrezza, perché ne costituisce uno stato più avanzato: ma, per essere perseguibile, deve essere oltre che in luogo pubblico, anche manifesta<sup>3</sup>.

1 - Cass. pen. 5.11.2009, n. 48526, in CED *Cass. pen.*, 2009, 245408.

2 - Cass. 28.1.2008, n. 1789, in *Giust. civ. Mass.*, 2008, 1, 100.

3 - Cass. pen., S.U., 27.11.1995, n. 1299, in *Arch. giur. circ.*, 1996, 91.

A tal fine, la giurisprudenza ha precisato che l'abitacolo di un'autovettura è da considerare un luogo esposto al pubblico e non un luogo pubblico o aperto al pubblico. Esso pertanto non rientra nell'indicazione tassativa contenuta nell'art. 688 c.p., sicché non risponde dell'illecito amministrativo colui che è sorpreso in stato di manifesta ubriachezza all'interno di un'autovettura<sup>4</sup>.

L'art. 186, comma 2-bis, d.lgs. 30.4.1992, n. 285, prevede che se il conducente in stato di ebbrezza provoca un incidente stradale, le sanzioni previste dal comma precedente, nonché quelle stabilite in caso di rifiuto di sottoporsi agli accertamenti qualitativi da parte degli organi di polizia stradale – sono raddoppiate.

Un'ulteriore circostanza aggravante – con aumento da un terzo alla metà della pena – è prevista nel caso in cui l'illecito è commesso dopo le ore 22 e prima delle ore 7: in tal caso, tuttavia, il legislatore ha limitato la sua applicazione alla «ammenda» prevista per «il reato» di cui al secondo comma dell'art. 186, d.lgs. 30.4.1992, n. 285, mentre per le ipotesi relative alla causazione di un sinistro stradale, il riferimento è generico alle «sanzioni di cui al comma 2» (e dunque deve ritenersi anche a quelle relative all'illecito amministrativo di cui all'ipotesi di c.d. ubriachezza lieve).

È poi da segnalare il divieto, posto dall'art. 186, co. 2-septies, d.lgs. 30.4.1992, n. 285, di porre in rapporto di equivalenza o prevalenza le circostanze attenuanti concorrenti con l'aggravante in esame.

Un'analoga distinzione è legata alla destinazione degli importi corrisposti a titolo di pagamento delle sanzioni amministrative e delle pene pecuniarie.

L'art.186, co. 2-octies, d.lgs. 30.4.1992, n. 285, infatti, prevede solo in relazione alla «ammenda irrogata con la sentenza di condanna che ha ritenuto sussistente l'aggravante» relativa alla commissione del reato in orario notturno la destinazione di una quota pari al venti per cento della stessa al Fondo contro l'incidentalità notturna.

### 3. L'accertamento dello stato di ebbrezza

L'accertamento dello stato di ebbrezza può essere effettuato, in base a elementi probatori acquisiti secondo i principi generali in materia di prova (principio del libero convincimento, assenza di prove legali, necessità che la prova non dipenda dalla discrezionale volontà della parte interessata). Il giudice, quindi, può dimostrare l'esistenza dello stato di ebbrezza, anche in assenza dell'accertamento strumentale, sulla base delle circostanze sintomatiche, desumibili dallo stato del soggetto (alterazione della deambulazione, difficoltà di movimento, eloquio sconnesso, alito vinoso ecc.) e dalla condotta di guida (che i verbalizzanti hanno il compito di descrivere dettagliatamente nella notizia di reato, ai sensi dell'art. 347 c.p.p.).

---

4 - Cass. pen. 13.5.2005, n. 22594, in *Cas. pen.*, 2006, 11, 3681.

Al conducente che rifiuti di sottoporsi agli accertamenti sulla persona o alle prove previste dall'art.186 commi 3,4, o 5, C.d.S., si applicano le sanzioni previste dal medesimo articolo comma 2, lett. C.

Al fine di acquisire elementi utili per motivare l'obbligo di sottoposizione a tale accertamento, gli organi di polizia stradale di cui all'art. 12, comma 1 e 2, d.lgs. 30.4.1992, n. 285, secondo le direttive fornite dal Ministero dell'Interno, nel rispetto della riservatezza personale e senza pregiudizio per l'integrità fisica, possono sottoporre i conducenti ad accertamenti qualitativi non invasivi o a prove, anche attraverso apparecchi portatili.

L'accertamento dello stato di ebbrezza, si effettua mediante l'analisi dell'aria alveolare espirata: qualora, in base al valore della concentrazione di alcol nell'aria alveolare espirata, la concentrazione alcolemica corrisponda o superi 0,5 g/l, il soggetto viene ritenuto in stato di ebbrezza.

L'esito positivo dell'accertamento costituisce prova della sussistenza dello stato di ebbrezza ed è onere del conducente fornire eventualmente la prova contraria a tale accertamento dimostrando vizi o errori di strumentazione o di metodo nell'esecuzione dell'aspirazione, non essendo sufficiente la mera allegazione di difettosità o assenza di omologazione dell'apparecchio<sup>5</sup>, così come non risulta parimenti sufficiente allegare la circostanza relativa all'assunzione di farmaci idonei ad influenzare l'esito del test, quando tale affermazione sia sfornita di riscontri probatori<sup>6</sup>.

La concentrazione deve risultare da almeno due determinazioni concordanti effettuate ad un intervallo di tempo di cinque minuti.

Nel procedere ai predetti accertamenti, ovvero qualora si provveda a documentare il rifiuto opposto dall'interessato, resta fermo in ogni caso – come si è accennato – l'obbligo per i verbalizzanti di indicare nella notizia di reato, ai sensi dell'art. 347 c.p.p., le circostanze sintomatiche dell'esistenza dello stato di ebbrezza, desumibili in particolare dallo stato del soggetto e dalla condotta di guida.

L'apparecchio, mediante il quale viene effettuata la misura della concentrazione alcolica nell'aria espirata, è denominato etilometro. Esso, oltre a visualizzare i risultati delle misurazioni e dei controlli propri dell'apparecchio stesso, deve anche, mediante apposita stampante, fornire la corrispondente prova documentale.

Gli etilometri devono rispondere ai requisiti stabiliti con disciplinare tecnico approvato con decreto del Ministro dei Trasporti e della Navigazione di concerto con il Ministro della Sanità. I requisiti possono essere aggiornati con provvedimento degli stessi Ministri, quando particolari circostanze o modificazioni di carattere tecnico lo esigano.

---

5 - Cass. pen. 16.1.2008, n. 8591, in *Cass. pen.*, 2008, 10, 3831.

6 - Cass. pen. 30.3.2004, n. 45070, in *Cass. pen.*, 2006, 1, 212.

La Direzione generale della Motorizzazione Civile e Trasporti in Concessione (MCTC) provvede all'omologazione del tipo degli etilometri che, sulla base delle verifiche e prove effettuate dal Centro Superiore Ricerche e Prove Autoveicoli e Dispositivi (CSRPAD), rispondono ai requisiti prescritti.

Prima della loro immissione nell'uso gli etilometri devono essere sottoposti a verifiche e prove presso il CSRPAD.

Gli etilometri in uso devono essere sottoposti a verifiche di prova dal CSRPAD secondo i tempi e le modalità stabiliti dal Ministero dei Trasporti e della Navigazione, di concerto con il Ministero della Sanità.

In caso di esito negativo delle verifiche e prove, l'etilometro è ritirato dall'uso.

Quando gli accertamenti qualitativi hanno dato esito positivo, in ogni caso d'incidente ovvero quando si abbia altrimenti motivo di ritenere che il conducente del veicolo si trovi in stato di alterazione psico-fisica derivante dall'influenza dell'alcol, gli organi di polizia stradale di cui all'art. 12, comma 1 e 2, d.lgs. 30.4.1992, n. 285, anche accompagnandolo presso il più vicino ufficio o comando, hanno la facoltà di effettuare l'accertamento con gli strumenti e le procedure previsti.

Per i conducenti coinvolti in incidenti stradali e sottoposti alle cure mediche, l'accertamento del tasso alcolemico viene effettuato, su richiesta degli organi di polizia stradale, da parte delle strutture sanitarie di base o di quelle accreditate o comunque a tali fini equiparate. Le strutture sanitarie rilasciano agli organi di polizia stradale la relativa certificazione, estesa alla prognosi delle lesioni accertate, assicurando il rispetto della riservatezza dei dati in base alle vigenti disposizioni di legge. Copia della certificazione deve essere tempestivamente trasmessa, a cura dell'organo accertatore che ha proceduto agli accertamenti, al prefetto del luogo della commessa violazione per gli eventuali provvedimenti di competenza.

I risultati del prelievo ematico, che sia stato effettuato secondo i normali protocolli medici di pronto soccorso, durante il ricovero presso una struttura ospedaliera pubblica a seguito dell'incidente stradale sono utilizzabili, nei confronti dell'imputato, per l'accertamento del reato, trattandosi di elementi di prova acquisiti attraverso la documentazione medica e restando irrilevante, ai fini dell'utilizzabilità processuale, la mancanza del consenso<sup>7</sup>.

Di contro, il prelievo ematico effettuato in assenza di consenso e non nell'ambito di un protocollo medico di pronto soccorso, e dunque non reso necessario a fini sanitari, è inutilizzabile atteso che nel caso sussiste violazione dell'art. 13 Cost. essendosi proceduto ad un prelievo invasivo consentito dalla legge solo in presenza dell'autorizzazione del soggetto o di un provvedimento dell'autorità giudiziaria<sup>8</sup>.

7 - Cass. pen. 9.12.2008, n. 4118, in *Dr & giust.*, 2009.

8 - Cass. pen. 9.12.2004, n. 4862, in *Cass. pen.*, 2006, 1, 209.



Qualora l'esito degli accertamenti effettuati presso le strutture sanitarie non sia immediatamente disponibile e quelli effettuati direttamente dagli organi di polizia stradale abbiano dato esito positivo, questi ultimi possono disporre il ritiro della patente di guida fino all'esito degli accertamenti e, comunque, per un periodo non superiore a dieci giorni.

#### **4. Prevenzione, repressione e...comunicazione: processo evolutivo di una efficace azione di contrasto al fenomeno infortunistico**

L'approfondita analisi del fenomeno infortunistico e, soprattutto, la consapevolezza evidente della necessità di rimodulare l'azione di contrasto improntandola su parametri di concezione sicuramente più calzante alle rinnovate esigenze della odierna società, hanno determinato, dal punto di vista programmatico, l'irrinunciabile esigenza di rivisitare le tradizionali strategie d'intervento. Sino a pochi anni or sono, il carattere primario dei valori tutelati e la conseguente possibilità d'incidere sulle libertà fondamentali dell'individuo, facevano ritenere, in una prospettiva di tipo autoritario, che la Polizia di Stato trovasse in sé la propria legittimazione, che l'attività posta a tutela del bene sicurezza non richiedesse una strategia globale di comunicazione, che la serietà dell'impegno come istituzione rendesse inopportuna o, addirittura, fuorviante una cura dell'immagine diversa dalla mera attenzione all'assetto formale. È tuttavia divenuta, ormai, consolidata opinione, che il comportamento di guida sia legato allo stile di vita e che per migliorare la sicurezza sulle strade occorra anzitutto un cambiamento culturale perché il rispetto delle regole passa in primo luogo attraverso il consenso.

In ragione delle argomentazioni sopra esposte ben si comprende, quindi, come un settore in cui l'informazione, la comunicazione e l'educazione sono andate assumendo un ruolo centrale è quello della sicurezza stradale.

In tale prospettiva, la Polizia Stradale, nella consapevolezza che la comunicazione rappresenti, nell'odierna società, un fattore critico di successo, nell'ambito dell'elaborazione di efficaci strategie di contrasto, ha ritenuto necessario implementare i due tradizionali obiettivi della prevenzione e repressione con l'elemento innovativo dell'informazione, che ha rappresentato il motivo di indiscusso successo delle recenti iniziative intraprese, in particolare per contrastare miti e stereotipi negativi, come la ormai, purtroppo, nota "cultura dello sballo".

#### **5. Le campagne di sensibilizzazione e repressione già sperimentate: "Guido con Prudenza", "Brindo con prudenza" e "#nonrischioperché"**

"Guido con Prudenza" è iniziativa mirata a sensibilizzare i giovani conducenti sui pericoli legati alla guida in stato di ebbrezza, realizzata in alcune delle località di vacanza estiva preferite dai ragazzi e promossa dalla Polizia stradale con la Fondazione dell'Associazione Nazionale per le imprese Assicuratrici (ANIA) e il Sindacato Italiano Locali da Ballo (SILB).

Si tratta di un progetto che vede impegnate congiuntamente amministrazioni pub-

bliche e privati in vista del raggiungimento dell'obiettivo di ridurre e contrastare il fenomeno infortunistico delle cosiddette "stragi del sabato sera".

Considerato il pubblico di riferimento, rappresentato dal popolo delle discoteche, è stato importante adottare un linguaggio e delle immagini che fossero familiari ai giovani, facendo leva sull'importanza che ha per loro appartenere ad un gruppo, ma al tempo stesso essere unici al suo interno ("coolness"). L'obiettivo è quello di far passare senza retorica il messaggio che è cool non soltanto chi parla o si veste in un certo modo, ma anche chi pensa alla propria sicurezza ed a garantirsi la possibilità di continuare a divertirsi.

Il progetto, che si svolge nei luoghi di divertimento più frequentati della penisola, è incentrato sulla figura del "guidatore designato", che sceglie di non bere per riaccompagnare a casa i propri amici in sicurezza.

All'uscita dalla discoteca tutti i ragazzi possono ritirare, insieme ad un gadget, un alcol test per verificare in assoluta libertà il loro eventuale stato di ebbrezza.

Qualora, poi, venissero fermati nell'ambito di un posto di controllo della Polizia Stradale e risultassero negativi alla prova dell'etilometro, la pattuglia, invece della multa, consegnerebbe loro un biglietto omaggio per l'ingresso in discoteca nei fine settimana successivi.

La formula vincente della campagna, sia in termini operativi che di comunicazione, è stata quella di essere riuscita a combinare l'informazione (garantita anche da un ampio battage pubblicitario), la prevenzione (con il rafforzamento dei servizi contro le c.d. stragi del sabato sera nelle zone interessate dal progetto) e la necessaria repressione dei comportamenti a rischio.

Assolutamente innovativo è stato il profilo premiale: il poliziotto che regala un ingresso in discoteca al conducente sobrio vuole evidentemente avvicinarsi al ragazzo nella prospettiva della prossimità, perché il nemico non è il divertimento ma la guida dopo aver bevuto.

L'iniziativa è stata ripetuta anche in occasione delle festività natalizie, con lo slogan "Brindo con Prudenza".

Formazione, sensibilizzazione e prevenzione, sono infine gli ingredienti di "#non-rischio perché", iniziativa organizzata dalla Polizia Stradale, in collaborazione con la Fondazione ANIA, che, per oltre un mese, ha coinvolto alcune tra le principali località turistiche italiane nel periodo estivo. L'obiettivo della campagna è quello di ridurre gli incidenti stradali che, solo nell'ultimo anno, ha visto 3563 persone perdere la vita in tutta Italia e una vittima su 5 aveva meno di 30 anni. Ai partecipanti è stata offerta la possibilità di cimentarsi in un quiz sulla sicurezza stradale e di svolgere prove di guida sicura al simulatore, nella circostanza sono stati inoltre distribuiti gadget a tema, tra cui

etilometri monouso con informazioni sulla guida in stato di ebbrezza“. La comunicazione, affiancata quindi a degli strutturati dispositivi di controllo e repressione, opportunamente organizzati in località strategiche anche dal punto di vista della visibilità, rappresenta uno strumento fondamentale di prevenzione per promuovere, soprattutto nel settore della sicurezza stradale, un maggiore rispetto degli standard di sicurezza. L'esperienza che la Polizia Stradale ha ormai maturato nel settore, insegna che quando il comportamento illecito è contenuto, le strategie di contrasto con interventi mirati e controlli a campione, rappresentano un'arma vincente. Quando invece, come accade nel settore della circolazione stradale, i comportamenti illeciti costituiscono l'atteggiamento della maggioranza, occorre necessariamente ricorrere a strategie di controllo sistematico. Complessivamente l'analisi dell'evoluzione delle strategie di contrasto alla guida in stato di ebbrezza, condotta affrontando le problematiche oggetto della presente trattazione, permette di affermare che l'azione di contrasto dei fenomeni presi in esame deve essere innanzitutto improntata ad una capillare disamina di tutte le componenti che costituiscono gli elementi essenziali di una efficace azione preventiva. In quest'ottica, chiaramente emerge come sia imprescindibile l'azione sinergica di molteplici attori (il legislatore, le forze di polizia, gli enti locali, le aziende di trasporto, gli enti assistenziali, i gestori di esercizi pubblici, gli stessi cittadini), istituzionali e non, che, ognuno per il proprio ambito di competenza, si impegnino a garantire il necessario supporto, sia in termini di incisività dell'azione repressiva, sia nella sostanziale opera di informazione e sensibilizzazione, che costituisce il fondamento di un efficace intervento preventivo.

La tutela del rispetto delle leggi non può, infatti, limitarsi all'attività repressiva, ma deve essenzialmente orientarsi nel senso della comunicazione delle motivazioni che sottostanno alla scelta normativa.

La convinzione è che il rispetto delle regole non passa soltanto attraverso la coercizione ed i controlli ma si basa soprattutto sulla consapevolezza ed il convincimento che determinate scelte normative affiancate da adeguate strategie di intervento, dal punto di vista operativo, costituiscono la migliore soluzione per garantire che un diritto tutelato dalla Costituzione, come la libera circolazione dei cittadini, si estrinsechi nel totale rispetto della salvaguardia dei beni primari della vita e dell'incolumità fisica.

## 2. Il ruolo della Commissione Medica Locale Patenti

**Maurizio Golia**

### 1. Riferimenti normativi in tema di alcol e guida

#### 1.1 Art. 186 Codice della Strada (DLgv 285/1992) e successive integrazioni: sintesi

Chiunque abbia un tasso di alcol nel sangue superiore al valore di 0,5 grammi per litro viene considerato “in stato di ebbrezza” alcolica, ai sensi dell'art. 186, comma 6 del Codice della Strada (C.d.S.). In base all'art. 186 bis comma 1, i conducenti di età

inferiore a 21 anni, o comunque nei primi tre anni dal conseguimento della patente di categoria B, coloro che esercitano l'attività di trasporto di persone e di trasporto di cose con veicoli di peso superiore a 3,5 tonnellate, commettono una violazione se il tasso di alcol è superiore a zero (art. 186 bis comma 2). Se questi soggetti circolano con un tasso di alcol superiore a 0,5 grammi per litro, sono previste sanzioni più severe rispetto agli altri conducenti.

Se il tasso di alcol è compreso tra 0,5 e 0,8 grammi per litro, sulla violazione decide il Prefetto, mentre se è superiore si commette un reato, su cui deciderà il Tribunale. Anche in quest'ultimo caso, il trasgressore è soggetto alla sospensione della patente, in via cautelativa, da parte del Prefetto:

- per il comma 2 a (tasso alcolemico superiore a 0,5 e sino a 0,8 grammi per litro): prevista sospensione patente da 3 a 6 mesi. Se il conducente ha provocato un incidente (comma 2 bis) la sanzione è raddoppiata (da 6 mesi a 1 anno), con fermo del veicolo per 180 giorni. Se il conducente è neopatentato o conducente professionale (art. 186 bis comma 1) le pene sono aumentate di un terzo, ai sensi dell'art. 186 bis comma 3. È obbligatorio sottoporsi, entro 60 giorni, a visita medica presso la competente Commissione Medica Patenti di Guida. In caso di mancata visita, il Prefetto può disporre la sospensione cautelare della patente sino all'esito della visita (art. 186 comma 8).

- per il comma 2 b (tasso alcolemico superiore a 0,8 e sino a 1,5 grammi per litro): prevista sospensione patente da 6 mesi ad 1 anno. Se il conducente ha provocato un incidente (comma 2 bis) la sanzione è raddoppiata (da 1 anno a 2 anni), con fermo del veicolo per 180 giorni. Se il conducente è neopatentato o conducente professionale (art. 186 bis comma 1) le pene sono aumentate da un terzo alla metà, ai sensi dell'art. 186 bis comma 3. È obbligatorio sottoporsi, entro 60 giorni, a visita medica presso la competente Commissione Medica Patenti di Guida. In caso di mancata visita, il Prefetto può disporre la sospensione cautelare della patente sino all'esito della visita (art. 186 comma 8).

- per il comma 2 c (tasso alcolemico superiore a 1,5 grammi per litro): prevista sospensione patente da 1 anno a 2 anni. Se il veicolo appartiene al conducente, viene confiscato, altrimenti la durata della sospensione della patente è raddoppiata (da 2 a 4 anni). Se il conducente è neopatentato o conducente professionale (art. 186 bis comma 1) le pene sono aumentate da un terzo alla metà, ai sensi dell'art. 186 bis comma 3. In caso di recidiva nel biennio, o se il conducente ha provocato un incidente (comma 2 bis), la patente è revocata. La patente non può essere restituita prima della visita medica da effettuarsi presso la competente Commissione Medica Patenti di Guida (comma 9). Se la violazione è commessa alla guida di un autobus o di un veicolo con massa complessiva a pieno carico superiore a 3,5 tonnellate, o in caso di recidiva nel biennio la patente è sempre revocata.

- per il comma 7, se il conducente rifiuta di sottoporsi ad accertamento del tasso

alcolemico, si applicano pene analoghe a quelle previste dal comma 2 c (vedi sopra). Il codice precisa che “La condanna per il reato di cui al periodo che precede comporta la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida per un periodo da sei mesi a due anni e della confisca del veicolo con le stesse modalità e procedure previste dal comma 2, lettera c), salvo che il veicolo appartenga a persona estranea alla violazione”. Ai sensi del comma 8 il Prefetto dispone che l’interessato si sottoponga a visita medica presso la competente Commissione Medica Patenti di Guida. In caso di mancata visita, il Prefetto può disporre la sospensione cautelare della patente sino all’esito della visita. Nei casi dei commi 2b e 2c, trattandosi di ipotesi di reato, il Prefetto dispone la sospensione provvisoria della validità della patente di guida fino ad un massimo di due anni, ai sensi dell’art. 223, comma 2 del Codice della Strada. Nel caso di revoca della patente, questa non può essere rinnovata prima di tre anni dalla data dell’illecito (art. 219 comma 3 ter).

### **1.2 Art. 320 - Appendice II punto F - DPR 495/1992**

La patente di guida non deve essere rilasciata o confermata ai candidati/conducenti che si trovino in stato di dipendenza attuale da alcol nè a persone che comunque consumino abitualmente sostanze capaci di compromettere la loro idoneità a guidare senza pericoli.

### **1.3 Art. 6 L.125/2001**

Le Commissioni Mediche Locali sono integrate, per le visite ad aspiranti conducenti che manifestino comportamenti o sintomi associabili a patologie alcol-correlate, da un medico dei servizi preposti alla prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti con problemi e patologie alcol-correlati.

## **2. Ruolo della Commissione Medica Locale (C.M.L.) ai sensi dell’art.119 C.d.S.**

La Commissione Medica Locale ha il compito di valutare l’idoneità psico-fisica di soggetti che hanno guidato in stato di ebbrezza alcolica; la valutazione, trattandosi di persone che hanno già manifestato un comportamento pericoloso per sè e per gli altri, deve essere ispirata a criteri di particolare prudenza.

### **2.1 Struttura ed Organizzazione territoriale**

#### **(Art. 330 D.P.R. 495/92)**

Le Commissioni Mediche Locali sono costituite presso le ASL di ogni capoluogo di provincia. Hanno il compito di accertare i requisiti psico-fisici in caso di rinnovo o di revisione o conseguimento della patente richiesto da soggetti con situazioni cliniche patologiche. Il DPR pubblicato sulla G.U. n. 141 del 18/6/13 prevede che le Commissioni siano costituite con provvedimento dell’Ente territoriale competente presso i servizi ASL che svolgono funzioni in materia medico-legale.

## **2.2 Il medico dei Servizi territoriali per le alcoldipendenze e la Commissione Medica Locale**

È membro della Commissione Medica Locale in tutti i casi in cui si devono valutare soggetti con problemi e patologie alcol-correlate (Art. 119 C.d.S.). Mette a disposizione della Commissione le competenze specialistiche e l'esperienza clinica necessarie a meglio far emergere e valutare tutti gli elementi rilevanti dell'anamnesi alcolologica e degli esiti degli accertamenti di laboratorio e specialistici. Indirizza la C.M.L. nella scelta degli accertamenti e percorsi informativi, diagnostico terapeutici più opportuni e nel giudizio finale.

## **2.3 Ruolo dei Servizi territoriali per le Dipendenze pubblici e privati**

La Commissione invita la persona a rivolgersi ai Servizi territoriali pubblici e privati per le Alcoldipendenze, secondo principi di libera scelta, per seguire percorsi di approfondimento e sensibilizzazione, nonché per effettuare ulteriori accertamenti mirati a valutare l'eventuale presenza di problematiche alcol-correlate. Al termine del periodo di frequenza, verrà rilasciata una certificazione di valutazione specialistica alcolologica da presentare alla Commissione Medica Locale.

## **3. Dopo il fermo per “guida in stato di ebbrezza”**

A seguito dell'accertamento della “guida in stato di ebbrezza”, il Prefetto competente, con apposito decreto, che viene inviato all'interessato, dispone, oltre alle sanzioni previste, l'invio alla Commissione Medica Locale Patenti dell'ASL, preposta per effettuare tali visite di idoneità. Per gli utenti inviati a visita per guida in stato di ebbrezza e per coloro, comunque, con patologie alcol-correlate, la Commissione richiede, oltre alla documentazione amministrativa (verbale del fermo, patente, altro) e sanitaria (certificati attestanti eventuali patologie), gli esami di laboratorio relativi ai marcatori diretti o indiretti di consumo alcolico su matrice ematica (emocromo, funzionalità epatica, transferrina desialata-CDT) ed, eventualmente, su matrice cheratinica (Etilglicuronide-ETG). Per gli utenti che sono in possesso di patente di categoria superiore (C-D-E), per i recidivi e per coloro che risultano essere stati fermati con alcolemia uguale/superiore a 1,5 g/L, è richiesta preventivamente una relazione rilasciata dai Servizi Territoriali competenti.

## **4. La visita in Commissione**

Oltre l'obiettività, viene raccolta l'anamnesi dettagliata, in particolare si verifica se trattasi di primo fermo o di recidiva, tasso alcolemico al momento del fermo, se il soggetto è stato coinvolto in un incidente stradale, il grado di consapevolezza del rischio “alcol e guida”, si chiedono le modalità di uso di bevande alcoliche e l'eventuale consumo di sostanze stupefacenti, di presenza di patologie concomitanti, di terapie in corso e di eventuale riconoscimento d'invalidità civile. È facoltà della Commissione richiedere ulteriore documentazione sanitaria e/o accertamenti specialistici e/o di laboratorio (per esempio attraverso l'invio ai Servizi Territoriali per le Dipendenze), e quindi sospendere la valutazione in attesa di suddetta documentazione. La Com-

missione Patenti, anche in presenza di una completa negatività degli accertamenti, a seconda della gravità della situazione (es. alta alcolemia o recidività) e dei precedenti del guidatore (es. incidenti stradali) può richiedere accertamenti più approfonditi e controlli ripetuti nel tempo. Al termine della visita, viene direttamente consegnato all'interessato il certificato con l'esito, che può essere di idoneità alla guida, temporanea o definitiva o di non idoneità temporanea o definitiva.

### 5. Criteriologia valutativa della Commissione Medica Locale

Orientativamente possono essere identificate tre classi di rischio:

#### 1. Classe di rischio I (rischio basso)

- Consumo occasionale moderato (< di 40 g/die nell'uomo e 20 g/die nella donna) di bevande alcoliche
- Esami di laboratorio generali e specifici nella norma
- Anamnesi generale e obiettività negativa
- Tasso alcolemico < 1 g/l

#### 2. Classe di rischio II (rischio medio)

- Consumo occasionale incongruo (consumo quantitativamente eccedente i limiti descritti per il consumo moderato oppure un consumo alcolico comunque ritenuto inappropriato in relazione ad altri elementi circostanziali quali comorbilità, terapia farmacologiche, altro) o consumo continuativo moderato di bevande alcoliche o una singola recidiva (previa valutazione dei Servizi Territoriali per le Dipendenze favorevole)
- Esami di laboratorio generali e specifici nella norma
- Anamnesi generale e obiettività negativa

#### 3. Classe di rischio III (rischio elevato)

Presenza di almeno uno dei seguenti parametri:

- Utilizzo patologico dell'alcol o deficit di controllo (consumo incongruo e continuativo) dell'uso dell'alcol
- Certificazione dei Servizi Territoriali per le Dipendenze che evidenzia il rischio
- Anamnesi di plurirecidiva
- Esami di laboratorio specifici (CDT e/o ETG) alterati
- Segni clinici di patologie alcol-correlate

Avverso il giudizio della Commissione Medica Locale l'utente può presentare ricorso, entro 120 giorni dalla consegna del certificato, alla Commissione delle Ferrovie dello Stato Competente per territorio. La Commissione Patenti comunica, al competente Ufficio del Dipartimento Trasporti Terrestri (Motorizzazione Civile) il giudizio di temporanea o permanente inidoneità alla guida. Tale Ufficio adotta il provvedimento di sospensione o revoca della patente di guida ai sensi degli articoli 129 e 130 del Codice della Strada. La Commissione comunica, altresì, all'ufficio della Motorizzazione Civile eventuali riduzioni temporali della validità della patente, anche con riferimento



ai veicoli che la stessa abilita a guidare, ai fini del rilascio del duplicato con il nuovo termine di validità. I provvedimenti di sospensione o di revoca ovvero la riduzione del termine di validità della patente, che incidono sulla categoria di veicolo alla cui guida la patente abilita, **possono essere modificati dai suddetti uffici della motorizzazione civile in autotutela, qualora l'interessato produca, a sua richiesta e a sue spese, una nuova certificazione medica rilasciata dagli organi sanitari periferici della società Rete Ferroviaria Italiana Spa dalla quale emerga una diversa valutazione.** È onere dell'interessato produrre la nuova certificazione medica, entro i termini utili alla eventuale proposizione del ricorso giurisdizionale, al Tribunale Amministrativo Regionale competente ovvero del ricorso straordinario al Presidente della Repubblica. La produzione del certificato oltre tali termini comporta decadenza dalla possibilità di esperire tali ricorsi.

## Bibliografia

D.L. 285/1992

DPR 495/1992

L. 160/2007

L.125/2001

Documento Regione Lombardia del 22/10/13.

Pioda G.B., Protospataro G., Mazzotti M., *Droge e alcool nella guida*, Forlì, Egaf Eedizioni, 2012

## 3. Quali azioni di prevenzione efficace. Il ruolo dei Servizi di Alcologia

**Andrea Noventa**

### 1. Esperienze di prevenzione nella comunità

Gli studi, le ricerche, i programmi di intervento e di educazione alla salute che prendono in considerazione il comportamento “assunzione di alcolici associato alla guida di veicoli” sono, in Italia, sempre più numerosi. Il problema alcol e guida (drinking and driving) è considerato un problema strategico da parte delle autorità di tutti gli Stati Europei. È inoltre uno dei luoghi in cui la collaborazione tra Stato, privati e associazionismo ha dato i migliori risultati. L'assenza di veri conflitti in questa materia e il riconoscimento da parte di tutti della necessità di limitare al massimo i comportamenti a rischio da parte dei consumatori ha attivato una attenzione legislativa di controllo e preventiva che sta producendo risultati significativi in tutta l'Europa. Inoltre la problematica “alcol & guida” rappresenta uno dei progetti più rilevanti del Piano Europeo d'Azione sull'Alcol dell'OMS e uno degli obiettivi (target 17) di protezione e promozione della salute più significativi della comunità.

Riguardo all'incidentalità stradale è ormai riconosciuto che, tra i fattori umani, l'uso di alcol è certamente quello più rilevante sia in termini di rischio relativo che in termini di rischio attribuibile, data la grande diffusione dell'uso di alcol tra la popolazione.



- Attualmente in Italia si registrano, ogni anno, per incidenti stradali circa 5000 morti, 20.000 invalidi gravi, 145.000 ricoveri e circa 1 milione di accessi al Pronto Soccorso, con costi stimati in oltre 20-30 miliardi di euro
- Molti studi epidemiologici rilevano che la quota di incidenti stradali gravi e mortali attribuibili all'alcol è attorno al 50%
- un quinto di tutti i ricoveri urgenti sono alcol-correlati
- dal 10 al 30% degli incidenti gravi e mortali in ambito lavorativo sono alcolcorrelati e, di essi, il 50% avvengono alla guida di mezzi di trasporto
- dal 20 al 50% degli accessi al Pronto Soccorso per incidente stradale o lavorativo è correlato all'uso di alcol
- Il 70% dei maschi e il 30% delle femmine giovani affermano di aver bevuto prima di mettersi alla guida
- Dal 15 al 20% dei giovani afferma di aver guidato dopo avere bevuto molto e il grado di consapevolezza del rischio è molto basso
- Si stima che almeno il 30% dei fermi per controlli dell'alcolemia sia positivo e con valori al di sopra della soglia limite di 0.5 g/l; tale percentuale è aumentata anche per la variazione della alcolemia prevista per legge
- Si stima che attorno al 10% delle persone fermate in stato di ebbrezza alcolica presentino alcolemie >150 mg/ml e, quindi, una condizione di rischio molto elevato e spesso associata ad uno stato di dipendenza dall'alcol

La ricerca epidemiologica in Italia sconta gravi problemi sia per quanto concerne la rilevazione che la applicazione della normativa su tutto il territorio nazionale. Diventa sempre più necessario identificare dati certi e metodiche di rilevazione che permettano di delineare la situazione italiana sia come stili di vita che per la correlazione alla guida. È evidente quindi che vista l'alta correlazione tra alcol e incidenti stradali, per ridurre il numero e la gravità di questi è una priorità assoluta attuare interventi in questo campo, in relazione anche ai costi connessi con questo fenomeno, costi difficilmente valutabili ma comunque dell'ordine di almeno 30 miliardi di euro.

L'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) ha stimato la perdita economica derivante dalla mortalità, morbosità e inabilità correlate ai soli incidenti stradali tra il 2 e il 4% del PIL.

L'azione, quindi, sull'uso di alcol durante la guida diventa indispensabile per raggiungere il risultato suggerito dall'OMS di ridurre del 40% il numero degli incidenti stradali.

## **2. Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): Alcol e Sicurezza Stradale**

Le diverse organizzazioni internazionali e soprattutto l'OMS hanno più volte evidenziato la rilevanza di tale aspetto relativamente ai costi sociali dei problemi alcolcorrelati e indicato semplici ed articolate strategie di intervento preventivo.

In particolare l'OMS indica che:

1. Sia l'abuso di alcol che gli incidenti alcolcorrelati sono problemi sociali. Gli in-

cidenti che implicano l'uso di alcol sono un indicatore del consumo nella società. I programmi per la prevenzione degli incidenti dovrebbero essere parte della politica del controllo dell'uso di alcol

2. Per limitare la crescita del consumo di alcol, la tassazione dei prodotti dovrebbe essere mantenuta a un livello tale che assicuri che il prezzo delle bevande alcoliche, in termini reali riferiti al reddito, sia costante o in aumento, mentre quello delle bevande non alcoliche diminuisca

3. La diffusione di programmi di educazione/riabilitazione per coloro che sono stati trovati a guidare in stato di ebbrezza è fortemente raccomandata. Lo sviluppo e la valutazione di tali programmi con opportuni controlli sono altamente desiderabili

4. L'efficacia della repressione del misuso alcolico dovrebbe essere incrementata attraverso collegamenti tra amministratori, polizia, magistrati e personale sanitario

5. È essenziale promuovere validi controlli di polizia nel caso di guida in stato di ebbrezza. Questa azione dovrebbe essere accompagnata da programmi di informazione diretti agli utenti della strada

6. Andrebbero limitati per legge i contenuti dei messaggi pubblicitari dove l'alcol appare un elemento desiderabile per lo stile di vita;

7. Per i principianti e i neopatentati dovrebbe essere stabilito un limite legale alcolico più basso;

8. Dovrebbe essere promossa e rafforzata l'introduzione di controlli casuali per individuare conducenti che guidano sotto l'influenza dell'alcol;

9. Il fatto che il costo sociale degli incidenti alcolcorrelati è molto alto dovrebbe essere portato a conoscenza del pubblico. Questo aspetto è importante perché la percezione da parte degli individui di avere un incidente a causa del consumo di alcol è bassa;

10. Semplici messaggi, come "non bere guidando", dovrebbero essere diffusi ove possibile e dovrebbero essere ripetuti regolarmente.

L'OMS nella Conferenza di Parigi del 1995 ha inserito nella Carta Europea sull'Alcol un punto specifico delle strategie (n.3) per l'azione preventiva:

"Emanare ed applicare leggi che scoraggino efficacemente di mettersi alla guida dopo aver consumato bevande alcoliche".

Le contromisure adottate per il bere alla guida sono efficaci se vengono vigorosamente rinforzate e pubblicizzate. La prevenzione e la stretta applicazione delle leggi sul bere alla guida sono di fondamentale importanza. I giovani che bevono e guidano sono particolarmente a rischio, a causa della loro mancanza di esperienza sia alla guida che nel bere. I test casuali sull'aria espirata, opportunamente pubblicizzati, possono produrre una riduzione degli incidenti stradali mortali di almeno il 20% e di quelli non mortali di almeno un terzo. Sotto l'effetto dell'alcol una piccola percentuale di guidatori (circa il 5% o meno) causa una percentuale significativa di danni seri e mortali (20%) negli incidenti stradali. Più gli incidenti diventano gravi, più acquista importanza il ruolo svolto dall'alcol.

Anche una modesta riduzione del bere alla guida avrebbe un effetto considerevole sul verificarsi degli incidenti (WHO,1996, p.67-68).

### 3. Concentrazione ematica di alcol (BAC) e prestazioni

Molte ricerche hanno dimostrato che anche basse concentrazioni di alcol nel sangue (BAC = Blood Alcohol Concentration) deteriorano in maniera significativa le prestazioni alla guida ed aumentano esponenzialmente il rischio di incidenti stradali. È evidente che tale conoscenza ha influenzato anche il cambiamento nelle politiche, con conseguente diminuzione degli incidenti e della mortalità alcolcorrelati.

Una rassegna molto vasta di studi (Alcohol Alert n.52, 2001) ha concluso che le capacità richieste per condurre un qualsiasi tipo di veicolo a motore si affievoliscono anche per lievi deviazioni da BAC a zero. Esiste ormai una convergenza di opinioni che con BAC 0,05% si ha una diminuzione significativa delle capacità per poter guidare. A valori dello 0,02% o meno, la capacità di suddividere l'attenzione tra due o più sorgenti di informazione visiva può risultare indebolita. A partire da BAC 0,05% i guidatori mostrano altri segni di scadimento compresi i movimenti oculari, la resistenza all'abbagliamento, la percezione visiva e il tempo di reazione. Moskowitz e coll. (2000) riferiscono che l'alcol diminuisce in modo sostanziale le prestazioni su un simulatore di guida a qualunque BAC superiore a 0,02%. Il rischio di incidenti fatali per i guidatori con BAC positivo, se comparato con quello degli altri guidatori (rischio relativo) aumenta all'aumentare del BAC e i rischi salgono più rapidamente per i guidatori con meno di 21 anni rispetto ai guidatori più anziani.

### 4. Fattori che influenzano la guida

---

#### FATTORI CHE INFLUENZANO LA GUIDA E LA SICUREZZA STRADALE

- 1 - Aumento dell'alcolemia
- 2 - Assunzione contemporanea di droghe, farmaci e alcol
- 3 - Giovane età dei conducenti (↑ rischio)
- 4 - Bere periodico, ad eccesso (binge drinking)
- 5 - Guida spericolata, in ore notturne e in condizioni di stanchezza e sonno

**Fig.1: Fattori che influenzano la guida e la sicurezza stradale**

---

#### 4.1 Alcol e rischio di incidente stradale

È ormai noto che la curva del rischio di incidente stradale cresce con il crescere della alcolemia e che sicuramente si ha rischio zero per consumo zero. È altresì noto che:

- a. Il rischio, che comincia a manifestarsi in maniera significativa a livelli alcolemici di 0,5 g/l, cresce esponenzialmente per aumenti successivi dell'alcolemia (a 1g/l si ha un rischio relativo pari a 10; per alcolemie di 1,30g/l corrisponde un rischio relativo tra 25-30)
- b. L'assunzione contemporanea di alcol e farmaci o droghe incide sull'efficienza psi-

- cofisica, aumentandone gli effetti (psicofarmaci, antistaminici, antidolorifici, altro)
- c. A parità di alcolemia, i rischi sono notevolmente maggiori per i conducenti più giovani e/o inesperti nella guida
- d. A parità di alcolemia, i rischi sono notevolmente maggiori per conducenti che bevono saltuariamente e/o che valutano meno rischioso il loro bere
- e. La quota di incidenti stradali gravi e mortali attribuibili all'alcol è attorno al 50%
- f. La probabilità di incorrere in un incidente stradale con perdita di controllo in soggetti che guidano nelle ore notturne del fine settimana con alcolemia superiore a 150 mg/dl è 380 volte più grande rispetto alla probabilità dei soggetti sobri.

#### 4.2 Tolleranza all'alcol

La ricerca suggerisce che ripetute prestazioni sotto l'influsso dell'alcol possono rendere una persona meno sensibile allo scadimento ad un dato BAC. Tuttavia, sebbene le alterazioni non siano evidenti durante operazioni di routine, le prestazioni potrebbero peggiorare in situazioni nuove o inaspettate. Si è in sostanza rilevato che l'azione dell'alcol influisce sul grado di controllo in particolare nelle situazioni impreviste peraltro molto frequenti nella guida.

#### 4.3 Età

I guidatori più giovani presentano un tasso di incidenti stradali molto più elevato dei guidatori più anziani. Se confrontato con quello degli incidenti mortali per i guidatori tra 25 e 69 anni, il valore di mortalità per i guidatori di 16-19 anni (NHTSA/USA) è circa 4 volte maggiore ed il valore per i guidatori ultra-85anni è 9 volte più alto. Tra i guidatori maschi minori di 21 anni, un incremento del BAC di 0,02% raddoppia di molto il rischio di incidente mortale a veicolo singolo. Le donne in questo gruppo di età, tuttavia, presentano un rischio relativo inferiore a quello dei maschi a parità di BAC. In generale il maggior rischio per i giovani è da attribuirsi in parte alla minor esperienza di guida, unitamente all'eccesso di confidenza, al basso senso del pericolo e alla predisposizione al rischio. Inoltre la presenza in macchina (o nel gruppo) di altri giovani può incoraggiare uno stile di guida rischioso e si associa con il maggior rischio di incidenti stradali ad esito fatale tra i giovani guidatori; inoltre il rischio è più elevato in chi beve meno frequentemente come avviene, per moltissimi giovani, preferibilmente nei fine settimana. I dati relativi alla incidentalità stradale nei week-end confermano la prevalenza della giovane età dei conducenti, 18-22 e 23-37 anni, quasi tutti di sesso maschile.

Inoltre i giovani rimangono coinvolti in così tanti incidenti stradali perché: i neopatentati hanno meno esperienza, guidano più ore durante la notte, quando il rischio è maggiore, più spesso commettono infrazioni per eccesso di velocità, è più elevato il numero di incidenti dovuti a eccesso di velocità, guida contromano, guida in stato di ebbrezza alcolica o sotto l'effetto di sostanze psicotrope, tutte circostanze che comportano un elevato rischio di morte.

*“I guidatori più giovani hanno un incremento di rischio per gli incidenti a partire da livelli di 20mg% e pertanto in questo gruppo di popolazione dovrebbe essere introdotto un limite legale pari o inferiore a 20mg%”.*

#### **4.4 Privazione del sonno**

La sonnolenza aumenta il rischio di incidenti stradali; diverse ricerche dimostrano che già con un BAC dello 0,01% si è più suscettibili all'addormentamento. Il consumo di alcol, inoltre, accentua gli effetti avversi della privazione di sonno. Soggetti ai quali è stata somministrata una dose bassa di alcol dopo una notte di sonno ridotto hanno fornito prestazioni scadenti al simulatore di guida. Persino in condizioni di non rilevanza di alcol nel sangue.

### **5. Strategie di prevenzione**

#### **5.1 Innalzamento dell'età minima legale per bere**

La National Highway Traffic Safety Administration stima che l'innalzamento dell'età minima legale per bere a 21 anni ha ridotto del 13% la mortalità alla guida che coinvolge i guidatori tra i 18 e i 20 anni ed ha salvato 19.121 vite a partire dal 1975. Quasi tutti gli studi hanno riportato una flessione significativa degli incidenti stradali e della relativa mortalità a seguito dell'innalzamento dell'età legale. Un problema rilevante è che la legge in Italia prevede già un'età legale molto bassa, 16 anni, inoltre lo stile del bere tra i giovani porta una significativa percentuale di giovani, circa 70-80%, ad aver già consolidato a tale età il comportamento di assunzione dell'alcol e quindi non considerare il bere e anche il bere e la guida un rischio. Le leggi che proibiscono di vendere o fornire alcol ai minori non sono generalmente ben applicate, ma gli sforzi della comunità per aumentare l'applicazione dell'età legale per bere possono risultare efficaci.

#### **5.2 Leggi sulla tolleranza zero**

Tali leggi, che stabiliscono il limite legale di BAC per i guidatori più giovani di 21 anni, o per i lavoratori a 0,00 o a 0,02%, sono messe in associazione con la diminuzione del 20% relativa alla frazione di guidatori di 21 anni coinvolti in incidenti mortali e alla frazione di incidenti notturni fatali coinvolgenti un unico veicolo tra i guidatori con età inferiore a 21 anni. Sulla base dei controlli effettuati i ricercatori riferiscono che i giovani guidatori riescono maggiormente a separare bere e guidare rispetto a quelli più anziani, tale differenza può essere associata anche alle leggi sulla tolleranza zero oltre che ad un graduale cambiamento del comportamento giovanile.

**5.3 Progressiva riduzione dei limiti previsti della alcolemia almeno a 0.50 (come attualmente recepito e previsto anche in Italia dalla Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati n.125, 30.3.2001 art.6).**

Le leggi che diminuiscono il limite legale del BAC vengono poste in relazione con

---

1 - WHO, 1996, p.68

la significativa diminuzione degli incidenti in particolare dei più gravi (WHO, Global status report on road safety 2015).

#### **5.4 Introdurre un limite differenziato pari a 0.00 o 0.20 per particolari gruppi a rischio**

**a. giovani e neopatentati; b. autisti e lavoratori** che utilizzano mezzi di trasporto e che quindi hanno anche una responsabilità maggiore sia per il comportamento della guida che per l'attività lavorativa che stanno svolgendo. Questa misura è molto importante per ridurre in maniera significativa gli incidenti stradali provocati da lavoratori. Tale misura preventiva va associata alla legislazione che pone il divieto di assunzione di alcol durante l'attività lavorativa, ad eccezione della mensa, e alla estensione alle categorie a rischio di un totale divieto di assunzione previsto dalla Legge n.125 art. 15. In particolare tale misura dovrebbe rivolgersi ai lavoratori delle ferrovie o addetti ai trasporti pubblici, ai guidatori di camion commerciali, ai marittimi e ai piloti di aviazione (in Spagna e in Austria è stabilito un tasso alcolico più basso, in Spagna è fissato un tasso massimo pari a 0,3 mg/ml per i principianti, per conducenti di grandi veicoli commerciali e di autobus e per i trasportatori di merci pericolose; per queste stesse categorie, nonché per i motociclisti minori di 18 anni, in Austria è di 0,1 e 0,2 mg/ml.) (WHO, Global status report on road safety 2015).

#### **5.5 Divieto di vendita di alcolici nelle autostrade**

La Legge n.125/2001 all'art. 14, "Vendita di bevande superalcoliche sulle autostrade" prevede il divieto di vendita di superalcolici al banco nelle aree di servizio situate lungo le autostrade dalle ore 22 alle ore 6. Tale limite è stato esteso a tutta la giornata tramite la Legge n.214 del 1/8/2003, anche se riguarda solamente le bevande superalcoliche e non tutte le bevande alcoliche. Inoltre la limitazione alla vendita al banco non limita di per sé il consumo e/o l'acquisto nei market interni ai punti di ristoro. L'autostrada, le superstrade e tangenziali dovrebbero essere completamente libere dall'alcol e dalle sostanze che nuocciono comunque e sempre alla guida.

#### **5.6 Introduzione degli accertamenti indicativi**

Strumentazione veloce e distribuita su tutto il territorio attraverso anche l'utilizzo di etilometri tascabili, per aumentare l'efficienza, la visibilità e la percezione del controllo da parte della popolazione. Effettuare un primo controllo con un etilometro tascabile (non certificante ed in grado di fornire il risultato in tempi brevissimi), per valutare successivamente al questo risultato se effettuare o meno la prova, di più lunga durata, con un etilometro certificante. Tale procedura permetterebbe un numero di controllo almeno 7-10 volte maggiore del livello attuale (in Francia sono circa 9 milioni i controlli e in Spagna 4,5 milioni, in Italia 1,5 milioni).

#### **5.7 Diffusione di strumenti di misura dell'alcolemia (palloncino, etilometri tascabili)**

Anche in contesti meno tradizionali ma sicuramente spesso significativamente

associati all'assunzione di alcol e/o al divertimento quali: **nei bar, nelle discoteche, nei pub, nelle feste**. In questi contesti la diffusione di strumenti di auto-valutazione dell'alcolemia favoriscono l'informazione a popolazioni difficilmente raggiungibili dai servizi sanitari e indurrebbe un maggiore attenzione ad una maggior auto-tutela in particolare riferito ai guidatori promuovendo un comportamento più responsabile "o bevi o guidi" (Sobrietà check-point). Inoltre l'auto-valutazione permette anche la maggiore diffusione delle informazioni di carattere normativo e relative ai livelli permessi dalla legge molto spesso non conosciuti dalla popolazione. Altro luogo significativo dove diffondere informazioni ed eventualmente anche etilometri tascabili è l'**autostrada**, nei luoghi di ristoro delle autostrade o nei caselli. Così come attuato in alcuni programmi sperimentali nelle **farmacie** a fianco di altri prodotti sanitari utili al controllo della propria salute. Non da ultimo la diffusione anche nei **luoghi di lavoro** in particolare per lavoratori addetti ad automezzi.

### 5.8 Screening per l'alcolismo ed intervento breve finalizzato per i pazienti del Pronto Soccorso

I pazienti del Pronto Soccorso (circa 1.000.000/anno), feriti in incidenti stradali alcolcorrelati, possono essere maggiormente motivati a cambiare le loro abitudini alcoliche. L'intervento medico finalizzato nel Pronto Soccorso ha portato (v. USA) ad una riduzione delle bevute successive e delle riammissioni al ricovero per trauma così come "bere e guidare", dei danni alcolcorrelati, delle infrazioni al codice stradale e dei problemi alcolcorrelati in particolare tra i più giovani. Il contesto del Pronto Soccorso potrebbe diventare un ambito di consulenza e di supporto medica e psicologica sulle problematiche correlate agli incidenti stradali unitamente ad un momento informativo sui rischi del bere e la guida (coinvolgimento delle associazioni di volontariato specifiche sull'alcol, e associazioni di vittime della strada). Il contesto del Pronto Soccorso, vista la particolare situazione di preoccupazione determinata dall'incidente e spesso anche la presenza per i giovani anche di qualche familiare, è sicuramente importante e significativo per l'esperienza della persona coinvolta in un incidente stradale e quindi sicuramente più ricettiva ed attenta a consigli e informazioni.

Inoltre per la realizzazione di questa attività visto l'alto numero di accessi al PS e in carenza di risorse professionali, potrebbero essere attivamente coinvolte associazioni di volontariato specifiche sull'alcol, sulla prevenzione degli incidenti stradali e associazioni di vittime della strada che potrebbero supportare i professionisti e dare informazioni, indirizzi di servizi a cui rivolgersi e supportare attivamente le vittime e i loro parenti (Noventa A., Progetto Pronto Soccorso, relazione al Corso HPG23, 2015).

### 5.9 Introduzione di misure educative/informative e di cura per le persone incorse nell'infrazione e nel ritiro della patente (Protocolli d'intesa fra CMLP e Servizi di Alcologia/Sert)

Definizione di un percorso diagnostico ed educativo indispensabile per trasformare l'azione di controllo da esclusivamente repressiva ad anche educativo/informativa e



se necessaria di trattamento. Questa azione permette di attuare un'azione specifica per i bevitori occasionali che spesso non conoscono e sottovalutano il problema ma nello stesso tempo di prefigurare un programma per persone con gravi problemi correlati al bere che raramente si presentano ai servizi specialistici e che quindi possono essere facilitati ad affrontare tali problematiche.

Le ragioni per realizzare questi corsi ed ormai evidenziate in diverse esperienze internazionali sono:

1. Le sanzioni economiche non sono sufficienti. La multa e la sanzione economica non modificano il comportamento e l'assunzione di alcol durante la guida;
2. L'arresto non risolve nessun problema sociale, affettivo o economico. Anzi peggiora la situazione individuale, familiare e sociale;
3. Pochissime persone che finiscono in carcere e hanno problemi con l'alcol vengono poi seguiti e trattati dai Servizi di Alcologia;
4. Molte persone segnalate che bevono e guidano soffrono per problemi sociali e affettivi e quindi necessitano di una cura e presa in carico da parte dei servizi specifici;
5. È comunque un metodo, relativo sempre al controllo sociale, comunque più innovativo che tende a valorizzare e responsabilizzare le persone dei propri atti e comportamenti.

Non sono evidenti dalla letteratura disponibile criteri certi di valutazione e successo delle iniziative formative in particolare per la differente organizzazione dei corsi, le popolazioni coinvolte e oggetto delle azioni, e i criteri di valutazione utilizzati.

“ La ricerca indica che la sospensione della patente di guida, a seguito della positività del test sull'aria espirata, può costituire un deterrente per coloro che guidano in stato di ebbrezza.

Quel che è più importante è che i corsi di riabilitazione per coloro che sono stati trovati alla guida dopo aver fatto uso di alcol hanno influenzato positivamente i tassi di recidiva” (WHO, 1996).

Nel 2006 il Gruppo di lavoro della Società Italiana di Alcologia aveva elaborato un documento di sintesi relativo alla specifica attività educativa con le CMLP.

In sintesi il Gruppo SIA evidenziava :

1. la necessità di una raccolta dati omogenea e continua delle CMLP e dei Servizi di Alcologia/SERT;
2. la necessità di una presenza del medico alcolologo in CMLP;
3. un protocollo tra CMLP e Servizi di Alcologia/SERT relativo alle azioni di informazione e trattamento;
4. un'articolazione di corsi specifici in accordo con le scuola guida per le persone con alcolemia >1,5 g/l;
5. una definizione di esami clinici strumentali e costi omogenei in tutta Italia;



6. un percorso formativo specifico per gli operatori coinvolti;
7. una predisposizione di kit didattici ed educativi;
8. una messa a disposizione di fondi per la realizzazione delle iniziative di informazione e trattamento;
9. un inserimento delle azioni attuate dalla CMLP e dai servizi all'interno di una complessiva strategia di prevenzione (Gruppo di lavoro SIA, 2006).

#### OBIETTIVI DEL GRUPPO INFORMATIVO EDUCAZIONALE

- 1 - Fornire informazioni scientificamente corrette sulle conseguenze dell'uso di alcol alla guida
- 2 - Aumentare i livelli di conoscenza dei rischi personali connessi all'uso di alcolici
- 3 - Fornire informazioni sulle implicazioni legali ed assicurative derivanti dalla guida in stato di ebbrezza
- 4 - Fornire alternative di comportamento e strategie per una guida sicura e fornire scelte e alternative
- 5 - Fornire informazioni sulle possibilità di trattamento e avviare al trattamento

**Fig. 2: Gruppo Alcol e Guida SIA**

## 6.0 Sospensione della patente

Le leggi che consentono la sospensione amministrativa immediata della patente di guida al momento del fermo/arresto, hanno condotto alla riduzione sia degli incidenti mortali che delle trasgressioni al limite di alcolemia previsto, in particolare per i recidivi (anche se alcune ricerche evidenziano che un significativo numero di guidatori continua a guidare senza patente, in alcuni casi sino al 75%). Si sono attuate alcune sperimentazioni relative alla introduzione di un "adesivo zebra" che evidenzia la targa dei veicoli condotti da guidatori ai quali è stata sospesa la patente, scoraggia la guida sia sotto sospensione sia sotto l'effetto di sostanze psicoattive da parte dei conducenti sanzionati. Altre sperimentazioni non hanno sortito alcun effetto.

### 6.1 Sequestro/immobilizzazione del veicolo

Alcuni studi indicano che la legge che consente l'immobilizzazione o il sequestro del veicolo nei confronti dei trasgressori multipli, hanno entrambi evidenziato che i trasgressori i cui veicoli erano stati immobilizzati o sequestrati avevano un fattore di recidività inferiore, rispetto agli altri rei, sia mentre il loro veicolo non era disponibile sia dopo che era stato loro restituito.

### 6.2 Altre strategie di prevenzione

I meccanismi di blocco dell'accensione a rilevatore di alcol-dispositivi (Alcohol-ignition interlock) basati sul test respiratorio progettati per prevenire la manovra di un veicolo se il BAC del guidatore supera un livello soglia predeterminato. Tale misura viene applicata come alternativa alla sospensione totale della patente. La ricerca suggerisce che i trasgressori che hanno installato tale blocco, sono meno recidivi frattanto che il dispositivo è in uso, ma la recidività risale dopo la sua rimozione.

Di converso solo pochi studi hanno riferito positivamente sull'efficacia di tale metodo sia durante l'installazione del blocco dell'accensione sia dopo la sua rimozione.

### **6.3 Partecipazione dei trasgressori a incontri delle associazioni delle vittime**

I trasgressori vengono invitati ad ascoltare e partecipare alla condivisione delle emozioni, per rendersi conto dell'impatto sulle rispettive esistenze, delle persone rimaste ferite o private di una persona amata a causa di incidenti alcolcorrelati. L'effetto di tali partecipazioni è molto variabile.

### **6.4 Programmi del Guidaatore designato “Safe Driver” (Designated Driver Promotion Programs) e alternative sicure per il ritorno a casa (autobus, collegamenti di mezzi alternativi, mezzi a disposizione dei locali, ecc.).**

La figura del “guidatore designato”, Safe driver, nasce e si diffonde nei paesi anglosassoni e del Nord Europa: si tratta di un individuo che in occasioni sociali decide di astenersi dall'alcol per condurre a casa in sicurezza i suoi amici. È un'alternativa sicura alla guida in stato di ebbrezza. Per incoraggiare questa pratica sono messe in atto differenti misure: dalle campagne di sensibilizzazione indirizzate a tutta la popolazione, a diversi tipi di incentivi (bevande analcoliche, snack o entrata gratuita) che alcuni proprietari di locali decidono di offrire a chi si candida a guidaatore designato. In Italia non sono molte le esperienze di questo tipo più recentemente è attivo un Progetto Safe Driver realizzato dall'ASL di Bergamo (Noventa A. Progetto Safe Driver – Bergamo 2014).

### **6.5 Programmi di prevenzione e formazione scolastica ed educativa**

Interventi di informazione e sensibilizzazione rivolti agli studenti delle scuole medie inferiori, superiori e universitari, a cura delle agenzie pubbliche (ASL) e private, referenti della prevenzione, con il coinvolgimento delle Forze dell'Ordine, delle associazioni di volontariato e delle vittime della strada (Peer education- Instructional Programs). Il livello d'informazione dei giovani sulla problematica è molto scarso e approssimativo sia in riferimento agli effetti specifici del bere e della guida in particolar modo correlati agli aspetti psicologici e comportamentali anche per consumi moderati di alcol, che per quanto concerne le norme di legge: livello dell'alcolemia prevista per legge, conseguenze penali e amministrative, conseguenze assicurative.

Inoltre è ancora molto scarsa la sensibilità emotiva e la conseguente capacità a prendersi cura delle conseguenze relative all'incidente stradale anche accaduto a persone conosciute e vicine.

### **6.6 Promozione di una specifica formazione, a cura delle agenzie pubbliche (ASL) nei confronti di:**

- **Istruttori e insegnanti di Scuola Guida** che consentirà, successivamente, la realizzazione di iniziative di ricerca e formative rivolte agli allievi delle stesse scuole (vedi: Progetto linee guida nazionali per la promozione d'interventi formativi nelle autoscuole sui comportamenti alla guida e sull'abuso di sostanze psicoattive, ISS).

- **Lavoratori** tramite la partecipazione di coloro che guidano e lavorano (autisti, autotrasportatori, piloti, addetti alla vigilanza e forze dell'ordine) anche all'interno delle azioni di prevenzione svolte in ambito lavorativo (programmi WHP)
- **Personale impiegato nei bar, gestori di locali notturni e personale addetto alla sicurezza** per informarli sulla legislazione esistente e sulla loro grande responsabilità circa l'applicazione della normativa e la attuazione di iniziative di prevenzione dirette alla popolazione che frequenta i locali (*Intervention training programs for servers of alcoholic beverages*); tali azioni di prevenzione dovrebbero essere attuate dai gestori dei locali tramite la distribuzione di gadget, opuscoli e la organizzazione di iniziative alcohol-free. In particolare, per la protezione dei giovani, appare molto importante la sensibilizzazione dei settori della distribuzione e vendita di bevande alcoliche anche ai fini di una corretta applicazione del divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni, come normato da Legge 8.11.2012 n. 189.

### **6.7 Sostegno e promozione delle associazioni**

Sviluppare i programmi di sostegno e valorizzazione delle vittime e dei familiari coinvolte da guidatori in stato d'ebbrezza. Tali associazioni di volontariato e di self-help sono molto d'aiuto sia nelle azioni di sensibilizzazione, informazione e pressione sociale sulla tematica che per un aiuto diretto alle famiglie coinvolte negli incidenti stradali provocati da persone in stato d'ebbrezza attraverso la organizzazione di gruppi di auto-mutuo-aiuto e di supporto. Questa esperienza è già presente in molti paesi anglosassoni (v. CADD Campaign Against Drinking & Driving, MADD Mothers Against Drink Driving) e in via di diffusione anche nel nostro paese.

### **6.8 Applicazione della normativa europea relativa alla pubblicità e l'alcol (CEE/89) e diffusione massiccia di messaggi "non bere quando guidi" a tutta la popolazione**

Il controllo sui messaggi pubblicitari è determinante in particolare per l'influenza che la pubblicità ha nei giovani e nel variare e stabilizzare comportamenti e stili di vita. La pubblicità e il messaggio possono essere veicolati attraverso l'uso di più strumenti: televisione, radio, cinema, giornali, riviste, adesivi per le auto, adesivi per i locali, carta intestata, manifesti, pannelli stradali, scritte stradali luminose, messaggi e-mail, siti internet, gadget vari.

#### **Il ruolo dei Servizi pubblici (ASL- Servizi per le Dipendenze) e privati**

È evidente che la realizzazione di un programma di prevenzione su "Alcol e guida e sostanze" debba in ogni caso considerare non solo l'attivazione dei Servizi specialistici per le Dipendenze ma l'allargamento alla rete dei soggetti interessati e attivi in tema di sicurezza stradale e dell'uso di sostanze ad esempio: Pronto Soccorso, CMLP, FF.OO, rappresentanti di categoria, volontariato e associazione delle vittime della strada, scuole guida, mondo del lavoro.

Il ruolo specifico dei SERT o NOA o Servizi delle Dipendenze si situa su due livelli rilevanti:

**ambito della clinica** attraverso l'applicazione di protocolli di intesa con la CMLP quindi realizzazione di azioni di ambito clinico e diagnostico e ad azioni di prevenzione indicata e selettiva rivolti a persone sanzionate per l'art.186-187;

**ambito degli interventi di comunità**, di prevenzione anche universale e quindi tutte quelle azioni che prevedono informazione, sensibilizzazione, prevenzione, formazione e interventi di supporto ad azioni di altri soggetti interessati al programma.

### **Campagna informativa di massa (approccio di comunità)**

È evidente da molte ricerche e sperimentazioni che l'efficacia delle singole azioni non è solo determinata dalla attuazione di parti del programma di prevenzione ma piuttosto dalla contemporanea realizzazione del complesso delle azioni per un tempo significativamente lungo. L'approccio comunitario o di comunità in tal senso si riferisce sia al contesto e alla popolazione al quale si rivolge il programma che, nello stesso tempo, alla contemporanea attuazione delle diverse azioni. Il progetto di prevenzione, quindi, va visto come un insieme di azioni e collegamenti tutti tra di loro e in sintonia tra loro, lo sviluppo di un network significativo, visibile, collaborante e sensibile.

La realizzazione di singole giornate o settimane sulla sicurezza stradale sono utili se rafforzano e si inseriscono in progetti continui di informazione e sensibilizzazione della comunità e quindi non sono solo momenti episodici ed isolati.

L'approccio di comunità deve vedere il coinvolgimento effettivo del sistema socio-sanitario, educativo, informativo, di controllo, di comunicazione, delle associazioni e della popolazione in generale. Le iniziative globali delle comunità per ridurre il "bere e guidare" si uniscono agli sforzi degli enti pubblici e dei privati nell'attuazione di strategie quali le campagne sui media, l'addestramento delle forze dell'ordine, i programmi di prevenzione scolastica, i programmi della Scuola Guida, dei luoghi di aggregazione, incremento della vigilanza sui punti vendita delle bevande alcoliche.

È evidente comunque che, al di là dei limiti previsti per legge, il messaggio rivolto alla popolazione e in particolare ai giovani sia quello dell'incompatibilità tra l'alcol e la guida e non deve lasciare adito a interpretazioni o dubbi. Quindi le campagne devono avere come slogan: "non bere quando guidi", "se guidi alcolemia zero", "bere o guidare".

Infine si propone nella figura 3 una sintesi dei principali programmi di prevenzione e la loro efficacia. Non tutto quello che si attua ha un effetto positivo in relazione alla aspettativa, necessario produrre un sistema di valutazione ed orientare le risorse su progetti con comprovata evidenza di efficacia.

### **Conclusioni**

"I programmi per la prevenzione degli incidenti dove l'alcol è fattore di rischio, dovrebbero essere parte di una politica di controllo dell'abuso di alcol" WHO, 1987. Per affrontare la problematica relativa agli incidenti stradali e l'uso di alcol è necessario lo sviluppo di un programma articolato che si sviluppi sia nell'ambito più propriamente protezionistico e del controllo che preventivo e promozionale (educativo). È comunque già verificato in molti paesi

ALCOL E GUIDA: QUALE EFFICACIA

	Efficacia	Evidenze	Costi-Benefici
<b>Abbassamento livello alcolemia</b>	+++	+++	+++
<b>Controlli randomizzati</b>	+++	++	+
<b>Sospensione della patente</b>	+++	++	++
<b>Alcohol locks</b>	+	+	+
<b>Alcolemia minore giovani-neopatentati</b>	+++	++	+++
<b>Patente a punti</b>	++	++	+++
<b>Formazione nel settore della distribuzione</b>	+	++	+
<b>Programmi guidatore designato</b>	0	+	++
<b>Programmi educativi in ambito scolastico</b>	?/0	+	+
<b>Programmi di comunità</b>	++	++	+

Fig.3: Programmi di prevenzione ed efficacia

che la sola azione educativa, per questa specifica area, non modifica il trend del problema e i comportamenti a volte molto consolidati. È necessaria un'azione protezionistica e di controllo forte (alcoltest attuati dalle FF.OO.) sempre però supportata da importanti campagne informative ed educative che ne valorizzino il significato sociale: i due livelli di intervento devono essere attuati simultaneamente.

È perciò importante che ogni agenzia pubblica e privata aiuti concretamente l'applicazione e la diffusione del programma preventivo attraverso anche semplici azioni e sostegni per il raggiungimento di obiettivi largamente condivisi.

Concludendo, nella figura allegata di seguito, si indica un modello relativo al complesso delle azioni di prevenzione utili e sinergiche realizzabili nell'ambito della tematica alcol, sostanze e guida.

**Programmi di prevenzione: modello complessivo**



## Bibliografia

- Alcohol Alert, Special supplement, *30 years of the Breath Test*, London, IAS, december 1997
- Alcohol Alert, *Alcol e Sicurezza Stradale*, aprile 2001, n.52
- Antidoping al volante* inserto in: L'Automobile n° 572, luglio 1998
- AA.VV., *Piano per la riduzione dei consumi del 25% entro il 2000*, Centro Studi e Documentazione sui Problemi Alcolcorrelati, Trento, 1994
- Alvarez J., Drink driving and other public safetu issues. In : *The elements of alcohol policy - what does science have to say? A compilation of presentations*, WHO Reg.Off. for Europe, Copenhagen, 1987
- Aresi G., Fornari L., Repetto C., Scolari M., *Evaluation of a designated driver intervention to prevent alcohol-related road accidents in the clubs of Milan*, Italy, Adicciones, 21 (4), 2009, pp. 279-288
- Aspler R., Hardin W., Goldfein J., *The review and assessment of designated driver programs as analcohol countermeasure approach*, Washington DC: U.S. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration, 1987
- Assailly J.P., *Boire ou conduire, Prévention chez les jeunes*, in "Alcologie", 1998, 20,(1) : 65-71
- Avato F.M., Gritti G., Panatta G.B., *Alcohol consumption and road accidents*, Alcologia 6 (3), 1994, 225-234
- Boots K., *The designated driver program: an outcome evaluation*, Health Promot J Austr, 4,1994, 26-9
- Bonvin N., *Guida in stato di ebbrezza in Svizzera e più particolarmente in Ticino: misure attuate da parte dell'ufficio giuridico della circolazione e programmi per recidivi*, in Noventa A., (a cura di) Alcol & Guida. Diagnostica, legislazione e prevenzione, ASL di Bergamo, CSD, 1998
- Brigham T., Meier S., Goodner V., *Increasing designated driving with a program of prompts and Campbell D.T.*, Stanley J.C., Experimental and quasi-experimental designs for research, Rand McNally, Chicago, 1963
- Buxton G., *Il punto di vista delle vittime negli incidenti alcol-correlati e gli effetti che ha prodotto sulle autorità*, in Noventa A., (a cura di) Alcol & Guida. Diagnostica, legislazione e prevenzione, ASL di Bergamo, CSD, 1998
- CEE direttiva 3 ottobre 1989 ( 89/552/CEE) e per l'Italia Decreto Vizzini del 7 gennaio 1992 (G.U. 7.1.92)
- Caudill B.D., Harding W.M., Moore B.A., *At-risk drivers use safe ride services to avoid drinking and driving*, J Subst Abuse, 11, 2000, 149-59
- Correra M.M., Putignano C., Martucci P., *Alcolismo e incidenti stradali*, in Rivista Giuridica della Circolazione e dei Trasporti – ACI n° 3 maggio-giugno, 1995, anno XLIX
- Cutolo U., *Giovani : il grande rischio sulla strada*, in L'Automobile, 1998, n° 566
- D'Alessio D., *Clinton in prima linea*, in L'Automobile, 1998, n° 572
- DeJong W., Wallack L., *The role of designated driver programs in the prevention of alcohol-impaired driving: a critical reassessment*, Health Educ Q, 19, 1992, 429-42
- Di Clemente C.C., Bellino L.E., Neavins T.M., *Motivation for change and alcoholism treatment*, Alcohol Res Health 23 (2):86-92, 1999
- Ditter S.M., Elder R.W., Shults R.A., Sleet D.A., Compton R., Nichols J.L., *Effectiveness of designated driver programs for reducing alcohol-impaired driving*, A Systematic Review, Am J Prev Med, 28, 2005, 281-87

- Fabbri A., et al, *Blood alcohol concentration and management of road trauma patients in the emergency department*, in Journal of Trauma Injury, Infection and Critical Care, 2001, vol.50, n° 3
- Ferrara S.D., Zancader S., Frison G., Giorgetti R., Snen R., Maietti S., Castagna F., Tagliaro F., Tedeschi L., *Alcol, droga, farmaci e sicurezza stradale*, Ann.Ist.Supr.Sanità, vol 36, n.1, 2001, pp.29-40
- Holubowycz O.T., *Age, sex and blood alcohol concentration of killed and injured pedestrian*, Accid. Anal. and Prev., 27 (3), 1995, 417-422
- Kelly E., Darke S., Ross J., *A review of drug use and driving: epidemiology, impairment, risk factors and risk perceptions*, Drug Alcohol Rev, 23, 2004, 319-44
- Gentilello L.M., Rivara F.P., Donovan D.M. et al., *Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence*, 1999, Ann Surg 230 (4) : 473-483
- Giorgetti, R., *Alcol e sicurezza stradale. Epidemiologia e accertamento*, in Noventa A. (a cura di), Alcol & Guida. Diagnostica, legislazione e prevenzione, ASL di Bergamo, CSD, 1998
- Italia G., *Esperienze degli organi di polizia stradale in Italia*, in Noventa A. (a cura di), Alcol & Guida. Diagnostica, legislazione e prevenzione, ASL di Bergamo, CSD, 1998
- Meier S., Brigham T., Gilbert B., *Analyzing methods for increasing designated driving*, J Prev Intervention Community, 17,1998, 1-14
- Molfese A., *Alcol e sicurezza stradale*, CISAS Periodico Mensile d'Informazione III n°3, marzo 1995
- Monarca S., *Alcol e adolescenti*, Vivereoggi n° 5, 1998, 25-41
- Monarca S., Donato F., Zanardini A., Tomasoni V., Feretti D., Nardi G., *Alcol, guida e giovani in Lombardia*, in Noventa A. (a cura di), Alcol & Guida. Diagnostica, legislazione e prevenzione, ASL di Bergamo, CSD,1998
- Monti P.M., Colby S.M., Barnett N.P. et al, *Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department*, J.Consult.Clin.Psychol.67(6):989-994
- Moskowitz H., Fiorentino D., *A review of literature on the effetc of low doses of alcolbol on driving-related skills*, Washington, DC, 2000
- NHTSA, *Traffic Safety Facts 1999: Older Population*, Washington, DC: NHTSA, 2000
- NHTSA, *Traffic Safety Facts 1999: Young Drivers*, Washington, DC: NHTSA, 2000
- Nisbet E., *Il progetto Drink and Driving di Perth*, in Noventa A. (a cura di), Alcol & Guida. Diagnostica, legislazione e prevenzione, ASL di Bergamo, CSD, 1998
- Noventa A., Allievi A., Zanelli R., *L'alcol batte in testa non fare il pistone*, Manuale a cura del Centro Studi Dipendenze, ASL di Bergamo, 1994
- Noventa A., *Alcol e guida: un intervento di comunità*, p. 172-187, in Noventa A. (a cura di) Alcol & Guida. Diagnostica, legislazione e prevenzione, ASL di Bergamo, CSD, 1998
- Noventa A., *Giovani, alcol e fattori-di-rischio: caratteristiche ed evoluzione*, "Educazione Sanitaria e Promozione della Salute", 1998, Vol. n°21, n.2
- Noventa A., *L'alcol come fattore di rischio negli incidenti stradali*. "Alcol & Guida" un programma di prevenzione, relazione al seminario "Gli incidenti stradali" Istituto Superiore della Sanità, 22 settembre 1999
- Noventa A., *Sintesi degli avvenimenti di prevenzione legati al piano di azione europea realizzati in Italia*, in atti XVI Congresso nazionale SIA, 1999a, Alcologia



- Noventa A., Moretti P., Pavioni L., Anfilocchi S., *2Progetto CRASH. Progetto di banca dati su: incidenti stradali e uso di alcol e droghe*, Servizio delle Dipendenze, Centro Studi Dipendenze, ASL di Bergamo, 1999b
- Noventa A., *La valutazione clinica delle problematiche alcolcorrelate e la guida. L'intervento educativo delle problematiche alcolcorrelate e la guida*, Atti Seminario di Formazione SIA, Bologna, 2003
- Noventa A., *Organizzazione e finalità dei gruppi informativo-educativi*, Atti Seminario Regione Emilia-Romagna: L'uso di bevande alcoliche ed idoneità alla guida, Cesenatico
- Noventa A., *Alcol, guida e lavoro. Epidemiologia e strategie di intervento in Italia*, Seminario ICAA-Alcohol Education Core Group, Verso un'ecologia della salute all'alba del terzo millennio : strategie internazionali a confronto, Senigallia, 2003
- Noventa A., *Alcol e guida. Dalla conoscenza del problema alle azioni di prevenzione*, Atti Congresso SIA, Napoli, ott. 2003
- Noventa A., *L'alcol e la guida. I fattori e le strategie per una prevenzione degli incidenti stradali*, in "SNOP" n.62, 2004
- Noventa A., *Progetto: notti in sicurezza. Il guidatore designato "Safe driver" come pratica di prevenzione, Progetto di prevenzione agli incidenti stradali nella provincia di Bergamo*, pubblicazione ASL di Bergamo, 2014
- Noventa A., *Progetto Pronto Soccorso. Realizzazione di iniziative di sensibilizzazione, informazione, counseling rivolte a persone che abbiamo subito incidenti stradali e ai loro accompagnatori/familiari*, relazione, Corso HPG23, 9 novembre 2015, in corso di pubb.)
- Putignano C., *Gli incidenti stradali e i giovani*, in *Atti della cinquantesima conferenza del traffico e della circolazione*, Stresa, 5-7 ottobre 1994
- Putignano C., Cerri A., *Gli incidenti stradali negli anni '90. Rischio e sicurezza sulle strade italiane*, in *Argomenti* n.7, Roma, ISTAT, 1997
- Putignano C., Pennisi L. (a cura di), *Il costo sociale degli incidenti stradali*, Una ricerca ISTAT-ACI, Roma, giugno 1998
- Rutheford D., *La prevenzione nel campo di alcol e guida. L'esperienza nel regno Unito*, in Noventa A. (a cura di), *Alcol & Guida. Diagnostica, legislazione e prevenzione*, ASL di Bergamo, CSD, 1998
- Taggi F. et al, *Alcol ed incidenti stradali: aspetti epidemiologici e problemi di rilevazione*, *Alcologia*, 1998, 1(3):207-215
- Taggi F., *L'alcol come fattore di rischio negli incidenti stradali gravi e mortali*, p. 17-46, in Noventa A. (a cura di), *Alcol & Guida. Diagnostica, legislazione e prevenzione*, ASL di Bergamo, CSD, 1998
- Taggi F., Giustini M., Chiarotti M., Macchia T., *Alcol e sicurezza stradale: aspetti epidemiologici e possibili azioni di prevenzione attuabili nel breve termine*, in *Alcologia*, 1999, 11(1), 17-22
- Taggi Di Cristofano Longo G. (a cura di), *I dati socio-sanitari della sicurezza stradale (Progetto Datis), dai fattori di rischio degli incidenti stradali alla cultura della sicurezza stradale*, Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, Roma, ISS, 2001
- Taggi F. (a cura di), *Aspetti sanitari della sicurezza stradale (secondo rapporto sul progetto DATIS) dati, fattori di rischio, prevenzione, valutazione, costi*, Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, Roma, ISS, 2003
- Timmerman M., Geller E., Glindemann K., Fournier A., *Do the designated drivers of college students stay sober?.*, *J Safety Res*, 34, 2003, 127-33
- Toomey T.L., Rosenfeld C., Wagenaar A.C., *The minimum legal drinking age: History, effectiveness, and ongoing debate*, *Alcohol Health Res World*, 1998, 20(4):213-218
- Winsten J., *Promoting designated drivers: the Harvard Alcohol Project*, *Am J Prev Med*, 10, 1994, 11-4



WHO, *Drinking and driving: a road safety manual for decision-makers and practitioners*, Global Road Safety Partnership, 2007

WHO, *Alcohol and Accidents, report of a WHO working group*, Reykiavik, 1-3 september 1987, ICP/APR 117 0344j,1988

WHO, *European Alcohol Plan*, Regional Office, Copenhagen, 1992

WHO, *Alcohol - less is better* (WHO Reg.Pubb., European Series, n.70 ), trad it. Alcol, meno è meglio, (a cura di ) CSDPA, Trento, 1996

WHP, *Manuale WHP 2013. Come diventare azienda che Promuove Salute, istruzioni per aderire alla rete WHP*, ASL di Bergamo, 2013

WHO, *Global status report on road safety*, NLM classification: WA 275, Geneva, 2015

ASL BRESCIA

ASL BRESCIA

# Alcol e lavoro

# 20

**Domenica Sottini**

Gli effetti dei consumi di bevande alcoliche sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, sulla salute individuale e collettiva e sulla produttività, da molti anni è al centro di un dibattito che coinvolge il mondo del lavoro nel suo insieme. A livello globale l'alcol causa 3.3 milioni di morti l'anno di cui 320 mila nella fascia di età compresa tra 15 e 29 anni. I danni che derivano dall'uso di alcol non si limitano ai soli bevitori, ma ricadono anche sulle famiglie, sulla comunità e nei luoghi di lavoro a causa di comportamenti violenti, perdite di opportunità sociali, invalidità, incidenti/infortuni e perdita di produttività. L'ultimo rapporto europeo sull'alcol evidenzia in Europa un trend dei consumi di alcol medio pro capite/anno in costante riduzione, il contributo maggiore al calo dei consumi è dato dai paesi del sud Europa, tra cui l'Italia (da 10,99 a 6,10 litri pro capite), mentre aumentano i consumi nei paesi dell'Europa del Est e centro orientale (ad es. Romania, Ungheria, Polonia etc.). Il rapporto evidenzia inoltre che nelle aree geografiche della UE in cui si registrano i più bassi consumi, si osservano tassi più bassi di mortalità alcol-attribuibile. Dai più recenti dati ISTAT nell'anno 2013, in Italia complessivamente, il 63,9% della popolazione di 11 anni e più ha consumato almeno una bevanda alcolica, tale quota è stabile rispetto al 2012 ed in diminuzione rispetto a 10 anni prima (68,7%); in particolare diminuiscono i consumatori giornalieri mentre aumenta la quota di consumatori di alcol occasionali e di coloro che bevono alcol al di fuori dei pasti. Tale modifica nei comportamenti può impattare negativamente anche nei luoghi di lavoro, dove i problemi possono sorgere anche a seguito di un singolo "episodio di abuso" o da un "bere smodato ripetitivo". Nel complesso i comportamenti a rischio riguardano 7 milioni e 144 mila persone (il 20,7% dei consumatori e il 13,2% della popolazione di più di 11 anni). Dai dati ISTAT emerge inoltre che nel 2012 il 56,2% dei cittadini immigrati di 14 anni e più residenti in Italia ha consumato almeno una bevanda alcolica; valori superiori alla media si registrano tra le nazionalità dell'Est Europa: Romania (71,8%), Ucraina (71,4%) Polonia (69,2%), Moldavia (68,3%) e Albania (68,2%), che costituiscono anche le nazionalità più rappresentate tra gli occupati. Come gli Italiani, il 13,2% dei cittadini immigrati di 14 anni e più presenta almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcolici. Pur in assenza di dati sui consumi riferiti al contesto lavorativo, è evidente che una quota consistente di consumatori della popolazione generale (e tra questi di consumatori con comportamenti a rischio o dannosi), si trova tra i 22 milioni e 951

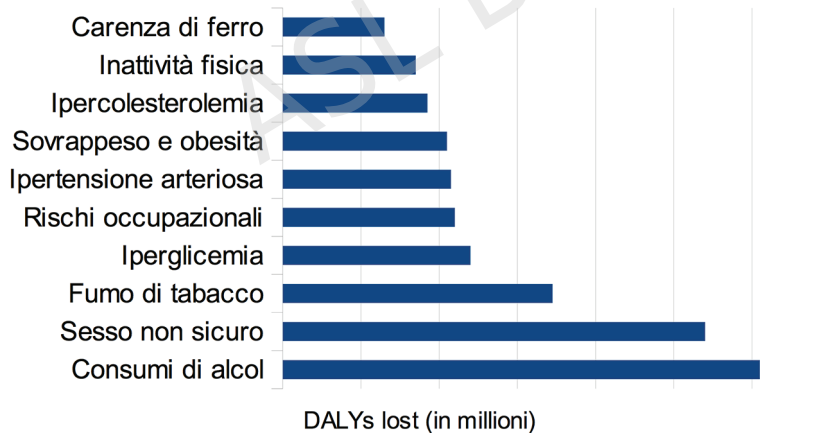
mila occupati (53,3% maschi e 36,5% femmine), di cui immigrati 2 milioni e 349 mila (55,7% maschi e 44,3% femmine).

L'alcol pertanto costituisce un rilevante problema anche in ambito lavorativo per le ricadute sulla salute e sulla sicurezza dei lavoratori e sulla produttività.

## 1. Alcol: rischi occupazionali e produttività

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.), a livello globale l'alcol rappresenta il primo fattore di rischio per disabilità e morte prematura per la popolazione di età compresa tra i 25-59 anni (figura 1) e questa fascia di età costituisce nella Unione Europea anche il gruppo più rappresentato nel mondo del lavoro. In Italia il 70,3% della popolazione di questa fascia di età risulta essere occupata.

Diversi studi hanno indagato il rapporto tra alcol e comparti lavorativi. In generale le occupazioni caratterizzate da: fatica fisica e condizioni lavorative sfavorevoli, disponibilità di bevande alcoliche e forte pressione sociale al bere, mansioni ripetitive e mal retribuite, turni lavorativi e mancanza di supervisione, possono favorire un aumento dei consumi. Un aumento di rischio di morire per cause alcol-correlate tra i maschi è stato riscontrato per marinai, fabbri, addetti industria metallurgica, operai non specializzati, addetti alle pulizie, assistenti di cucina, per gli autisti e gli addetti al settore delle costruzioni; aumenti di mortalità sono stati riscontrati per le donne in occupazioni più tipicamente maschili, come quella dei trasporti e della polizia.



**Figura 1: I dieci principali fattori di rischio a livello globale per disabilità e morte prematura**  
(Disability adjusted life years, DALYs) per la classe di età 25-59. Fonte World Health Organization 2011

Livelli più elevati di mortalità alcol-correlata per entrambi i sessi sono stati confermati in studi recenti nel settore della ristorazione e della vendita di bevande alcoliche (baristi, addetti catering e cuochi), nel comparto dell'intrattenimento in generale (musicisti, artisti, hotel managers) e negli addetti alle costruzioni.

L'interazione tra alcol e fattori di rischio lavorativo risulta complessa, infatti non solo le bevande alcoliche possono aumentare gli effetti sulla salute e sulla sicurezza di fattori di rischio propri della attività lavorativa, ma alcune caratteristiche del lavoro e della sua organizzazione possono favorire un aumento dei consumi e conseguentemente i rischi ed i danni alcol-correlati.

### **1.1 Interazioni tra alcol e fattori di rischio lavorativo**

Per quanto attiene gli infortuni, vi è sufficiente consenso che l'alcol sia implicato, quantomeno come concausa, nell'accadimento di incidenti ed infortuni lavorativi, in particolare quelli conseguenti a cadute dall'alto e alla guida di veicoli durante il lavoro o in itinere (ovvero nel percorso da casa al luogo di lavoro). I risultati di uno studio italiano condotto su due gruppi di edili in differenti periodi confermano la presenza di una correlazione tra consumo medio di alcol e gravità e frequenza di infortuni. Le stime del O.M.S. indicano la quota di infortuni alcol correlati tra il 10 e il 30%; stime di altri istituti internazionali, come il National Institute on Alcohol Abuse and Acoholism (NIA-AA) americano e l'International Labour Office (ILO), ritengono che il 10-16% degli infortuni in generale e il 40% degli infortuni mortali siano alcol-correlati. Applicando le stime più conservative ai dati italiani nel 2012, dei 376.273 infortuni complessivamente denunciati all'INAIL, circa 37.627 sarebbero alcol-correlati, mentre 543 sarebbero gli infortuni mortali, compresi gli infortuni alla guida di veicoli. Studi controllati hanno dimostrato che anche con livelli di alcol nel sangue ritenuti generalmente sicuri, diminuiscono la coordinazione e l'abilità di percepire e rispondere ai pericoli. Mentre vi è coerenza negli studi di laboratorio sugli effetti dell'alcol, la ricerca sulla associazione tra uso di sostanze psicoattive, compreso l'alcol, e infortuni occupazionali non fatali ha incontrato numerose difficoltà a quantificare l'entità di tale associazione, a causa della assenza spesso di gruppi di controllo e l'uso frequente negli studi di dati soggettivi, sia per la rilevazione dei consumi che per gli infortuni. I risultati degli studi sugli infortuni mortali, basati su esami tossicologici post-mortem, permettono di avere indicazioni più coerenti sul rapporto tra alcol e incidentalità. In una recente revisione della casistica raccolta nell'ambito di un programma di sorveglianza degli infortuni mortali del National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH), dei 280 casi sottoposti ai test tossicologici post-mortem, tra cui la ricerca di cannabinoidi e alcol, il 22% è risultato positivo. Anche in studi condotti su casistiche italiane è stata riscontrata una correlazione tra valori elevati di alcolemia e gravità dell'incidente con una frequenza della positività all'alcol compresa tra il 23 e 33%. Esiste, inoltre, evidenza di una interazione tra alcol, sonnolenza e guida. L'eccessiva sonnolenza rappresenta uno dei fattori di rischio di incidenti e infortuni ed è causa e/o concausa di circa il 22% degli incidenti stradali. Studi condotti in condizione di guida simulata hanno dimostrato che l'interazione tra alcol e sonnolenza potenzia significativamente il deterioramento delle capacità psicomotorie anche per assunzioni di quantità modeste e apparentemente sicure di alcol. L'accoppiamento tra sonnolenza e intossicazione alcolica esercita un effetto moltiplicativo sull'entità del rischio infortunistico.

Oltre a rappresentare un rischio per la sicurezza dei lavoratori stessi e per gli altri, le bevande alcoliche possono agire come concausa di danno in soggetti esposti a tossici industriali e rappresentano uno dei fattori confondenti o modificatori di effetto in studi epidemiologici occupazionali. Il consumo di etanolo è probabilmente uno dei fattori più importanti capaci di influire sul metabolismo di numerosi tossici presenti in ambiente lavorativo, essendo l'unica sostanza biologicamente attiva che gran parte della popolazione lavorativa assume in quantità apprezzabili. Le interazioni più studiate dell'etanolo con gli agenti chimici presenti in ambito lavorativo riguardano quelle con i solventi industriali. In generale le interazioni fra etanolo e solventi si riconducono ad una reciproca interferenza sul metabolismo. Inoltre il consumo di bevande alcoliche, sia prima che durante l'esposizione, interferisce con gli indicatori biologici utilizzati in medicina del lavoro per valutare l'entità dell'esposizione ad agenti chimici, per questo deve essere attentamente valutato per una corretta interpretazione dei risultati del monitoraggio biologico. Sono stati inoltre riportati casi di interazioni tra esposizione a solventi e farmaci utilizzati per il trattamento dell'alcolismo (disulfiram).

È stato ipotizzato che lo stress in generale, ed in particolare lo stress lavoro correlato, influenzi i comportamenti delle persone rispetto ai consumi di bevande alcoliche, tuttavia la relazione tra stress lavoro correlato e consumi di alcol risulta ancora controversa. In uno studio prospettico longitudinale che ha coinvolto più di 10.000 impiegati statali di 20 dipartimenti di Londra, è stato indagato il rischio di alcol-dipendenza in relazione ai fattori di stress lavorativo. Il rischio di alcol-dipendenza è risultato associato, per i maschi, alla percezione di un elevato sforzo ed una bassa ricompensa, mentre per le donne il rischio sembrava associato ad una scarsa autonomia decisionale. Da una recente meta-analisi di 12 studi condotti in Europa, che ha coinvolto 140.000 tra uomini e donne, è emerso che solo i forti bevitori riportano elevati livelli di stress lavoro correlato. Altri studi hanno osservato che fattori di stress lavorativo sono correlati con un aumentato rischio di sviluppare alcol-dipendenza. Una relazione tra aumentato consumo di bevande alcoliche in risposta allo stress lavorativo è stata osservata in sottogruppi di lavoratori con genitori che avevano avuto problemi alcol-correlati, evidenziando come sia forte l'influenza della cultura della famiglia di origine sugli stili di vita.

## 1.2 Interazione tra alcol e produzione

Vi sono ampie evidenze dei potenziali effetti negativi dei consumi di alcol sulla produttività. Recentemente sono stati prodotti importanti documenti<sup>1</sup> che hanno raccolto le evidenze di letteratura disponibili e riassunto i principali fattori di impatto dell'alcol sulla produttività, che si riportano di seguito:

- l'alcol può diminuire il capitale umano dei futuri lavoratori. Il consumo di alcol tra

---

1 - Anderson P., Møller L. and Galea G., Alcohol in Europe Unions- Consumption, harm and policy approaches. World Health Organization (WHO), 2012  
Science Group of European Alcohol and Health Forum (EAHF), Alcohol, Work and Produttivity, september 2011

i giovani, in particolare il binge drinking, può influire negativamente sul rendimento scolastico, soprattutto per gli studenti più brillanti. Inoltre le conseguenze negative dei consumi vanno al di là dello stretto segmento di popolazione a rischio di danni severi, che rappresenta una minoranza nella popolazione generale.

- disoccupazione: la crisi economica e la disoccupazione conseguente comportano ricadute negative sulla sanità pubblica e sulla salute mentale delle persone, favorendo l'adozione di stili di vita meno salutari. Perdere il posto di lavoro sembra peggiorare i problemi alcol-correlati: nella UE un aumento di più del 3% di disoccupati è associato con il 28% di aumento di morti alcol-correlate. La disoccupazione sembra comportare una riduzione dei consumi complessivi di alcol con uno spostamento verso modelli di consumo a maggior rischio. Inoltre essere forti bevitori aumenta il rischio di essere disoccupati.
- assenteismo: il consumo di alcol e i problemi alcol correlati sono associati ad un aumento, correlato alla dose, di assenze per malattia e disabilità in entrambi i sessi.
- presentismo (quando un lavoratore è al lavoro non in buona salute e a causa di questo ha prestazioni lavorative ridotte): pur in assenza di accordo sulle modalità con cui misurarli, vi è sufficiente evidenza che i forti bevitori abbiano un rischio tre volte superiore di presentismo e che tale rischio aumenti ulteriormente in presenza di stress lavorativo.
- i costi sociali per terze persone dei danni alcol correlati sono paragonabili ai costi direttamente prodotti dai forti bevitori. Uno studio Australiano ha rilevato che due terzi dei costi derivano dalla perdita di produttività per il tempo impiegato in conseguenza del comportamento dei forti bevitori, a cui si deve aggiungere il costo annuale delle ore straordinarie che devono essere lavorate dai colleghi.
- l'ambiente di lavoro stesso può favorire i danni alcol-correlati attraverso fattori strutturali, stress, disponibilità di bevande alcoliche (inclusa la facilità di ottenerle al lavoro e consumarle durante il lavoro e le pause), pressione sui membri della comunità lavorativa perché adottino (o approvino) comportamenti che prevedono l'uso di alcol o lavorare sotto l'effetto dell'alcol. L'ambiente culturale descritto è risultato essere negativamente correlato con i livelli di sicurezza sul lavoro, positivamente correlato con lo stress lavorativo e negativamente correlato con la coesione del gruppo di lavoro.

Si è stimato che complessivamente i costi annuali, per i datori di lavoro, correlati agli infortuni dei lavoratori ed alla alcol-dipendenza negli USA eccedano i 28,6 bilioni di dollari.

## 2. L'Alcol e la normativa di prevenzione

Nonostante la normativa negli ultimi anni, con leggi speciali e l'introduzione di specifici riferimenti nel D.lgs. 81 del 9 aprile 2008 (cosiddetto Testo Unico sulla Sicurezza), abbia portato all'attenzione del mondo del lavoro i rischi aggiuntivi correlati ai consumi di bevande alcoliche, rimangono ancora molte incertezze sulle modalità e sulla efficacia preventiva della loro applicazione qualora vengano privilegiati solo gli aspetti medico legali.

Per analizzare quali sono gli obblighi previsti sui luoghi di lavoro in tema di uso di alcol e alcol-dipendenza è necessario innanzitutto considerare le finalità della Legge n. 125 del 30 marzo 2001 “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati” dichiarate nell’art.2 della stessa, ovvero: la prevenzione dei problemi alcol-correlati, la cura e la riabilitazione dei soggetti con alcol-dipendenza. Per quanto riguarda il mondo del lavoro, l’art. 15 della legge 125/2001 prevede il divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche nelle attività lavorative che comportano un elevato rischio di “infortuni sul lavoro, ovvero per la sicurezza, l’incolumità o la salute di terzi”; tali attività sono state individuate il 16 marzo 2006 con un Atto di Intesa dalla Conferenza Permanente dello Stato e delle Regioni. Viene pertanto richiamato all’interno della norma un obbligo generale per i datori di lavoro, previsto dall’art.17 del D.lgs. 81/2008, ovvero quello di effettuare una valutazione di tutti i rischi presenti sul luogo di lavoro, compreso il rischio legato all’uso di bevande alcoliche. La norma intende prevenire non solo gli effetti dell’alcol sulla sicurezza del bevitore (ad es. aumento della probabilità di accadimento di incidenti/infortuni), ma anche gli effetti sulla incolumità e sulla salute di terze persone su cui possono ricadere i comportamenti del lavoratore alterato dall’alcol. Nell’elenco, allegato all’Atto di Intesa del 2006, sono inserite 14 attività lavorative a cui si applica in modo tassativo il divieto della norma e in cui trovano posto: le attività ad elevato rischio infortunistico per se e per gli altri (in particolare ad es. le attività di trasporto), le attività che comportano un rischio infortunistico elevato noto (ad es. addetti all’edilizia che lavorano in quota), le attività in cui il comportamento e/o l’errore del lavoratore derivante dall’effetto dell’alcol potrebbe ricadere sulla incolumità e sulla salute di terze persone (ad es. mansioni sanitarie, attività di insegnamento, addetti al controllo e responsabili di produzione di sostanze esplosive etc..).

Il divieto di somministrazione e assunzione di bevande alcoliche nei cantieri edili è richiamato anche dall’art. 111 del D.lgs. 81/2008, in cui viene esplicitamente identificato il datore di lavoro come soggetto che è tenuto a disporre tale divieto. Sul datore di lavoro grava inoltre un obbligo generale di vigilanza sul comportamento dei lavoratori (art. 18 c.3-bis D.lgs 81/08) che non devono assumere bevande alcoliche durante l’attività lavorativa (e anche prima di iniziare il lavoro se gli effetti dell’alcol possono manifestarsi sul lavoro), e che devono sottoporsi ai controlli alcolimetrici effettuati dal medico competente, per verificare il rispetto del divieto. La stessa norma, all’art. 20, richiama anche il lavoratore ad un comportamento responsabile verso la tutela della propria sicurezza e salute e quella dei compagni di lavoro, tuttavia tale responsabilità deriva dall’aver ricevuto un’adeguata formazione e chiare istruzioni da parte del datore di lavoro (art. 36 e 37 Dlgs 81/08). Nell’art. 41 c.4 del D.lgs. 81/2008 sono contenute prescrizioni per il medico competente che è tenuto ad escludere, durante gli accertamenti sanitari, nei modi ed alle condizioni previste dalla normativa, la presenza di alcol dipendenza o di uso di sostanze psicotrope (tra cui rientra l’alcol). Il Dlgs 81/08 prevedeva una revisione delle condizioni e modalità per l’accertamento della tossicodi-



pendenza e dell'alcol dipendenza entro il 2009, tuttavia nessun provvedimento è stato adottato fino ad ora. L'attuale impianto normativa ha creato incertezze interpretative sulle modalità di applicazione delle norme nel loro insieme e per questo motivo alcune Regioni hanno assunto provvedimenti specifici mirati a dare indicazioni certe ai medici competenti e ai datori di lavoro. Ad oggi non vi è accordo nei provvedimenti delle Regioni sull'obbligo di sorveglianza sanitaria per il rischio "alcol" per le attività inserite nell'allegato al provvedimento del 2006. Ad esempio la Regione Lombardia, con la circolare del 22.01.2009 "Faq in materia di accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze in ambienti di lavoro", ritiene non sussista l'obbligo della sorveglianza sanitaria per le mansioni a rischio, tuttavia conferma la legittimità di approfondimenti clinici per singoli casi di lavoratori con problemi alcol-correlati che svolgono le mansioni a rischio<sup>2</sup>.

Più recentemente alcune Regioni (ad es. la Regione Piemonte nel 2015 e la Regione Toscana nel 2013) hanno approvato linee guida che contengono indicazioni sia per l'effettuazione dei test alcolimetrici (superando in questo modo le carenze normative), sia per la sorveglianza sanitaria. Nonostante le evidenti differenze di lettura degli obblighi normativi, esiste un accordo nei provvedimenti regionali sull'obbligo dei controlli alcolimetrici, quale misura di verifica del rispetto del divieto (quindi di avere alcolemia zero durante il lavoro per le mansioni previste dall'Atto di Intesa del 16 marzo 2006) e sulla necessità che il medico competente escluda la presenza di alcol-dipendenza per le stesse categorie di lavoratori, ricercando segni e sintomi, effettuando esami specifici e richiedendo consulenze specialistiche in singoli casi in cui siano presenti evidenti indizi di problemi alcol-correlati. In caso di lavoratori che svolgono mansioni non contemplate nell'Atto di Intesa del 2006, il datore di lavoro può richiedere l'accertamento della idoneità fisica del lavoratore da parte di enti pubblici (come la ASL) o istituzioni specializzate di diritto pubblico, ai sensi dell'art. 5 della legge 300 del 20 maggio 1970 "Statuto dei Lavoratori".

Il medico competente aziendale ha un ruolo fondamentale anche nelle attività di

---

2 - NOTA in calce al documento Faq: "Per quanto concerne l'accertamento di eventuali condizioni individuali di cronica assunzione di sostanze alcoliche, in considerazione del contenuto della misura generale di tutela di cui all'art. 15, comma 1, lett. m): "allontanamento del lavoratore dall'esposizione al rischio per motivi sanitari inerenti la sua persona e adibizione, ove possibile, ad altra mansione", oltre all'impiego da parte del datore di lavoro dell'art. 5 della L. 300/70, si ritiene altrettanto possibile l'espletamento di accertamenti specifici, prescritti dal Medico Competente, quali ad esempio le valutazioni inerenti la sfera relazionale e comportamentale e la determinazione della CDT; si insiste, tale possibilità è da riferire solamente a quelle specifiche situazioni in cui a seguito di visita medica (dati anamnestici, , ematochimici, ecc.) si evincano concreti sospetti di assunzione cronica di alcol da parte di un lavoratore addetto allo svolgimento di una mansione in cui il consumo di alcol rappresenti un rischio aggiuntivo rilevante per la sua salute e sicurezza. Sulla questione in commento si auspica un chiarimento delle procedure con l'attuazione dell'art. 41. c. 4-bis del D.Lgs. 81/08 "Entro il 31 dicembre 2009, con accordo in Conferenza Stato-Regioni, adottato previa consultazione delle parti sociali, vengono rivisitate le condizioni e le modalità per l'accertamento della tossicodipendenza e della alcol dipendenza".

informazione e formazione sui rischi conseguenti all'uso di alcol e più in generale sulla promozione di stili di vita più salutari, e solo con la collaborazione dello stesso medico competente è possibile, per le aziende, sviluppare programmi di promozione della salute come indicato dall'art. 25 del D.lgs 81/08.

Si osserva tuttavia che, data la complessità delle richieste derivanti dal mutare del lavoro e dei relativi rischi, per il medico competente è necessario un aggiornamento professionale e culturale continuo e qualificante, finalizzato all'allargamento ed all'approfondimento delle proprie competenze, che gli consentano un più efficace utilizzo dei test di screening e un approccio motivazionale teso a favorire l'avvio ad un percorso di trattamento e di riabilitazione, nei casi di alcol-dipendenza, e di cambiamento di stili di vita, quando sia presente una modalità di consumo a rischio o dannoso per la salute. Si sottolinea inoltre che i controlli sanitari previsti dalla normativa devono essere svolti nell'assoluto rispetto della libertà della persona e dei suoi diritti, con garanzia della privacy.

### 3. Prevenzione e promozione della salute nei luoghi di lavoro

Nella normativa che riguarda la prevenzione nei luoghi di lavoro è stata inserita la definizione di salute secondo il modello biopsicosociale (art. 2 D.lgs 81/2008), per questo motivo non stupisce che sia dato risalto, nella medesima norma, all'attuazione, da parte delle imprese, di programmi volontari di promozione della salute, secondo i principi di responsabilità sociale. I luoghi di lavoro rappresentano una sede appropriata per condurre interventi finalizzati alla prevenzione e al trattamento dei problemi alcol-correlati per diverse ragioni. In primo luogo consentono di raggiungere quei soggetti che risultano contattabili con difficoltà in altri contesti (come i giovani adulti e i bevitori ad alto rischio), inoltre i lavoratori possono essere più facilmente coinvolti negli interventi, dato che trascorrono gran parte del loro tempo al lavoro e gli effetti di tali interventi possono avere ricadute nella rete sociale e familiare degli stessi lavoratori. Esistono evidenze che l'adozione di norme restrittive a livello del gruppo di lavoro riduce significativamente l'uso e l'abuso di alcol sia sul posto di lavoro che al di fuori di esso. Tuttavia programmi basati sui controlli alcolimetrici sarebbero in grado di determinare negli autisti riduzioni significative degli incidenti solo nel breve termine. Per quanto attiene i test per alcol e sostanze stupefacenti, una recente revisione della letteratura conclude per un effetto complessivamente modesto nel ridurre gli infortuni. La politica di "tolleranza zero" da sola, pertanto, non è sufficiente a determinare una modifica dei comportamenti. Esistono evidenze di una significativa riduzione degli infortuni con programmi finalizzati a realizzare luoghi di lavoro "alcohol e drug free" attraverso l'adozione di politiche scritte, la realizzazione di programmi di informazione e formazione sui rischi conseguenti all'uso e abuso di alcol, rivolti sia ai lavoratori che ai dirigenti/preposti, l'offerta di sostegno e trattamento ai lavoratori con problemi alcol-correlati insieme alla esecuzione dei test per alcol e sostanze stupefa-

centi. L'O.M.S. nel Piano d'Azione Europeo sull'Alcol 2012-2020, in coerenza con le evidenze scientifiche, delinea gli interventi sui luoghi di lavoro in grado di ridurre i danni causati dall'alcol, ovvero: politiche che promuovano luoghi di lavoro "alcohol free", adozione di stili manageriali che riducano lo stress da lavoro e aumentino gli incentivi lavorativi, interventi sui posti di lavoro quali la formazione in competenze psicosociali, l'intervento breve, programmi di informazione sull'alcol. La formazione in competenze psicosociali comprende la formazione di preposti e lavoratori a riconoscere e relazionarsi con i colleghi con problemi alcol correlati e la gestione dello stress lavoro correlato. L'Unione Europea con la dichiarazione di Lussemburgo (1997), definisce la promozione della salute nei luoghi di lavoro (WHP) come "lo sforzo congiunto di imprese, addetti e società per migliorare la salute ed il benessere dei lavoratori. Questo può essere raggiunto attraverso la combinazione dei seguenti elementi: miglioramento della organizzazione del lavoro e dell'ambiente di lavoro, promozione della partecipazione attiva, incoraggiamento delle capacità personali". La promozione della salute negli ambienti di lavoro è pertanto un'azione posta in capo ai vari soggetti del mondo produttivo (datori di lavoro, lavoratori e loro rappresentanze sociali). La normativa italiana definisce all'interno della organizzazione aziendale i "soggetti della prevenzione": datore di lavoro, Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) e medico competente, ai quali compete, insieme ai lavoratori, la progettazione e realizzazione dei programmi, secondo le indicazioni degli organismi internazionali. L'obiettivo è cambiare la cultura di una organizzazione ed è fondamentale operare facendo parte di questa cultura.

## Bibliografia

- Anderson P., Møller L. and Galea G., *Alcohol in Europe Unions- Consumption, harm and policy approaches*. Word Health Organization (WHO), 2012
- Annovi C., Biolcati R., Di Rico R., *Manuale per la prevenzione dei problemi alcol-correlati degli ambienti di lavoro*, Milano, Franco Angeli Editore, 2006
- Ansoleaga E., Montano R., Vezina M., *Psychosocial risk at work and hazardous alcohol consumption among chile's working adults*, Can. J. Public. Health, 2013, 104(7):e502
- Barrientos Gutierrez T., Gimeno D., Mangione TW. et Al, *Drinking social norms and drinking behaviours: a multilevel analysis of 137 workgroup in 16 worksites*, Occup Environ Med, 2007, 64:602-608
- Cashman CM., Ruotsalainen JH., Greiner BA., Beirne PV., Verbeek JH., *Alcohol and drug screening of occupational drivers for preventing injury (review)*, Cochrane Collaboration, 2009
- Ciani Passeri A., *Statistiche e stime sul rapporto tra assunzione di alcolici e infortuni sul lavoro*, Relazione presentata al Convegno "Alcol e lavoro", Firenze, 2010
- Coggon D., Harrison EC., Brown T., Rice S., Palmer K.T., *Occupation and mortality related to alcohol drugs and sexual habits*, Occup. Med. (Lond), 2010 August, 60(5) 348-353
- Ehrlich RI., Woolf CS., Kibel A., *Disulfiram reaction in an artist exposed to solvent*, Occupational medicine, 2012, 62:64-66

- Garbarino S., *Sleep disorders and road accident in truck drivers*, G.Ital Med Lav Ergon, 2008 Jul-Sep, 30(3):291-6
- Head J., Stansfeld SA., Siegrist J., *The psychosocial work environment and alcohol dependence: a prospective study*, Occup. Environ Med, 2004, 61:219-224
- Heikkila K., Nyberg ST., Frasson EI., Alfredsson L., De Bacquer D. et Al, *Job strain and alcohol intake: a collaborative meta-analysis of individual participant data from 140.000 men and women*, 2012, Plos ONE 7(7):e40101
- Hemmingsson T., Lundberg I., *Work control, work demands, and work social support in relation to alcoholism among young men*, Alcohol Clin. Exp. Res., 1998 Jun, 22(4): 921-7
- Hemmingsson T., Weitoft GR., *Alcohol-related hospital utilization and mortality in different occupations in Sweden in 1991-1995*, Scand. J Work Environ Health, 2001, 27(6):412-419
- Horne JA., Reyner LA., Barrett PR., *Driving impairment due to sleepiness is exacerbated by low alcohol intake*, Occup. Environ Med, 2003, 60:689-692
- Howland J., Rohsenow DJ. et Al, *Effect of low-dose alcohol exposure on simulated merchant ship piloting by maritime cadets*, Accid. Anal. Prev.33:257-265, 2001
- ISTAT, *L'uso e l'abuso di alcol in Italia*, Rapporto anni 2012-2013
- Mandell W., Eaton WW., Anthony JC., Garrison R., *Alcohol and occupations: a review and analysis of 104 occupations*, Alcohol Clin. Exp. Res., 1992 Aug, 16(4):734-46
- Mangili A., *Alcol e lavoro*, G.Ital.Med.Lav.Erg.; 26:3, 2004
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *La Mobilità Internazionale del Lavoro*, Nota semestrale sul mercato del lavoro degli immigrati, Gennaio 2013
- Moore S., Sikora P., Grunberg L., Greenberg E., *Work stress and alcohol use: Examining the tension-reduction model as a function of worker's parent's alcohol use*, Addict. Behav., 2007 December, 32(12):3114-3121
- Mosconi G., Riva MM., Lorenzi S., Silva G., Bartolozzi F., Pavesi G., Bancone C., Bettineschi O., Magno D., *Alcohol and construction workers*, Med. Lav. 2007, 98 (6): 493-500
- OECD, *OECD factbook: Environmental and social stistics. Employment rates by age and group*, Paris, Organisation for Economic Co-operation an Development, OECD library, 2014
- O.M.S., *Piano di Azione Europeo 2012-2020 per ridurre il consumo dannoso di alcol*, Traduzione autorizzata-Ministero della Salute
- Pidd K., Roche AM., *How effective is drug testing as worplace safety? A systematic review of evidence*, Accident Analysis and Prevention, 20014, 71: 154-165
- Ramirez M., Bedford R., Sullivan R., Anthony T.R., Kraemer J., Faine B. and Peek-Asa C., *Toxicology testing in fatally injured workers: a review of five years of Iowa FACE cases*, Int. J Environ. Res. Public Health 2013, 10, 6154-6168
- Regione Lombardia: *FAQ accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope negli ambienti di lavoro*. Settembre 2009
- Regione Piemonte delibera 26/10/2015, n 29-2328: *atto di indirizzo per la verifica del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche e per la verifica di assenza di condizioni di alcol-dipendenza nella attività (previste) dall'allegato I dell'Intesa Stato Regioni 2006*. (Revoca della D.G.R. Del 22.10.2012)
- Regione Toscana, *delibera n.1065 del 9/12/2013*, pubblicata sul BUR n. 52 del 24/12/2013

Science Group of European Alcohol and Health Forum (EAHF), *Alcohol, Work and Productivity*, september 2011

Webb G., Shakeshaft A., Sanson-Fisher R. & Havard A., *A systematic review of work-place interventions for alcohol-related problems*, *Addiction* 104, 365-377, 2009

Wickizer TM., Kopjar B. et Al., *Do drug-free workplace programs prevent occupational injuries?, Evidence from Washington state*. HSR: Health Service Research 39:1, february 2004

World Health Organization (WHO), Regione Europa: *Global Status Report on Alcohol and Health*, 2014

World Health Organization (WHO), *Global status report on alcohol and health*, Geneve, 2011

Zaloshnja E. ed Al, *Employer costs of alcohol-involved injuries*, *Am.J.Ind.Med.*, 2007, 50:136-142

ASL BRESCIA

ASL BRESCIA

# Aspetti giuridici e legali

# 21

## 1. Aspetti criminologici e aspetti giuridici

**Daniela Rossi, Carlo Alberto Romano**

### 1. Alcolismo e criminalità

La correlazione tra alcolismo e criminalità rappresenta un problema particolarmente complesso e articolato, affrontato sia in sede scientifica sia clinica sotto un duplice profilo: quello dell'autore e quello della vittima di reato. In altre parole si evidenzia la problematica alcol – reato, nel senso di andare ad indagare se l'alcol possa costituire un fattore di rischio per la commissione di reati e, quindi, che tipi di reati. Dall'altra parte emerge la problematica alcol-vittima di reato, aprendo quindi un filone di ricerca sulla vulnerabilità a subire reati, da parte di soggetti abusanti di alcol. È evidente che bisogna premettere una ulteriore distinzione tra stato di intossicazione acuta e cronica, al fine di attribuire rilievo più significativo al meccanismo comportamentale che sostiene l'elemento psicologico del reato stesso. Fin dagli anni '70, alcune ricerche hanno messo in evidenza una stretta correlazione tra alcol e criminalità, nel senso che dai primi studi sulla popolazione penitenziaria emergeva una alta percentuale di alcolisti tra i detenuti autori di reati violenti (soprattutto omicidi). Secondo una indagine condotta da Greenfeld nel 1998 il 36% di detenuti nelle carceri degli Stati Uniti aveva commesso l'ultimo reato mentre era sotto l'influenza dell'alcol. Uno studio precedente, condotto a Filadelfia nel 1958, su 588 casi di omicidio verificativi a Filadelfia tra il 1948 e il 1952, aveva messo in luce che il 55% degli autori e il 42% delle vittime di omicidio presentava uno stato di intossicazione alcolica al momento del reato. In Italia, studi condotti a Genova da Bandini Gatti e Traverso nel 1983, individuavano una altrettanto significativa percentuale, seppur leggermente inferiore, tra stato di intossicazione da alcol e autori di reati (23%) e vittime di reati (16%). Rispetto alle fonti è da sottolineare la variabile "attendibilità" dei dati interna alla ricerca scientifica che potrebbe essere in alcuni casi piuttosto limitata mentre in altri, molto alta, se ad esempio vengono utilizzate come fonte di dati le perizie autoptiche condotte sulle vittime di omicidio dalle quali si evince uno stato di intossicazione. Tuttora, i dati forniti dalla popolazione detenuta possono presentare limiti interni rispetto alla autodichiarazione dei detenuti stessi rispetto allo stato di intossicazione risalente al momento della commissione del reato, a fronte della alta complessità diagnostica clinica effettuata all'ingresso del carcere, anche perché, spesso, il problema dell'alcol tende ad essere sottosti-

mato piuttosto che sovrastimato. Riscontro, questo, che potrebbe collegarsi al fattore culturale di legalizzazione delle sostanze alcoliche. Un'indagine sulla percezione dell'intossicazione di alcol al momento del fatto-reato da parte di Agenti di polizia e testimoni, condotta su di un arco temporale di dieci anni in Svezia nel 1986 (tra gli anni 70 e 80) da parte di Lindqvist<sup>1</sup>, ha fatto osservare che due terzi degli autori di reato erano ritenuti positivi all'alcol e ben il 44% delle vittime. Va considerato che essendo di prassi e non discrezionale come in Italia, l'accertamento dell'effetto di sostanze alcoliche o tossiche sugli autori di reato ha prodotto che nel 30% dei soggetti era stata diagnosticata una condizione di alcolismo cronico. Se da un lato è interessante osservare una ipotesi di correlazione tra autore di reato e alcol e tra vittima e reato, *al momento del fatto*, dall'altro ciò non implica automaticamente che ci sia qualche correlazione inversa tra reati violenti e alcol, anche se nel 1990 Murdoch, Phil e Ross, esaminando un campione molto numeroso di 9304 casi (frutto però di varie ricerche, che in realtà presentavano percentuali diverse), hanno riscontrato che il 62% degli autori di reati violenti aveva bevuto prima di commettere il reato<sup>2</sup>. Un approfondimento merita il rapporto tra alcol-reato violento e soprattutto il reato commesso in un sistema intrafamiliare, laddove negli ultimi dieci anni abbiamo assistito ad un drammatico aumento di abusi e di maltrattamenti. (Fra gli altri Dossier "Indifesa" di Terre des Hommes) Gli abbandoni di minore sono saliti del 94%, le violenze sessuali aggravate del 42%. Sono cresciuti dell'87% i maltrattamenti in famiglia, passando da 751 nel 2004 a 1408 vittime nel 2013. Questo dato invita ad individuare strategie di prevenzione e di sostegno della famiglia, condivise a livello europeo, partendo fra l'altro da dati sul numero oscuro, non facilmente confrontabili, che orientativamente inducono a pensare come solo 3 casi di violenza sessuale su 10 vengano alla luce. Ricerche cliniche piuttosto datate, ma comunque interessanti, condotte in America nel 1997 da Brookoff hanno riportato che su 62 delitti violenti intrafamiliari compiuti a Memphis, il 92% degli autori di violenza aveva assunto alcol o droghe nel giorno del delitto ed il 45% di essi poteva ritenersi dedito quotidianamente alle sostanze alcoliche o tossiche. Ciò che forse ad oggi aiuta a riflettere che *"per la maggior parte delle vittime il reato descritto dall'autore non rappresentava la prima esperienza; il 35% di esse denunciava violenze quotidiane ed il 55% riferiva vittimizazioni almeno settimanali"*<sup>3</sup>. Tra i vari reati violenti, commessi nella dimensione se non intrafamiliare almeno di prossimità, uno degli aspetti più problematici e incidenti è rappresentato dai reati a sfondo sessuale, dall'incesto alla violenza sessuale, come se l'alcol rappresentasse l'elemento facilitante non solo la commissione, per effetto diretto sul rallentamento dei freni inibitori, ma anche la vittimizzazione per una generica riduzione della capacità di difesa di fronte all'aggressore. Altro aspetto interessante, dal punto di vista criminologico, è rappresentato dal fattore alcol come genesi eziologica nei casi di violazione del codice

1 - Bandini T. Gatti U. Gualco B. Malfatti D. Marugo M. Verde A., *Criminologia il contributo della ricerca alla conoscenza del crimine e della reazione sociale* Vol. I e II Giuffrè, Milano, 2004, pag 195

2 - Bandini T. Gatti U. Gualco B. Malfatti D. Marugo M. Verde A. *ibidem*, pag.195

3 - Bandini T. Gatti U. Gualco B. Malfatti D. Marugo M. Verde A. *ibidem*, pag 197



della strada. A suffragio di questa ipotesi, fra l'altro molto sensibile al mondo assicurativo, si cita una delle prime ricerche condotte a New York basata sul confronto tra automobilisti a tempo zero circolanti (nello stessa ora, giorno della settimana)/incidenti, mostrando che ben il 73% delle persone coinvolte come responsabili in incidenti aveva bevuto. Circa metà degli incidenti mortali e circa un quarto degli incidenti stradali gravi, ma non mortali, sembrano correlarsi ad uno stato di intossicazione alcolica del conducente. È noto come siano presenti in letteratura numerosi studi, alcuni condotti anche con tecniche psicodiagnostiche, effettuati negli anni 90 e inizio 2000 che hanno cercato di classificare dei cluster comportamentali connessi alla guida in stato di ebbrezza, andando a tratteggiare una sorta di identikit dei soggetti a rischio. Tra le caratteristiche emergenti da tali analisi, si potevano riscontrare un maggior livello di depressione e di risentimento oppure un livello più elevato di impulsività, di discontrollo della rabbia con sensazioni di irritabilità e ostilità verbale ed indiretta. Inoltre, se ai fattori di personalità si aggiungevano fattori quali la collocazione sociale di livello inferiore e fattori tossicologici come l'elevata assunzione di sostanze, la probabilità di essere coinvolti in incidenti stradali aumentava significativamente. Altre ricerche condotte su autori di reato, come i crimiologi dei colletti bianchi (affidenti ad un ceto sociale più elevato) sembrano però smentire le letture precedenti. Il tratto psichologico comune parrebbe comunque identificarsi nella maggiore propensione al rischio e nella scarsa capacità di relazione empatica, elementi questi che devono ancora essere attentamente indagati e correlati al rischio di incidentalità sia lavorativa sia stradale. Se l'alcol può in alcune circostanze, slantizzare l'aggressività, aumentandone l'intensità in base a variabili del tutto soggettive, non sempre l'aggressività si traduce in delitti. Molte variabili, da quelle più intrapsichiche a quelle sociali e culturali, concorrono alla complessità degli aspetti fenomenologici del rapporto fra alcol e delitto e una opportuna cautela suggerisce di rifuggere da facili determinismi.

## 2. Alcol e imputabilità

Nel contesto giuridico italiano, tra le cause di esclusione dell'imputabilità del soggetto ritenute quindi capaci di incidere sulla sua capacità di intendere e di volere vi è l'infermità mentale (tale da generare un vizio di mente), l'ubriachezza, l'intossicazione da stupefacenti, il sordomutismo e la minore età. Tutta la disciplina del trattamento sanzionatorio riservato al soggetto che al momento del fatto fosse sotto effetto di sostanze alcoliche è comunque particolarmente complessa e problematica. Ovvero il legislatore, dinnanzi ad un soggetto ubriaco al momento della commissione del reato ha posto nel codice penale diverse soluzioni a seconda della causa originante. L'art. 91 c.p. esclude l'imputabilità – o prevede la riduzione della pena applicabile nel caso parziale incapacità – solo se l'ubriachezza sia dovuta a caso fortuito o forza maggiore. Tale quadro si delinea sostanzialmente sotto il profilo giuridico di ubriachezza accidentale, in funzione di un elemento esterno al volere del soggetto che funge da causa esterna che ha interferito sulla volontà stessa del soggetto, rilegandolo in una posizione passiva, in quanto non poteva porre resistenza. Trattasi evidentemente di una situazione limite,

che esclude l'imputabilità del soggetto, diametralmente opposta all'ubriachezza volontaria o colposa, che non esclude né diminuisce l'imputabilità ai sensi dell'art.92 cp. La ratio, piuttosto complessa legata invece all'attribuzione di responsabilità ripropone lo schema interpretativo della *actio libera in causa*, individuandone una fattispecie tipica dell'imputabilità, e quindi della punibilità. È opportuno risalire all'accertamento psicologico del reato al *momento* in cui il reato è stato commesso per individuarne il fattore etiologico dello stato di ubriachezza e quindi stabilire quanto margine di consapevolezza e di prevedibilità dell'evento dannoso o pericoloso di reato il soggetto possedesse, al fine di stabilirne l'elemento doloso o colposo. In sostanza, si chiederebbe al giudice di indagare e di stabilire in concreto il grado di consapevolezza del soggetto ubriaco al momento del fatto, rilevando il suo atteggiamento psicologico di fronte al reato. Molto più severa invece è la posizione sanzionatoria di fronte ai reati commessi in stato di ebbrezza abituale: l'art.94 c.1 non solo esclude o diminuisce l'imputabilità, ma prevede un aumento di pena – divenendone dunque un aggravante – oltre all'applicazione eventuale della misura di sicurezza della casa di cura o custodia o libertà vigilata ai sensi dell'art.221 cp. Il rilievo, a volte problematico dal punto di vista clinico, riguarda “chi è dedito all'uso di sostanze alcoliche e in stato di frequente ubriachezza” (non cronica), ed è mosso presumibilmente dalla ratio di colpire la capacità criminale connessa ad un (discusso) pesante giudizio di colpevolezza per la condotta di vita. A fronte di un trattamento indubbiamente repressivo in *peius* per il reo – rispetto alla cronica intossicazione da alcol (ai sensi dell'art.95 cp) che riconosce la totale o parziale incapacità di intendere e volere e dunque incide sulla non imputabilità del reo. Le interpretazioni giurisprudenziali sembrano dunque operare un distinguo netto tra il valore transitorio della abitudine dello stato di ubriachezza e il carattere permanente, quindi irreversibile, delle alterazioni connesse allo stato di intossicazione cronica che provoca “alterazioni patologiche permanenti, tali da far apparire indiscutibile che ci si trovi di fronte ad un quadro morboso di patologia psichica”.

### 3. Alcol e Lavori di Pubblica Utilità (LPU)

Quando un soggetto ai sensi dell'art 186 CdS viene condannato per guida sotto l'influenza dell'alcol o ai sensi del 187 CdS per Guida in stato di alterazione psicofisica per uso di sostanze stupefacenti, ha la facoltà di chiedere l'ammissione al Lavoro di Pubblica Utilità (LPU), in sostituzione della pena detentiva e pecuniaria. Il dispositivo, a titolo di *sanzione sostitutiva*, si sostanzia in una prestazione di un'attività - di pubblica utilità - non retribuita a favore della collettività. Il disciplinare è regolamentato da accordi che trovano una declinazione operativa a livello territoriale, spesso tramite protocolli tra Autorità Giurisdizionale, Comune, Provincia, Enti e Associazioni di assistenza sociale e di Volontariato, o settori prevalentemente attivi nel contrasto alle dipendenze. L'elemento immediatamente deflattivo consiste nel non dover scontare la pena in carcere e nel non pagare la sanzione pecuniaria, ma agisce *favor rei* anche nell'estinzione del reato e , nel caso di esito positivo del programma, comporta la riduzione alla metà della sanzione della sospensione della patente e la revoca della con-

fisca del veicolo sequestrato. Costituiscono condizioni ostative all'accesso della misura:

- circostanze aggravanti (aver procurato un incidente stradale);
- aver già svolto in precedenza un programma di LPU in quanto la misura può essere concessa solo una volta.

La commutazione della sanzione prevede, nel caso delle violazioni del codice della strada, che ogni giorno di arresto venga convertito in una pena pecuniaria di 250 euro, a sua volta convertibile in una giornata di LPU, consistente in 2 ore di lavoro. Con il consenso dell'interessato il giudice può quindi disporre tale sanzione, individuando il tipo di attività, nonché la sede di svolgimento del programma di LPU ed incaricando l'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna (UEPE) di verificare l'effettivo svolgimento del lavoro di pubblica utilità. L'ufficio riferirà periodicamente al Giudice, tramite relazioni sull'andamento del percorso. In caso di violazioni degli obblighi connessi al percorso di LPU, il Giudice, su richiesta del Pubblico Ministero, dispone la revoca della sanzione sostitutiva con il conseguente ripristino della pena originariamente sostituita. Questa soluzione sanzionatoria conferma un orientamento emerso da tempo consistente in una particolare attenzione verso modelli alternativi alla giustizia tradizionale dimostratisi in certi contesti del tutto inefficace e inadeguata; nello specifico la giustizia riparativa costituisce una risposta in grado di meglio soddisfare le diverse esigenze convergenti nella attuale considerazione del reato. La giustizia riparativa è un processo nel quale tutte le parti coinvolte da un particolare reato si incontrano per discutere in che modo affrontare le conseguenze della commissione dell'illecito e le sue implicazioni, tra le quali si annoverano le azioni riparative volte al ripristino del legame sociale tra autore, vittima e collettività. Le modalità applicative del paradigma riparativo, secondo l'ISPAC<sup>(4)</sup> ricomprendono svariate tipologie di programmi adottate nei diversi Paesi, tra cui tutti ricordiamo misure come:

- l'invio di una lettera di scuse (apology) alla vittima da parte dell'autore del reato;
- gli incontri tra vittime e autori di reati analoghi a quello subito dalle vittime (the Victim/Community Impact Panel);
- gli incontri di mediazione allargata che tendono a realizzare un dialogo esteso ai gruppi parentali ovvero a tutti soggetti coinvolti dalla commissione di un reato (the Community/Family Group Conferencing);
- l'espletamento di un'attività lavorativa a favore della vittima stessa (Personal Service to Victims);
- la prestazione di una attività lavorativa a favore della collettività (Community Services);
- la mediazione tra l'autore del reato e la sua vittima (Victim-Offender Mediation).

La finalità del reinserimento sociale si consegue soprattutto attraverso la prestazio-

---

1 - ISPAC, International Scientific and Professional Advisory Council of the United Nations Crime Prevention and Criminal Justice Programme

ne di attività lavorativa a favore della collettività purché vi sia un'assunzione di responsabilità della comunità, intesa nella sua accezione più ampia. In questa prospettiva è emersa da tempo una particolare attenzione per i nuovi modelli alternativi alla giustizia tradizionale: in campo penale, la mediazione e la giustizia riparativa sono «due modalità di approccio alle secolari questioni poste dalla commissione di un reato»<sup>5</sup>. La presa in carico di percorsi di giustizia riparativa può avvenire sia come sanzione sostitutiva della pena tradizionale in un (per ora) limitato numero di fattispecie che possono essere decise dal Giudice in questo modo, sia come strumento nella fase dell'esecuzione penale inframuraria, consentendo a qualche detenuto di svolgere attività non remunerata a favore della collettività in luogo della sterile, disarmante e, spesso, controproducente permanenza in carcere. Il Lavoro di pubblica utilità rappresenta la prima di queste due opzioni; irrompe nell'arsenale sanzionatorio consentendo che il conflitto derivante dalla commissione del reato diventi un'opportunità di rilancio della partecipazione e coesione comunitaria. Il lavoro sostitutivo della pena detentiva e/o pecuniaria diviene il mezzo con il quale il condannato può prendere coscienza del disvalore sociale della propria azione criminale e apportare benefici alla comunità, nonché a se stesso, poiché si tratta di una soluzione dagli evidenti effetti premiali anche per il condannato. In questo modo si crea, di fatto, un ulteriore stadio processuale: l'esecuzione della pena - ovvero lo svolgimento del lavoro - diviene la fase processuale nella quale si mette alla prova l'autore dell'illecito e al cui termine si condiziona l'estinzione o la riviviscenza della pena originariamente irrogata. Le potenzialità e i principi fondanti di questo strumento giuridico, nel tempo vennero un po' sminuiti dall'esperienza pratica, che lo portava ad essere una «tecnica accessoria di gestione del conflitto»<sup>6</sup> con la quale all'autore dell'illecito veniva consentito negoziare la pena. Al fine di evitare il rischio di una risposta al crimine considerata troppo mite era comunque indispensabile che si recuperasse il carattere afflittivo della pena e ciò emerse con chiarezza dalle linee-guida tracciate nella «Raccomandazione sulla mediazione in materia penale» dal Consiglio d'Europa e nella bozza dei *Principi Base sull'uso dei programmi di giustizia riparativa nell'ambito penale* dalle Nazioni Unite<sup>7</sup>. In tale prospettiva, va sottolineata l'importanza di garantire uniformità ai criteri applicativi e alle finalità politico-criminali delle nuove forme di risoluzione dei conflitti in materia penale. La disciplina delle sanzioni sostitutive, si affaccia nel nostro Ordinamento con la Legge 24 novembre 1981, n. 689, che rappresentò uno dei primi tentativi di modificare il sistema sanzionatorio italiano, arginando, attraverso l'introduzione di misure alternative, i costi statali e gli effetti desocializzativi della carcerazione breve in capo al condannato. Venne così introdotto il lavoro sostitutivo (oggi meglio conosciuto come lavoro di

5 - Ceretti A., Mazzucato C., Mediazione e giustizia riparativa tra Consiglio d'Europa e Onu, in: *Diritto penale e processo*, 2001, n. 6, p. 722

6 - Ciardiello P., Punire, rieducare, riparare - Una riflessione su diversi modi di «fare giustizia», *Giustizia riparativa, diritti e welfare plurale*, Monza, 8 maggio 2008, in: [www.ristretti.it](http://www.ristretti.it)

7 - Gli atti citati sono consultabili sul sito ufficiale del Consiglio d'Europa, <[www.coe.int](http://www.coe.int)> e delle Nazioni Unite, <[www.un.org](http://www.un.org)>, oltre al sito <[www.restorativejustice.org](http://www.restorativejustice.org)>

pubblica utilità) che «consiste nella prestazione di un'attività non retribuita, a favore della collettività, da svolgere presso lo Stato, le regioni, le province, i comuni, o presso enti, organizzazioni o corpi di assistenza, di istruzione, di protezione civile e di tutela dell'ambiente naturale o di incremento del patrimonio forestale, previa stipulazione, ove occorra, di speciali convenzioni da parte del Ministero di grazia e giustizia, che può delegare il magistrato di sorveglianza»<sup>8</sup>. L'istituto nacque con l'intento di dar soluzione all'insolubilità del condannato<sup>9</sup> che si trovasse in una «situazione oggettiva e permanente di assoluta impossibilità di adempiere»<sup>10</sup> all'obbligazione di natura pecuniaria, vale a dire non fosse in grado di pagare la somma di denaro dovuta a titolo di multa o di ammenda. Il 1° e 2° comma dell'art. 102 della legge 24 novembre 1981 n. 689 disposero infatti che le pene della multa e dell'ammenda «non eseguite si convertono nella libertà controllata<sup>11</sup> per un periodo massimo, rispettivamente, di un anno e di sei mesi. Nel caso in cui la pena pecuniaria da convertire non sia superiore ad un milione, la stessa può essere convertita, a richiesta del condannato, in lavoro sostitutivo». Con la sentenza 14-21 giugno 1996, n. 206 la Corte Costituzionale dichiarò l'illegittimità costituzionale dell'art. 102 nella parte in cui non consentiva che il lavoro sostitutivo, su richiesta del condannato, fosse concesso anche nel caso in cui la pena pecuniaria da convertire fosse superiore al milione di lire<sup>12</sup> aprendo di fatto le porte a un esteso utilizzo della misura. Alla prova dei fatti, il lavoro sostitutivo non ebbe invece grande successo, probabilmente proprio a causa della collocazione secondaria attribuitagli dal Legislatore; inoltre l'indeterminatezza del contenuto, delle modalità esecutive della prestazione d'opera e l'assenza di alcuna direttiva statale in merito non hanno certamente agevolato questo istituto nel farsi largo all'interno dell'armamentario sanzionatorio. L'Art. 1, comma 1-bis del decreto legislativo 26 aprile 1993, n. 122 - *Misure urgenti in materia di discriminazione razziale, etnica e religiosa* (convertito con modificazioni dalla Legge 25 giugno 1993, n. 205), ha invece disposto che «con la sentenza di condanna per uno dei reati previsti dall'articolo 3 della legge 13 ottobre 1975, n. 654, o per uno dei reati previsti

8 - Cfr. art. 105, 1° primo, L. 689/1981

9 - La situazione di insolubilità può coinvolgere anche la parte civilmente obbligata per la pena pecuniaria

10 - È la stessa Corte di Cassazione che chiarisce cosa debba intendersi per insolubilità

11 - La libertà controllata è una pena limitativa della circolazione del soggetto, essa comporta: «1) il divieto di allontanarsi dal comune di residenza, salvo autorizzazione concessa di volta in volta ed esclusivamente per motivi di lavoro, di studio, di famiglia o di salute; 2) l'obbligo di presentarsi almeno una volta al giorno, nelle ore fissate compatibilmente con gli impegni di lavoro o di studio del condannato, presso il locale ufficio di pubblica sicurezza o, in mancanza di questo, presso il comando dell'Arma dei carabinieri territorialmente competente; 3) il divieto di detenere a qualsiasi titolo armi, munizioni ed esplosivi, anche se è stata concessa la relativa autorizzazione di polizia; 4) la sospensione della patente di guida; 5) il ritiro del passaporto, nonché la sospensione della validità, ai fini dell'espatrio, di ogni altro documento equipollente; 6) l'obbligo di conservare e di presentare ad ogni richiesta degli organi di polizia e nel termine da essi fissato l'ordinanza emessa a norma dell'articolo 62 e l'eventuale provvedimento di modifica delle modalità di esecuzione della pena, adottato a norma dell'articolo 64» (art. 56 L. 689/1981 Modifiche al sistema penale)

12 - Sentenza 14-21 giugno 1996, n. 206, Gazz. Uff. 26 giugno 1996, n. 6 - Serie speciale, <<http://www.giurcost.org/decisioni/index.html>>

dalla legge 9 ottobre 1967, n. 962, il tribunale può altresì disporre una o più delle seguenti sanzioni accessorie: a) obbligo di prestare un'attività non retribuita a favore della collettività per finalità sociali o di pubblica utilità, secondo le modalità stabilite ai sensi del comma 1-ter [...]. La pena accessoria consta in un obbligo di *facere* gratuito a beneficio della collettività (art. 1-quinquies)<sup>13</sup> da adempiersi nell'ambito di strutture pubbliche o di enti ed organizzazioni privati per un periodo massimo di dodici settimane. Diversamente da quanto abbiamo visto per il Lavoro di pubblica utilità-pena sostitutiva (ex L. 689) e da quanto vedremo per il Lavoro di pubblica utilità-pena principale, nell'ipotesi di pena accessoria il consenso del reo non riveste il ruolo di *conditio sine qua non* per l'applicazione della sanzione, essendo il giudice, in mancanza dell'opposizione dell'imputato<sup>14</sup>, a determinarne l'ammissione, la durata e le modalità esecutive «*tali da non pregiudicare le esigenze lavorative, di studio o di reinserimento sociale del condannato*»<sup>15</sup>. In caso di violazione degli obblighi o dei divieti inflitti, l'art. 389 c.p.<sup>16</sup> prevede un'autonoma figura delittuosa, punendo il trasgressore con la reclusione da due a sei mesi. Il Lavoro di pubblica utilità è quindi uno strumento multiforme che può comprendere le diverse tipologie di pena. Come pena principale caratterizzata dall'obbligo di «fare qualcosa» i Lavori di Pubblica Utilità s'inquadrano nella più generale categoria dei lavori socialmente utili, la cui disciplina è stata delineata (meglio, rivisitata) dal decreto legislativo 1° dicembre 1997, n. 468<sup>17</sup>. Ai sensi dell'articolo 1, comma I, del citato decreto, i lavori socialmente utili sono «*attività che hanno per oggetto la realizzazione di opere e la fornitura di servizi di utilità collettiva, mediante l'utilizzo di particolari categorie di soggetti*». Al comma II dell'articolo de quo, che elenca le diverse tipologie di lavori socialmente utili, spiccano, alla lettera a), i «*lavori di pubblica utilità*». Di questi si occupa l'articolo 2 del d.lgs. 468/1997, che chiarisce anzitutto che «*I progetti di lavori di pubblica utilità sono attivati nei settori della cura della persona; dell'ambiente, del territorio e della natura; dello sviluppo rurale, montano e dell'acquacoltura; del recupero e della riqualificazione degli spazi urbani e dei beni culturali*»<sup>18</sup>. Ma chi può realizzare i progetti per i lavori socialmente utili? A rispondere a tale domanda è l'articolo 3 del decreto, che ci dice che i soggetti promotori possono essere le Amministra-

13 - L'art. 1-quinquies elenca le attività che possono essere oggetto del *facere* gratuito a cui è condannato il reo: «la prestazione di attività lavorativa per opere di bonifica e restauro degli edifici danneggiati con scritte, emblemi o simboli propri o usuali delle organizzazioni, associazioni, movimenti o gruppi di cui al comma 3 dell'art. 3, L. 13 ottobre 1975, n. 654; lo svolgimento di lavoro a favore di organizzazioni di assistenza sociale e di volontariato, quali quelle operanti nei confronti delle persone handicappate, dei tossicodipendenti, degli anziani o degli extracomunitari; la prestazione di lavoro per finalità di protezione civile, di tutela del patrimonio ambientale e culturale, e per altre finalità pubbliche individuate con il decreto di cui al comma 1-ter»

14 - L'opposizione dell'imputato (cfr. art. 1-bis D.L.vo 122/1993, art. 165 c.p. e art. 224bis D.L.vo 285/1992) - e non il suo consenso! (cfr. artt. 54-55 D.L.vo 272/2000 e art. 73 5bis T.U. Stupefacenti) - subordina l'applicazione della misura, in virtù dell'art. 4 Cedu che vieta i lavori forzati o obbligatori

15 - Cfr. art. 1-quater, D.L.vo 122/1993, op. cit.

16 - «Chiunque, avendo riportato una condanna, da cui consegue una pena accessoria, trasgredisce agli obblighi o ai divieti inerenti a tale pena, è punito con la reclusione da due a sei mesi. La stessa pena si applica a chi trasgredisce agli obblighi o ai divieti inerenti ad una pena accessoria provvisoriamente applicata»



zioni pubbliche, gli enti pubblici economici, le società a totale o prevalente partecipazione pubblica, e le cooperative sociali di cui alla legge 8 novembre 1991, n. 381 e i loro consorzi. Il decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274, recante “*Disposizioni sulla competenza penale del giudice di pace, a norma dell’articolo 14 della legge 24 novembre 1999, n. 468*” ha operato quella che è stata definita da alcuni come una «*mini-rivoluzione*» del sistema penale, che ha visto attribuire alla magistratura onoraria una serie di reati di minore gravità afferenti – da un punto di vista criminologico – all’area della conflittualità privata: tra questi troviamo le percosse, la lesione personale lieve, alcune ipotesi di lesioni personali colpose, l’omissione di soccorso, l’ingiuria, la diffamazione, la minaccia, i furti procedibili a querela della persona offesa, la sottrazione di cose comuni, il danneggiamento, l’invasione di terreni o edifici, gli atti contrari alla pubblica decenza e – infine – i reati puniti con una pena detentiva non superiore nel massimo a quattro mesi, ovvero con pena pecuniaria sola o congiunta alla sanzione privativa della libertà personale. Il decreto ha indubbiamente costituito un fondamentale momento

17 - Decreto legislativo 1° dicembre 1997, n. 468, Revisione della disciplina sui lavori socialmente utili, a norma dell’articolo 22 della legge 24 giugno 1997, n. 196, in <http://www.camera.it/parlam/leggi/deleghe/testi/97468dl.htm>. Vale la pena di ricordare che nel nostro ordinamento una prima possibilità di applicazione dell’istituto è stata introdotta ad opera dell’articolo 105 della legge 689/1981, che l’ha previsto come sanzione sostitutiva in caso di conversione di pene pecuniarie non eseguite per insolvibilità del condannato. La norma ci dice che «Il lavoro sostitutivo consiste nella prestazione di un’attività non retribuita a favore della collettività, da svolgersi presso lo Stato, le regioni, le province, i comuni o presso enti, organizzazioni o corpi di assistenza, di istruzione, di protezione civile e di tutela dell’ambiente naturale o di incremento del patrimonio forestale, previa stipulazione, ove occorra, di speciali convenzioni da parte del Ministero di grazia e giustizia, che può delegare il magistrato di sorveglianza. Tale attività si svolge nell’ambito della provincia in cui il condannato ha la residenza, per una giornata lavorativa per settimana, salvo che il condannato chieda di essere ammesso ad una maggiore frequenza settimanale». Si veda Legge 24 novembre 1981, n. 689, Modifiche al sistema penale, in <http://www.altalex.com/index.php?idnot=34595#capo5>. Inoltre l’articolo 1-bis decreto legge 122/1993 ha sancito la possibilità dell’applicazione della sanzione accessoria del lavoro di pubblica utilità per chi si macchi di reati quali la costituzione di organizzazioni, associazioni, movimenti o gruppi aventi come scopo l’incitamento alla discriminazione o alla violenza per motivi razziali, etnici, nazionali o religiosi e di istigazione, tentativo, commissione o partecipazione a fatti di genocidio. Si veda in proposito Decreto legge 26 aprile 1993, n. 122, coordinato con la legge di conversione 25 giugno 1993, n. 205, recante «Misure urgenti in materia di discriminazione razziale, etnica e religiosa», in [http://www.governo.it/Presidenza/USRI/confessioni/norme/dl\\_122\\_1993.pdf](http://www.governo.it/Presidenza/USRI/confessioni/norme/dl_122_1993.pdf).

18 - La norma procede elencando una serie di ambiti ai quali si deve avere particolare riguardo:

- a) cura e assistenza all’infanzia, all’adolescenza, agli anziani; riabilitazione e recupero di tossicodipendenti, di portatori di handicap e di persone detenute, nonché interventi mirati nei confronti di soggetti in condizioni di particolare disagio e emarginazione sociale;
- b) raccolta differenziata, gestione di discariche e di impianti per il trattamento di rifiuti solidi urbani, tutela della salute e della sicurezza nei luoghi pubblici e di lavoro, tutela delle aree protette e dei parchi naturali, bonifica delle aree industriali dismesse e interventi di bonifica dall’amianto;
- c) miglioramento della rete idrica, tutela degli assetti idrogeologici e incentivazione dell’agricoltura biologica, realizzazione delle opere necessarie allo sviluppo e alla modernizzazione dell’agricoltura anche delle zone di montagna, della silvicoltura, dell’acquacoltura e dell’agriturismo;
- d) piani di recupero, conservazione e riqualificazione, ivi compresa la messa in sicurezza degli edifici a rischio, di aree urbane, quartieri nelle città e centri minori, in particolare di montagna; adeguamento e perfezionamento del sistema dei trasporti; interventi di recupero e valorizzazione del patrimonio culturale; iniziative dirette al miglioramento delle condizioni per lo sviluppo del turismo»

di apertura al modello di giustizia ripartiva nel nostro paese, affievolendo la centralità della sanzione detentiva, e lasciando spazio a modelli di giustizia ristorativa, senz'altro più vicini al cittadino. L'articolo 54 del decreto legislativo *de quo*, rubricato appunto «*Lavoro di pubblica utilità*», ha sancito la possibilità per il giudice di pace di applicare tale pena, ove l'imputato ne faccia richiesta. L'attività lavorativa, che – grazie al principio di territorialità della pena – il condannato svolgerà nell'ambito della provincia in cui risiede, deve essere strutturata in maniera tale da risultare compatibile con le esigenze di lavoro, di studio, di famiglia e di salute dello stesso. A meglio chiarire quale debba essere l'oggetto dei lavori di pubblica utilità è intervenuto il Decreto ministeriale 26 marzo 2001, recante «*Norme per la determinazione delle modalità di svolgimento del lavoro di pubblica utilità applicato in base all'art.54, comma 6, del decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274*», il quale si apre dicendoci che l'attività non retribuita a favore della collettività deve concentrarsi su:

- a) prestazioni di lavoro a favore di organizzazioni di assistenza sociale o volontariato operanti, in particolare, nei confronti di tossicodipendenti, persone affette da infezione da HIV, portatori di handicap, malati, anziani, minori, ex-detenuti o extracomunitari;
- b) prestazioni di lavoro per finalità di protezione civile, anche mediante soccorso alla popolazione in caso di calamità naturali, di tutela del patrimonio ambientale e culturale, ivi compresa la collaborazione ad opere di prevenzione incendi, di salvaguardia del patrimonio boschivo e forestale o di particolari produzioni agricole, di recupero del demanio marittimo e di custodia di musei, gallerie o pinacoteche;
- c) prestazioni di lavoro in opere di tutela della flora e della fauna e di prevenzione del randagismo degli animali;
- d) prestazioni di lavoro nella manutenzione e nel decoro di ospedali e case di cura o di beni del demanio e del patrimonio pubblico ivi compresi giardini, ville e parchi, con esclusione di immobili utilizzati dalle Forze armate o dalle Forze di polizia;
- e) altre prestazioni di lavoro di pubblica utilità pertinenti la specifica professionalità del condannato.

Il comma V dell'articolo 54 del decreto chiarisce che ai fini del computo della pena, un giorno di lavoro equivale ad una prestazione di due ore, che possono essere svolte anche non continuativamente. Una volta che il giudice abbia deciso per l'applicazione della pena del lavoro di pubblica utilità, in conformità all'articolo 3 del decreto ministeriale 26 marzo 2001, con la sentenza di condanna, individua il tipo di attività, nonché l'amministrazione, l'ente o l'organizzazione convenzionati presso il quale questa deve essere svolta. A tal fine, il giudice si avvale dell'elenco degli enti convenzionati. L'articolo 2 del decreto ministeriale chiarisce che l'attività non retribuita in favore della collettività è svolta sulla base di convenzioni da stipulare con il Ministero della giustizia o, su delega di quest'ultimo, con il Presidente del tribunale, nell'ambito e a favore delle strutture esistenti in seno alle amministrazioni, agli enti o alle organiz-



zazioni di assistenza sociale o di volontariato: le specifiche attività in cui può consistere il lavoro di pubblica utilità, come anche le modalità di copertura assicurativa del condannato contro gli infortuni e le malattie professionali, nonché riguardo alla responsabilità civile verso i terzi saranno poi dettagliatamente indicate in suddette convenzioni. Un elenco di tutti gli enti convenzionati che hanno, nel territorio del circondario, una o più sedi ove il condannato può svolgere il lavoro di pubblica utilità oggetto della convenzione, sarà disponibile presso la cancelleria di ogni tribunale (articolo 7 D.M. 26 marzo 2001). Altro importantissimo punto di riferimento per la materia degli LPU è il codice penale come riformato dalla Legge 11 giugno 2004, n. 145. La legge in questione ha, tra l'altro, introdotto il lavoro di pubblica utilità quale condizione affinché possa darsi luogo alla sospensione della pena. In sostanza, il meccanismo è quello secondo il quale sulla volontà di riabilitazione del condannato può fondarsi una decisione del giudice favorevole alla concessione del beneficio della sospensione condizionale della pena. Si noti infatti come la legge non faccia riferimento ad una richiesta del soggetto in tal senso, ma piuttosto detti come condizione sufficiente la non opposizione da parte del condannato<sup>19</sup>. Relativamente alle molte modifiche che la Legge 21 febbraio 2006, n. 49 ha apportato al D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309; in questa sede sottolineiamo l'introduzione del comma V-bis dell'articolo 73, che consente al giudice di irrogare la pena del lavoro di pubblica utilità, anziché quella detentiva o pecuniaria. A tale dispositivo il Legislatore ha aggiunto un ulteriore comma, inserito dall'art. 3, co. 1, D.L.1 luglio 2013, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla L. 9 agosto 2013, n. 94, il quale sancisce che la disposizione di cui al comma 5-bis si applica anche nell'ipotesi di reato diverso da quelli di cui al comma 5, commesso, per una sola volta, da persona tossicodipendente o da assuntore abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope e in relazione alla propria condizione di dipendenza o di assuntore abituale, per il quale il giudice infligga una pena non superiore ad un anno di detenzione, salvo che si tratti di reato previsto dall'articolo 407, comma 2, lettera a), del codice di procedura penale o di reato contro la persona. La condizione sopra delineata non è però l'unico requisito necessario perché si possa applicare, anziché una delle pene "tradizionali", quella dell'attività non retribuita a favore della collettività: altra condizione è che il reo sia soggetto tossicodipendente o comunque assuntore di sostanze stupefacenti o psicotrope, e che operi una richiesta in tal senso. In questo caso il giudice, sentito il pubblico ministero, qualora ritenga di non dover concedere il beneficio della sospensione condizionale, applicherà la pena oggetto del presente scritto, incaricando l'Ufficio locale di esecuzione penale esterna di verificarne l'effettivo svol-

---

19 - L'articolo 165, comma I, C.p., recita testualmente: «La sospensione condizionale della pena può essere subordinata all'adempimento dell'obbligo delle restituzioni, al pagamento della somma liquidata a titolo di risarcimento del danno o provvisoriamente assegnata sull'ammontare di esso e alla pubblicazione della sentenza a titolo di riparazione del danno; può altresì essere subordinata, salvo che la legge disponga altrimenti, all'eliminazione delle conseguenze dannose o pericolose del reato, ovvero, se il condannato non si oppone, alla prestazione di attività non retribuita a favore della collettività per un tempo determinato comunque non superiore alla durata della pena sospesa, secondo le modalità indicate dal giudice nella sentenza di condanna».

gimento. Il Codice della strada, decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, ha conosciuto importanti recenti modifiche, ad opera della legge 29 luglio 2010, n. 120, che lo hanno fatto divenire, al momento, il principale punto di riferimento della giustizia riparativa in Italia. Per il vero, dobbiamo rilevare che – sebbene sia stata la citata legge a dare nuova espansione all’istituto – il Codice della strada conteneva già precedentemente un riferimento al lavoro di pubblica utilità: l’articolo 224-bis, introdotto dalla legge 21 febbraio 2006, n. 102, aveva infatti delineato la disciplina dell’istituto, inteso qui come pena accessoria che il giudice può applicare quando si trovi di fronte ad un delitto colposo commesso con violazione delle norme del codice de quo: anche qui viene stabilito che l’attività non retribuita a favore della collettività debba svolgersi presso lo Stato, le regioni, le province, i comuni o presso enti e organizzazioni di assistenza sociale e di volontariato. La durata può andare da uno a sei mesi, ma nel caso di recidiva non potrà essere inferiore a tre mesi; la prestazione giornaliera non può eccedere le otto ore e dovrà aver luogo nell’ambito della provincia in cui il condannato risiede. Ad interessarci maggiormente sono però gli articoli 186 e 187 del Codice della Strada. L’articolo 186, rubricato «*Guida sotto l’influenza dell’alcool*», pone innanzitutto il divieto di guidare in stato di ebbrezza; al comma II delinea poi l’apparato sanzionatorio che conosce differenza in considerazione della gravità dell’illecito, a seconda della fascia in cui si rientri. La lettera a) del comma II dell’articolo 186 si occupa delle ipotesi più lievi, e stabilisce che chiunque guida in stato di ebbrezza è punito «*con la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 500 a euro 2.000, qualora sia stato accertato un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 0,5 e non superiore a 0,8 grammi per litro (g/l). All’accertamento della violazione consegue la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida da tre a sei mesi*». È d’obbligo notare che, prima della riforma operata dalla legge 120/2010, il dettato testuale dell’articolo 186 parlava di «*ammenda*» e non di «*sanzione amministrativa del pagamento di una somma*», e – in luogo di «*accertamento della violazione*», si leggeva «*accertamento del reato*»<sup>20</sup>. Ipotesi di maggiore gravità è quella considerata dalla lettera b) dell’articolo di cui stiamo occupandoci: viene qui previsto che, ove sia stato accertato un valore alcolemico compreso tra 0,8 e 1,5 grammi per litro (g/l), il soggetto venga punito con l’ammenda da euro 800 a euro 3.200 e con l’arresto fino a sei mesi (prima della citata riforma era previsto «*l’arresto da tre mesi a un anno*»); anche qui all’accertamento del reato conseguirà la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida, che – in considerazione della maggiore gravità della fattispecie *de qua* – avrà durata compresa tra sei mesi ed un anno. Infine, concentriamoci sulla lettera c) dell’articolo 186, che prevede – per il caso che sia stato accertato

---

20 - Chi volesse concentrarsi su una panoramica del Codice della strada ante/post riforma, oltre che approfondire il tema della sicurezza stradale, potrà fare riferimento a C. COLOMBO, Sicurezza e circolazione stradale, in Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza, V, 3, settembre-dicembre 2011, pp. 94-112, in [http://www.vittimologia.it/rivista/articolo\\_colombo\\_2011-03.pdf](http://www.vittimologia.it/rivista/articolo_colombo_2011-03.pdf). L’Autrice ha, tra gli altri, il merito di porre l’attenzione sui problemi interpretativi e applicativi del concreto accertamento dello stato di ebbrezza, mettendo in luce anche le nuove proposte in tema di strumenti di misurazione del tasso alcolemico.

un valore alcolemico superiore a 1,5 grammi per litro (g/l) – l’ammenda da euro 1.500 a euro 6.000 e l’arresto da tre mesi ad un anno, oltre alla sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida da uno a due anni. La norma stabilisce poi che con la sentenza di condanna o di applicazione della pena su richiesta delle parti, è sempre disposta la confisca del veicolo con il quale sia stato commesso il reato, salvo che il veicolo stesso appartenga a soggetto diverso da quello che ha commesso il fatto; in tal caso la durata della sospensione della patente di guida sarà raddoppiata. La norma dispone poi che la patente è sempre revocata nel caso di recidiva nel biennio. Il comma II-bis dell’articolo 186 disciplina il caso che il conducente in stato di ebbrezza provochi un incidente stradale: in tale ipotesi le sanzioni di cui al comma II saranno raddoppiate e sarà disposto il fermo amministrativo del veicolo – ove questo appartenga all’autore dell’illecito – per centottanta giorni. La patente di guida verrà sempre revocata al soggetto nei confronti del quale sia stato accertato un valore alcolemico superiore a 1,5 grammi per litro (g/l). Il comma II-ter ci dice che la competenza a conoscere di tali reati è del tribunale in composizione monocratica. Per terminare pare opportuno soffermarsi sul comma IX bis dell’articolo 186, anch’esso introdotto dalla novella del luglio 2010. Dalla lettura della norma traspare che, ad esclusione dell’ipotesi di incidente stradale provocato dal conducente in stato di ebbrezza<sup>21</sup>, la pena detentiva e pecuniaria può essere sostituita, anche con il decreto penale di condanna, se non vi è opposizione da parte dell’imputato, con quella del lavoro di pubblica utilità di cui all’articolo 54 del decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274, secondo le modalità ivi previste e consistente nella prestazione di un’attività non retribuita a favore della collettività da svolgere, in via prioritaria, nel campo della sicurezza e dell’educazione stradale presso lo Stato, le regioni, le province, i comuni o presso enti o organizzazioni di assistenza sociale e di volontariato, o presso i centri specializzati di lotta alle dipendenze<sup>22</sup>. Il requisito della «non opposizione da parte del condannato», è necessario perché possa trovare applicazione la pena sostitutiva del lavoro di pubblica utilità seppur con una macroscopica differenza rispetto a quanto stabilito nel decreto legislativo 274/2000, ove è necessaria la richiesta del soggetto.

#### 4. Alcol e affidamento terapeutico ai sensi dell’art.94 T.U.309/90

Il legislatore anche in sede di esecuzione della pena equipara lo status di alcol dipendenza con quello di tossicodipendenza e prevede una misura particolare di esecuzione della pena in regime di affidamento terapeutico ai sensi dell’art.94 T.U. 309/90. In sostanza si riconosce la priorità della cura rispetto all’erogazione della sanzione penale, stabilendo che:

---

21 - Secondo alcuni, la provocazione dell’incidente sussisterebbe in concreto ogniqualvolta il soggetto sia in qualche misura – anche minima – responsabile del sinistro; pertanto ove non sussistesse tale riconducibilità della colpa dell’incidente al conducente sorpreso in stato di ebbrezza, potrebbe validamente trovare applicazione la pena sostitutiva del lavoro di pubblica utilità. Si esprime in tal senso M. FURLAN, I lavori di pubblica utilità e l’art. 186 c.d.s., settembre 2011, in <http://www.penale.it/page.asp?IDPag=970>.

21 - Cito testualmente da Decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, Nuovo codice della strada, cit.

- La pena detentiva da eseguire, anche se residua e congiunta a pena pecuniaria, non deve essere superiore a 6 anni o a 4 anni se relativa a titolo esecutivo comprendente uno dei reati di cui all'art. 4 bis della legge n.354/75" (rapina aggravata, estorsione ecc.);
- Il condannato deve essere una persona tossicodipendente o alcol dipendente e tale stato deve essere certificato da una struttura sanitaria pubblica o da una struttura privata accreditata per le attività di diagnosi ai sensi dell'art.116 del citato T.U.309/90;
- La certificazione deve indicare la procedura seguita per l'accertamento dell'uso abituale di sostanze stupefacenti psicotrope o alcoliche;
- Non si richiede un rapporto di correlazione tra lo stato di tossico-alcolodipendenza e il reato commesso, essendo sufficiente che tale stato persista al momento in cui si debba eseguire la pena;
- Il paziente deve avere in corso o deve dichiarare di volersi sottoporre ad un programma di recupero, concordato formalmente con il Servizio di riferimento, il cui Responsabile è tenuto a certificarne l'idoneità e, se il programma è in corso, anche l'andamento;
- Lo stato di dipendenza deve essere attuale e la giurisprudenza sottolinea che "l'interessato può non assumere più droghe, ma può necessitare di un ulteriore periodo di mantenimento terapeutico e di supporto psicologico ( sentenza Cass. Pen. Sez.1, 17 luglio 1995, n.3293);
- La misura non può essere concessa più di due volte (art. 94, comma 5 T.U. 309/90).

L'attualità della dipendenza è uno snodo cruciale e complesso dell'attività clinica quotidiana. In una ordinanza del Tribunale di Sorveglianza di Torino, la n.1150 del 27.03.2013, si riportava testualmente che "l'affidamento in prova per fini terapeutici presuppone l'attualità della tossicodipendenza del condannato, la quale malgrado la contraria certificazione rilasciata al riguardo dalla struttura sanitaria pubblica, va esclusa rispetto ad un detenuto che da circa 5 anni si trova nella condizione di remissione protratta completa" in base agli indicatori del DSM IV ed in una situazione di "benessere soggettivo non craving per psicotropi": circostanze che per la loro concordanza e la loro durata rendono irrilevante il fatto che esse si siano verificato in "ambiente controllato". Il caso prevedeva un uomo, condannato per diverse rapine, evasioni e furti, chiedere l'affidamento in prova al servizio sociale, ai sensi dell'art. 94 T.U.309/90. *Nel caso di specie, il condannato non presentava più alcun disturbo di sostanze in atto, essendo pienamente "recuperato" e quindi, non più tossicodipendente, perché valutato continuativamente per circa 5 anni dall'inizio della fase di remissione protratta completa, non aveva mai presentato alcun disturbo (né di natura fisica né di natura psichica) da sostanze stupefacenti. (Simone Marani 2013).* La ricaduta nella dipendenza è una criticità che indica in giurisprudenza il fallimento della misura alternativa ponendo tante questioni sia sul piano legale che clinico. In giurisprudenza tale tipo di misura

non può estinguere la pena, il carcere quindi non parrebbe evitabile. Se è indiscutibile, dal punto di vista clinico, la ricaduta nell'uso, sempre vietato, di sostanze illegali, in alcolologia potrebbe aprirsi un dibattito rispetto alla necessità che il paziente raggiunga uno stato di astensione completa o che riprenda un uso moderato e controllato di bevande alcoliche (un uso ad esempio ai pasti, senza perdita di controllo o craving verso l'alcol). La richiesta di concessione dell'affidamento terapeutico deve essere corredata, a pena di inammissibilità, dalla documentazione rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata attestante:

- Certificazione di dipendenza con indicazione della procedura utilizzata
- Certificazione del programma socio-terapeutico-riabilitativo
- Certificazione dell'idoneità ai fini del percorso di recupero
- Dichiarazione di accettazione da parte del paziente del programma proposto.

Se l'ordine di carcerazione è stato già eseguito (condannato detenuto) il soggetto deve presentare la domanda ai sensi dell'art-94 comma 2 T.U. 309/90, con la documentazione di cui sopra, al Magistrato di Sorveglianza competente per il luogo di detenzione che può disporre, sempre che l'istanza sia giuridicamente ammissibile e non vi siano elementi tali da far ritenere la sussistenza del pericolo di fuga, l'applicazione provvisoria della misura nell'attesa della decisione del Tribunale di Sorveglianza, a cui trasmetterà gli atti. Con l'applicazione provvisoria della misura il magistrato indica le prescrizioni e le forme di controllo per accertare che il programma sia effettivamente intrapreso o proseguito. Se il condannato è ancora in libertà l'istanza di concessione dell'affidamento può essere presentata ai sensi dell'art. 94 comma 1 del T.U 309/90, entro 30 giorni dalla data in cui l'ordine di esecuzione è stato notificato al condannato e al difensore. Chi abbia ottenuto durante il processo gli arresti domiciliari in una struttura residenziale (anche nell'ipotesi di cui all'art.89 T.U. 309/90) può chiedere di proseguire il programma già in corso, per non pregiudicarne l'esito. In itinere sono previste relazioni di aggiornamento del programma in corso al Tribunale di Sorveglianza e all'Ufficio Esecuzione Penale Esterna (UEPE) competente territorialmente, mentre alla sua conclusione (che può anche non coincidere con il fine pena) si prevede una relazione di valutazione finale. *“La prosecuzione dell'affidamento in prova è permessa anche nel caso in cui, conclusosi positivamente il percorso terapeutico, la parte di pena da espiare superi i limiti dell'affidamento in prova ordinario”* (circolare DAP n.95032/2006). Viene rimessa alla competenza del Magistrato di Sorveglianza la possibilità di far proseguire la misura alternativa, modificando le prescrizioni. In caso di inosservanza del programma il Responsabile del Servizio o il Responsabile della Comunità Terapeutica sono tenuti a dare tempestiva informazione ai citati organi di sorveglianza e vigilanza, al fine anche di non incorrere nelle “sanzioni” previste, fino alla revoca dell'accreditamento ai sensi dell'art. 116 T.U. 309/90. In conclusione diremo che se il Legislatore è andato consolidando nel tempo l'idea di considerare l'alcolismo come un fattore sicuramente selettivo nel facilitare le condotte delittuose<sup>23</sup> l'orientamento mar-

---

23 - Ponti G. Merzagora I., Compendio di criminologia, Cortina ed. Milano, 2008

catamente sanzionatorio adottato originariamente si è notevolmente diluito, lasciando spazio ad una più opportuna e attuale visione nella quale l'approccio normativo tende a far convivere esigenze punitive e istanze riabilitative, al fine di favorire lo sviluppo di percorsi sanzionatori utili per dare consapevolezza del problema sia al condannato sia alla comunità cui egli appartiene e nella quale comunque tornerà ad agire.

## Bibliografia

- Alexander F.G., Staub H., *Il delinquente il giudice il pubblico*, Tr.it. Milano, Giuffrè, 1978
- Andreoli V., *La norma e la scelta*, Milano, Mondadori, 1984
- Bandini T., Gatti U., Gualco B., Malfatti D., Marugo M., Verde A., *Criminologia - Il contributo della ricerca alla conoscenza del crimine e della reazione sociale*, Milano, Giuffrè, 2004, Vol. I e II
- Ceretti A., Mazzucato C., *Mediazione e giustizia riparativa tra Consiglio d'Europa e Onu*, in: Diritto penale e processo, 2001, n. 6
- Ciardello P., *Punire, rieducare, riparare - Una riflessione su diversi modi di "fare giustizia"*, Giustizia riparativa, diritti e welfare plurale, Monza, 8 maggio 2008, in: [www.ristretti.it](http://www.ristretti.it)
- Ferracuti F., *Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense*, Milano, Giuffrè, 1991
- Grasso G., *La riforma del sistema sanzionatorio: le nuove pene sostitutive della detenzione di breve durata*, in Riv. It. Dir. Proc. Pen., 1981
- Greenfeld L.A., *Alcohol and crime. An analysis of national data on the prevalence of alcohol involvement in crime*, Washington, US Department of Justice, 1998
- ISTAT *La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori dalla famiglia*, Roma, 2006
- Marani S., *Affidamento in prova terapeutico: occorre l'attualità della tossicodipendenza*, [www.altalex.com](http://www.altalex.com)
- Merzagora I., *Criminologia della violenza e dell'omicidio, dei reati sessuali, dei fenomeni di dipendenza*, Padova, Cedam, 2006
- Morrone A., *Mediazione e riparazione penale nella competenza del giudice di pace*, in Rassegna penitenziaria e criminologica, I, III, 2000, p. 55
- Morrone A., *Nuove sanzioni alternative alla detenzione: il lavoro a favore della collettività*, in Diritto e Procedura Penale, 2000
- Pavarini M., *Dalla pena perduta alla pena ritrovata*, Rassegna penitenziaria e criminologica, Roma, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, Nuova serie, Anno V, 2001, n. 1-3
- Pisapia G.V., Fargnoli A.L., *Il volto nascosto della delinquenza*, Torino, Utet, 2006
- Ponti G., Merzagora I., *Compendio di Criminologia*, Milano, Cortina Editore, 2008
- Romano C.A., *La leonessa che uccide. Omicidi e altri crimini nel territorio di Brescia*, Brescia, Libereditazioni, 2007
- Romano C.A., *Le normative sugli stupefacenti in ambito europeo 2011*, Brescia, Libereditazioni, 2011
- Romano C.A., *Non di solo carcere in* : <http://dignitas.sestaopera.it/pagine/58/it/funzioni-della-pena>, in collaborazione con Pizio M. e Tosi M., Associazione Carcere e Territorio Onlus di Brescia
- Sarzotti C., *La cultura giuridica dei procuratori generali nelle relazioni inaugurali degli anni giudiziari*, Milano, Franco Angeli, 2004

## 2. Aspetti civilistici

**Paola Nebel**

### Premessa

L'uso delle sostanze alcoliche, giuridicamente paragonabili a quelle stupefacenti, può comportare, a seconda della quantità e del grado di assunzione, un'alterazione della capacità di intendere e di volere.

È necessario, preliminarmente, verificare, in concreto, la tipologia, la quantità e la frequenza di assunzione di alcol e, conseguentemente il grado di dipendenza. Infatti, l'assunzione di sostanze alcoliche produce nell'individuo l'insorgere di un ciclo che non è ancora dipendenza ma che si manifesta con una tolleranza iniziale. Successivamente, a causa dell'uso reiterato della sostanza, si verifica il fenomeno dell'assuefazione, intesa quale capacità del soggetto di sopportare quantità sempre più consistenti di sostanza, senza comportare conseguenze di immediata percezione per raggiungere gli effetti desiderati. Nella fase di effettiva tossicodipendenza, ossia nella fase della tolleranza acquisita, la mancanza di alcol, al quale il soggetto è assuefatto, provoca dei fenomeni che costituiscono la sindrome dell'astinenza, indicativa della dipendenza del soggetto dalla sostanza. In questa fase il soggetto subisce generalmente non solo una serie di alterazioni riguardanti la struttura del sistema nervoso centrale, ma anche delle alterazioni che si riflettono sul piano sensoriale, generando una visione distorta della realtà. Tale distorsione dell'ambiente circostante condiziona lo stato psichico del soggetto, che risulterà il più delle volte incapace di determinarsi razionalmente.

In dottrina ed in giurisprudenza l'abuso delle sostanze alcoliche viene annoverata tra le cause generatrici dell'incapacità di intendere e di volere. La scienza medica ha infatti dimostrato che l'uso e, soprattutto, l'abuso di sostanze stupefacenti comportano specifiche alterazioni nello stato psichico del soggetto, tali da condizionare gli atti compiuti in tale situazione.

Il codice civile disciplina, in particolare, la sorte degli atti compiuti da un soggetto che, pur legalmente capace, sia, anche transitoriamente e per qualsiasi causa, incapace di intendere e di volere, in ossequio ai principi costituzionali di eguaglianza e pari dignità fra i cittadini, al fine di rimuovere gli ostacoli che impediscono la piena realizzazione della personalità (art 3 Costituzione). Il codice del 1865 stabiliva che gli atti compiuti dal soggetto incapace, ma non interdetto, venivano considerati assolutamente invalidi per difetto del requisito essenziale del consenso. Il legislatore del 1942 ha invece inteso sopperire alle carenze del vecchio codice, ridisciplinando l'intera materia e prevedendo in via generale l'annullabilità anziché la nullità degli atti compiuti in stato di incapacità naturale, volendo così contemperare la tutela dell'incapace con quella dei terzi che intrattengono rapporti giuridici con un soggetto delle cui incapacità psichiche erano ignari.



Nel presente capitolo si analizzano i principali istituti previsti dall'ordinamento giuridico a tutela delle persone che, per diverse cause, non sono in grado di provvedere ai loro interessi, ovvero a causa delle loro infermità possono arrecare pregiudizio a se stessi e/o alla famiglia alla quale appartengono; vengono trattati, in particolare, i possibili effetti di un negozio giuridico posto in essere da un soggetto incapace di intendere e di volere ed i rimedi previsti dal nostro ordinamento. Si analizzano, altresì, le conseguenze di un eventuale matrimonio celebrato da un nubendo non capace di intendere e di volere e gli effetti giuridici che ne conseguono.

Ogni istituto è analizzato facendo specifico riferimento alle decisioni giurisprudenziali consolidate nel tempo.

### **1. Approfondimento dei concetti di capacità giuridica, capacità naturale e capacità di agire per comprendere la disciplina che il legislatore appronta a tutela delle persone fragili**

La capacità giuridica è l'attitudine del soggetto alla titolarità di diritti e doveri giuridici e si acquista al momento della nascita, intesa come separazione del feto dal corpo materno ed è fatta coincidere con l'inizio della respirazione polmonare. La capacità giuridica è pertanto l'idoneità del soggetto ad essere titolare di posizioni giuridiche; essa è generale, quando il soggetto è astrattamente idoneo ad essere titolare di qualsiasi posizione giuridica tesa a tutelare i suoi interessi ed è speciale quando riguarda determinati rapporti. La capacità giuridica è ridotta quando il soggetto è inidoneo ad essere titolare di una generalità di posizioni giuridiche che potrebbero rientrare nella sua sfera di interessi. La limitazione o la mancanza della capacità giuridica escludono la possibilità di partecipare al rapporto, infatti chi è colpito da incapacità giuridica non può rendersi titolare del diritto in alcun modo: egli non è per l'ordinamento un soggetto giuridico e non rileva come centro d'imputazione. La perdita della capacità giuridica si ha con la morte, che la Legge n. 578 del 1993 ha identificato nella cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo. Nessun essere umano può essere privato della capacità giuridica generale (art. 22 Costituzione). In alcuni casi, tassativamente previsti dalla legge, sono ammesse limitazioni alla capacità giuridica. Si ritiene, per esempio, che non abbiano la capacità giuridica di contrarre matrimonio i minori di età (salvo quanto è disposto dal comma 2 dell'art. 84 c.c.).

In diritto civile, si intende per incapacità naturale, la condizione in cui si trova una persona che, sebbene non interdetta, si provi essere stata per qualsiasi causa, anche transitoria, incapace d'intendere o di volere (ad esempio, per ubriachezza) al momento di compiere un atto. L'incapacità naturale di agire si ha quando un soggetto, pur non rientrando in una di quelle situazioni di incapacità tassativamente indicate dalla legge, compie degli atti in un momento particolare in cui non può rendersi conto dell'importanza degli atti che sta per compiere.

L'atto compiuto in condizioni di incapacità naturale è annullabile ma si deve dimo-



strare con qualsiasi mezzo (onere della prova) che tale condizione sussisteva effettivamente nel momento in cui è stato compiuto l'atto.

Esempio: un soggetto che stipula un contratto in stato di ubriachezza, per chiedere l'annullamento è necessario provare che l'altro contraente era in malafede, cioè che era a conoscenza della condizione in cui si trovava il soggetto.

L'art. 428 c.c. dispone in proposito che gli atti compiuti in stato di incapacità naturale possono essere annullati su istanza della persona medesima o dei suoi eredi o aventi causa, se ne risulta un grave pregiudizio all'autore, ma per quanto riguarda i contratti, il loro annullamento non può essere pronunziato se non quando, per il pregiudizio che sia derivato o possa derivare alla persona incapace d'intendere o di volere o per la qualità del contratto o altrimenti, risulta la malafede dell'altro contraente. L'azione si prescrive in cinque anni, salvo diversa disposizione di legge (ad esempio: per il matrimonio, l'azione non può essere proposta se vi è stata coabitazione per un anno dopo che il coniuge incapace ha recuperato la pienezza delle facoltà mentali - art. 120 c.c.).

Nell'art. 428 c.c. non rientrano solo i casi di soppressione della capacità di determinarsi coscientemente, ma anche quelli in cui il soggetto presenti un'insufficiente capacità di autodeterminarsi a causa di un anormale stato psichico.

La capacità di agire è l'idoneità del soggetto a compiere e ricevere atti giuridici incidenti sulla sua sfera personale e patrimoniale. Regola generale è che la capacità di agire si raggiunge, in un soggetto non affetto da patologie mentali, con la maggiore età. Il concetto di capacità di agire è strettamente correlato con un'attività di tipo negoziale e contrattuale o comunque nella quale la volizione del soggetto svolge un ruolo determinante. Quanto ai casi in cui la capacità di agire risulta esclusa (perché il soggetto non è considerato capace di intendere e di volere) o limitata (perché si giudica che tale incapacità sia gravemente diminuita), può essere distinta un'incapacità assoluta o piena da un'incapacità relativa o attenuata. Nel primo caso occorre un soggetto che sostituisca (genitore o tutore) in tutto e per tutto l'incapace che, in quanto tale, non esprima alcuna partecipazione all'atto. Nel secondo caso invece la volontà di colui che è relativamente incapace deve, per quanto attiene agli atti di straordinaria amministrazione (esempio: comprare o vendere un immobile), essere integrata da quella di un curatore. Bisogna pertanto distinguere l'incapacità naturale da quella legale. La prima (incapacità naturale) corrisponde a quella di chi non è capace di intendere o di volere per qualsiasi causa anche transitoria (esempio: soggetto sotto l'effetto di sostanze alcoliche e stupefacenti). La seconda (incapacità legale) consiste invece nelle situazioni legalmente tipizzate, in cui l'ordinamento stima che un soggetto non abbia la possibilità di comportarsi in maniera giuridicamente autonoma sotto il profilo negoziale. È la legge a stabilire, a prescindere da ogni valutazione in concreto, che il soggetto minore d'età, dichiarato giudizialmente o legalmente interdetto, sia privo di capacità di agire.

Tale ultima incapacità deriva da un presupposto stabilito dalla legge, non rilevando l'effettiva situazione del soggetto: infatti gli atti posti in essere dal soggetto incapace sono invalidi anche senza la necessaria dimostrazione della inettitudine psichica del soggetto al momento in cui l'atto è posto in essere. Mentre nell'incapacità legale il criterio di determinazione delle cause è normativo, essendo le stesse tassativamente e preventivamente fissate dalla legge, nell'incapacità naturale il criterio è affidato al diretto apprezzamento del giudice e consiste nella verifica della situazione dell'autore dell'atto, che pur non essendo incapace legalmente di agire, si trovi per qualsiasi causa anche transitoria, in una condizione di incapacità di intendere e di volere nel momento in cui l'atto è stato compiuto ai sensi dell'art. 428 c.c.

## 2. Conseguenze degli atti posti in essere da soggetti incapaci di agire

Vediamo ora le conseguenze dell'atto posto in essere da chi sia privo in tutto o in parte della capacità di agire.

Dobbiamo innanzitutto distinguere le conseguenze degli atti posti in essere dall'incapace naturale (esempio: sotto effetto di sostanze alcoliche) da quelli posti in essere dall'incapace legale.

Nel primo caso le conseguenze dell'incapacità naturale in riferimento agli atti compiuti è l'annullabilità, come previsto dall'art 428 cc. A tal fine ciò che importa è la sussistenza dello stato di incapacità al momento del perfezionamento dell'atto. Se viene provato che proprio in quel tempo sussisteva nel soggetto agente uno stato di inabilità psichica di tale gravità da pregiudicare una corretta valutazione della propria condotta giuridica, l'atto sarà annullabile. Nell'art. 428 c.c. si è operata una distinzione: negli atti unilaterali per l'invalidità occorre oltre all'incapacità di intendere e di volere anche un grave "pregiudizio" a danno dell'incapace; mentre nei contratti per l'invalidità dell'atto occorre oltre all'incapacità di intendere e di volere anche la mala fede dell'altro contraente.

Quindi, se viene provato che al momento del perfezionamento dell'atto sussisteva nel soggetto agente uno stato di inabilità psichica di tale gravità da pregiudicare una corretta valutazione della propria condotta giuridica, l'atto sarà annullabile, a condizione che l'altro contraente (trattandosi di un contratto) fosse in mala fede (vale a dire potesse rendersi conto della situazione di incapacità).

Le conseguenze degli atti effettuati dall'incapace legale (esempio: soggetto interdetto) sono invece l'annullabilità incondizionata dell'atto compiuto senza la partecipazione del rappresentante legale dell'incapace (genitore, tutore). In questi casi l'atto posto in essere dal soggetto è di per sé annullabile, indipendentemente dal fatto che, in concreto, l'agente si sia reso conto della portata e delle conseguenze giuridiche del medesimo e prescindendo anche dalla convenienza economica di esso.

Pertanto, mentre nell'incapacità legale la legge oltre ad accordare all'incapace una

protezione successiva al verificarsi del pregiudizio (annullabilità dell'atto pregiudizievole posto in essere) prevede un sistema di protezione dell'incapace che tende a prevenire il verificarsi di pregiudizi economici, nell'incapacità naturale manca una protezione preventiva dell'incapace e la protezione successiva, ossia l'annullabilità dell'atto pregiudizievole, è condizionata alla prova della gravità del pregiudizio subito dall'incapace e, nel caso di contratti, la prova della malafede dell'altro contraente. La giurisprudenza ormai consolidata ritiene che ai fini dell'annullamento dei contratti posti in essere dall'incapace sia sufficiente la prova della malafede dell'altro contraente, mentre il pregiudizio può rilevare solo come indice rivelatore della malafede stessa. Dottrina minoritaria ritiene necessario un autonomo accertamento sia del pregiudizio dell'incapace che della malafede dell'altro contraente. Il pregiudizio è considerato dalla dottrina maggioritaria come uno svantaggio economico, corrispondente ad una diretta perdita patrimoniale.

Per puntualizzare i riflessi civilistici dell'incapacità derivante dall'assunzione di sostanze alcoliche e/o stupefacenti, occorre condurre un'analisi medico legale che consenta di comprendere se, come e perché tali sostanze incidano sulla capacità di intendere e di volere.

A tal proposito si può affermare che la scienza medica ritiene senz'altro ammissibile una compromissione dei processi d'intendere e di volere nell'eventualità di una intossicazione acuta, da qualsiasi sostanza essa dipenda, mentre non si mostra tanto sicura nel caso di dosi consuete in assuntori abituali. Al contrario, ritiene più probabile un coinvolgimento della sfera intellettuale negli assuntori occasionali che, data la mancanza di assuefazione, presentano una maggiore recettività.

Tossicomania e alcolodipendenza conclamata possono dar luogo ad un'infermità mentale abituale tale da richiedere una misura di protezione giuridica (interdizione, inabilitazione, amministratore di sostegno), in quanto da un lato possono causare l'incapacità di provvedere ai propri interessi (art. 414 cc) e dall'altro possono esporre l'alcolista e la sua famiglia a gravi pregiudizi economici (art. 415 cc).

Nel diritto civile non vi è una disciplina specifica che disciplini le fattispecie relative nello specifico ai soggetti che fanno uso di alcol. Il codice penale, invece, annovera tra le cause che incidono sulla capacità di intendere e di volere l'uso di sostanze alcoliche e stupefacenti.

### **3. Evoluzione delle misure di tutela degli incapaci**

È necessario innanzitutto definire i casi in cui un soggetto bisognoso, in quanto affetto da disturbi psichici o fisici, debba essere tutelato tramite un intervento legalizzato di soggetti terzi nominati dal tribunale.

Il codice civile prevedeva inizialmente due istituti, interdizione e inabilitazione, la cui differenza è ravvisabile nella maggior gravità del vitium da cui è affetto il soggetto.

### 3.1 Interdizione giudiziale

L'art. 414 c.c. stabilisce che colui il quale si trovi affetto da abituale infermità di mente può essere dichiarato, con provvedimento del giudice, incapace di provvedere ai propri interessi; in sostanza, il legislatore ha previsto che nei casi in cui sussista non solo un grave vitium di mente abituale, ma anche una inettitudine ad attendere ai propri interessi, allora il soggetto bisognoso di tutela può essere interdetto e, conseguentemente, affiancato da un tutore che lo rappresenterà dal punto di vista legale. Per aversi interdizione è necessario che vi sia una infermità di mente, la quale deve possedere determinate caratteristiche; in primo luogo lo stato d'infermità deve essere abituale, deve trattarsi, cioè, di una malattia che si manifesta in maniera costante e non occasionale; non è necessario, invece, che la malattia sia continua; di conseguenza anche alcuni periodi di lucido intervallo non impediranno la concessione del provvedimento. La malattia, inoltre, deve essere di natura tale da impedire all'infermo di provvedere ai propri interessi, che non sono necessariamente i soli interessi patrimoniali, ma tutti gli interessi relativi a tutto ciò che attiene alla vita di relazione.

Effetto della sentenza d'interdizione è la perdita della capacità d'agire, e quindi una incapacità generale per tutti i negozi di natura patrimoniale o familiare; elenchiamone alcuni:

- incapacità a contrarre matrimonio (art. 85 c.c.); se il matrimonio è stato già contratto dall'interdetto può essere impugnato dal tutore o dal pubblico ministero (art. 119 c.c. )
- incapacità a compiere il disconoscimento di paternità (artt. 245 c.c.)
- incapacità al riconoscimento del figlio nato al di fuori del matrimonio; incapacità a testare (art. 591 c.c.)

Gli atti compiuti dall'interdetto sono annullabili (art. 427 c.c.); l'azione di annullamento si prescrive in cinque anni dalla revoca della sentenza d'interdizione (art. 1442 c.c.).

Durante il procedimento d'interdizione può essere nominato un tutore provvisorio, ma può anche disporsi l'amministrazione di sostegno.

Non bisogna confondere l'interdizione giudiziale con l'interdizione legale.

Questa è prevista dagli artt. 32 e 33 c.p. ed è qualificata legale perché opera ex legge, senza bisogno di un apposito giudizio. A differenza della minore età e dell'interdizione giudiziale, non ha per fondamento l'esigenza di intervenire a favore di un soggetto incapace di provvedere ai propri interessi, ma è una pena accessoria contro chi si è macchiato di un reato doloso particolarmente grave. Altra differenza la ritroviamo nel fatto che l'incapace legale può compiere gli atti di natura personale e familiare.

Gli atti compiuti dall'incapace legale sono annullabili ex art. 1441 c.c. comma 2; si tratta di annullabilità assoluta poiché l'azione può essere promossa da chiunque vi abbia interesse.

### 3.1.1 Applicazioni giurisprudenziali

In base a quanto previsto dal più recente orientamento della Suprema Corte di Cassazione, per individuare l'ambito di applicazione dell'interdizione rispetto alle altre misure di protezione (esempio: amministratore di sostegno), si deve tenere conto, in via prioritaria, del tipo di attività che deve essere compiuta per conto del beneficiario. In sostanza, se essa corrisponde ad un'attività minima, estremamente semplice e tale da non pregiudicare gli interessi del soggetto, vuoi per la scarsa consistenza del patrimonio disponibile vuoi per la semplicità delle operazioni da svolgere (attinenti ad esempio alla gestione ordinaria del reddito da pensione) sarà preferibile ricorrere all'amministrazione di sostegno, mentre si potrà preferire l'interdizione quando si tratta di gestire un'attività di una certa complessità, da svolgere in una molteplicità di direzioni, ovvero nei casi in cui appaia necessario impedire al soggetto da tutelare di compiere atti pregiudizievoli per sé, eventualmente anche in considerazione della permanenza di un minimum di vita di relazione che porti detto soggetto ad avere contatti con l'esterno (Cassazione civile sez I 26 ottobre 2011, Corte Costituzionale 18 febbraio 2010 n. 51).

La recente giurisprudenza ritiene, quindi, che l'interdizione sia un istituto ormai residuale, da applicare in via sussidiaria, solo qualora gli altri istituti di protezione non siano sufficienti a tutelare il soggetto debole. Ne discende la necessità, prima di pronunciare l'interdizione, di valutare l'eventuale conformità dell'amministratore di sostegno alle esigenze del destinatario, alla stregua della peculiare flessibilità del nuovo istituto, della maggiore agilità della relativa procedura, nonché della complessiva condizione psico-fisica del soggetto e di tutte le circostanze caratterizzanti il caso di specie (Cassazione Civile sez. I - 1 marzo 2010 n. 4866).

Il Tribunale di Modena ha disposto l'applicazione dell'istituto dell'amministrazione di sostegno, piuttosto della più restrittiva interdizione, per una donna psichicamente minorata, perché affetta da idrocefalo congenito da lieve ritardo mentale e da crisi epilettiche ormai generalizzate, ma comunque ben orientata nel tempo e nello spazio, nonché capace di svolgere molteplici attività dirette alla cura della propria persona ed al rapporto con terzi (Tribunale Modena - 22 luglio 2008).

Di contro, è stata ritenuta congrua la misura dell'interdizione per un soggetto in quanto affetto da una così grave forma di Alzheimer da compromettere persino le capacità di fornire risposte alle domande che gli venivano rivolte, essendo una malattia mentale in forma talmente grave da compromettere definitivamente la capacità di discernimento del soggetto (Tribunale Potenza - 1 aprile 2009 n. 2009), ovvero per soggetto affetto da tetraparesi spastica con grave deficit psichico (Tribunale Potenza - 9/7/2009 n. 512) o da psicosi cronica con deterioramento cognitivo (Tribunale Novara - 29 novembre 2010 n. 1122).

Per quanto riguarda l'abuso di sostanze alcoliche, mentre in passato la differenza

tra l'interdizione e l'inabilitazione risiedeva appunto nella maggiore o minore gravità dello stato patologico, ora la situazione è ben diversa, non risultando esso determinante onde decidere se è più opportuna l'applicazione dell'amministrazione di sostegno o della più restrittiva interdizione.

L'elemento focale dal quale desumere l'effettivo discrimen tra le due fattispecie è proprio quello del diverso grado di protezione da assicurare al soggetto disabile e da tutelare. In sostanza, laddove la disabilità sia talmente grave da rendere necessario un intervento costante nella vita del soggetto fragile tanto da un punto di vista personale quanto materiale, o qualora sia indispensabile fornire una protezione da elementi esterni, si potrà ricorrere all'istituto residuale dell'interdizione.

### 3.2 Inabilitazione

Il procedimento è promosso nei confronti del maggiore di età, infermo di mente, quando le sue condizioni non siano così gravi da procedere all'interdizione e di coloro che per particolari condizioni psicofisiche non essendo in grado di provvedere ai propri interessi vedono scemata la loro capacità di agire.

L'art. 415 c.c. indica le persone che possono essere inabilite; queste sono distinte in tre categorie:

- il maggiore di età infermo di mente, lo stato del quale non è talmente grave da dar luogo all'interdizione;
- i prodighi e coloro che per abuso abituale di bevande alcoliche o di stupefacenti espongono sé o la loro famiglia a gravi pregiudizi economici;
- il sordomuto e il cieco dalla nascita o dalla prima infanzia, se non hanno ricevuto un'educazione sufficiente, e sempre che, non essendo del tutto incapaci di provvedere ai propri interessi, non debbano essere interdetti.

Come si vede, il campo di applicazione dell'inabilitazione è più vasto di quello dell'interdizione poiché comprende soggetti che possono non essere considerati veri e propri infermi di mente.

In presenza di queste condizioni il soggetto può (e non deve) essere inabilitato. Il giudice, quindi, valuterà in maniera discrezionale, l'opportunità del provvedimento, attività discrezionale che gli è preclusa in caso di interdizione.

Conseguenza dell'inabilitazione è la limitazione (e non la perdita) della capacità di agire.

L'inabilitato è infatti parificato al minore emancipato (art. 424 c.c.) anche se l'art. 425 c.c. detta una norma specifica per lui; si stabilisce che può solo continuare l'esercizio di una impresa commerciale, se autorizzato dal tribunale, su parere del giudice tutelare.

Come per l'interdizione, l'inabilitazione può pronunciarsi nell'ultimo anno della

minore età. In questo modo si evita che il soggetto possa trovarsi sfornito di tutela al raggiungimento della maggiore età, nell'attesa che si compia il procedimento che lo riguarda.

Il problema fondamentale è quello di capire se nel nostro ordinamento siffatta forma di protezione degli incapaci mantenga ancora spazi d'azione nonostante l'introduzione dell'amministrazione di sostegno.

Il tribunale di Varese ha concesso l'amministrazione di sostegno ad una donna poco più che quarantenne in quanto, secondo le risultanze, sarebbe stata affetta dalla sindrome da cd shopping compulsivo (Tribunale Varese - decreto del 03.10.2012), in base a quanto è emerso dall'istruttoria documentale e testimoniale, la donna avrebbe rassegnato le proprie dimissioni per incassare il trattamento di fine rapporto investendolo in abbigliamento, oggetti futili e comunque beni non necessari al reale bisogno ed alle esigenze della propria vita, contraendo debiti, mediante società finanziarie, per circa cinquanta mila euro e manifestando così una totale incapacità di gestire il denaro. Altra pronuncia del Tribunale di Reggio Emilia, il quale perveniva alla nomina di un amministratore di sostegno ritenendo tale istituto il più idoneo a garantire l'assistenza della persona affetta da fragilità psicologica di fondo che la rendeva parzialmente incapace di provvedere ai propri interessi (Tribunale Reggio Emilia – Sez. II 25.05.2006). La persona frequentava regolarmente la scuola superiore ed essendo impegnata nel volontariato, non veniva considerata pienamente in grado di provvedere ai propri interessi necessitando così di una figura che potesse assistere negli atti di natura patrimoniale e potesse costituire per lei una guida in grado di sostenerla nel processo di maturazione ed avviarla al mondo del lavoro.

### 3.3 Amministratore di sostegno

In Italia la riforma delle misure di protezione dei soggetti deboli è stata attuata con la Legge n. 6 del 2004. La legge modifica il codice civile ed affianca agli istituti tradizionali dell'interdizione e dell'inabilitazione un nuovo istituto: l'amministrazione di sostegno.

L'amministrazione di sostegno diventa lo strumento principale di protezione, mentre gli altri istituti hanno ormai un valore residuale, sia nelle intenzioni del legislatore, sia, come detto, nella prassi giudiziaria. La legge si propone come scopo (enunciato all'art. 1) quello di tutelare con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte dell'autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana che “per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi”, costituendo uno strumento di protezione per tutti coloro che non sono in grado di provvedere alle proprie esigenze di vita ed hanno bisogno di aiuto e sostegno.

L'art. 404 c.c. ha una portata molto ampia, in quanto comprende ogni tipo di in-



fermità o menomazione, di tipo psichico o fisico, anche parziale o temporanea. Non solo dunque infermità mentali, ma ogni genere di disturbo, di invalidità fisica, le più varie forme di labilità psichica che determinano l'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi e per le quali si riscontra la necessità di forme di assistenza e sostegno.

Il giudice nomina un amministratore di sostegno possibilmente scelto tra i parenti più stretti o i conviventi, al quale attribuisce i poteri necessari alla protezione del disabile. I compiti dell'amministratore di sostegno non sono definiti una volta per tutte dal legislatore: è il provvedimento di nomina che di volta in volta individua l'oggetto dell'incarico e gli atti che l'amministratore di sostegno ha il potere di compiere. Caratteristiche dell'istituto sono flessibilità e proporzionalità. Flessibilità significa che è il giudice, tenuto conto delle esigenze di protezione di ciascun disabile, delle più o meno vaste zone di consapevolezza e lucidità che egli ancora non possiede ad indicare nel provvedimento i compiti dell'amministratore: gli atti che può compiere in nome e per conto del disabile, quelli che il beneficiario può compiere solo con l'assistenza dell'amministratore di sostegno, i termini di durata dell'incarico (art. 405 c.c.), fermo restando che per tutti gli atti che non formano oggetto dell'incarico, il beneficiario conserva la capacità di agire (art. n. 409 c.c.). Il beneficiario dunque non è legittimato a compiere gli atti in relazione ai quali all'amministratore è attribuito un potere di rappresentanza esclusiva, come precisa l'art. 409 c.c., ma conserva la propria capacità in relazione a tutti gli altri. Proporzionalità significa che il provvedimento deve essere adeguato alle condizioni del beneficiario, deve circoscrivere al minimo indispensabile la limitazione di capacità del beneficiario, non deve togliergli più capacità di quanta non occorra a garantirgli la protezione dei suoi interessi personali e patrimoniali. La caratteristica della Legge n. 6 del 2004 è quella di valorizzare al massimo le possibilità di autodeterminazione dell'interessato. Tra i doveri dell'amministratore vi è quello di tener conto dei bisogni e delle aspirazioni del disabile, di tenerlo informato delle iniziative che intende prendere e di comunicare al giudice il suo eventuale dissenso (art. 410 c.c.).

### **Giurisprudenza**

Con decreto 09 aprile 2009 il Tribunale di Catanzaro ha applicato la misura dell'amministrazione di sostegno ai campi della dipendenza da sostanze e della ludopatia. Nel ricorso la moglie di un soggetto affetto da problemi di dipendenza da alcol e da gioco ha denunciato la condotta del marito, un comportamento tale da esporre l'intero nucleo familiare a seri pregiudizi di natura economica e personale. Il giudice ha ritenuto preferibile l'applicazione dell'amministrazione di sostegno, ritenendo tale misura più idonea ad evitare che questa patologia sfoci, soprattutto ove combinata ad altre dipendenze patologiche, nel disfacimento del nucleo familiare. Proprio per questo il giudice ha deciso di affiancare al soggetto portatore di siffatte problematiche la moglie, nella veste di amministratore di sostegno. Però nell'adottare questa decisione, ha evidenziato come fosse privo del potere di disporre in alcun modo e per nessun caso (art. 32 Costituzione) neanche in via d'urgenza, provvedimenti terapeutici contro



la volontà del paziente, in quanto le misure di amministrazione non sono subite dal beneficiario ma da questi fruite. Il giudice ha così adottato il provvedimento di tutela nominando la moglie del soggetto quale amministratrice di sostegno, con il potere dovere di riscuotere il 50% del salario spettante al soggetto sottoposto all'amministrazione, con l'obbligo di destinarlo alle esclusive esigenze del nucleo familiare, nell'interesse del beneficiario, disponendo l'ablazione della capacità di agire del beneficiario per ogni negozio ed atto economico-patrimoniale di straordinaria amministrazione ed invitando il beneficiario ad astenersi dall'abuso di sostanze alcoliche e dal dedicarsi ad attività di gioco e scommessa di qualsivoglia natura. In tal modo il giudice dimostra di voler temperare le esigenze del singolo con quelle del nucleo familiare per impedirne la disgregazione, ma al tempo stesso dando al singolo l'opportunità di vedersi partecipe della sua rinascita all'interno del suddetto nucleo, scevra dall'alcol e dal gioco, così consentendogli l'affrancamento dalle sue dipendenze, nel pieno rispetto della sua libertà di autodeterminazione.

### 3.3.1 Matrimonio contratto dall'incapace Analizziamo innanzitutto le singole casistiche

**Matrimonio dell'interdetto:** l'interdetto giudiziale non può contrarre matrimonio (art. 85 c.c.). La norma prevede una causa di annullabilità del matrimonio, la quale può essere sanata mediante la coabitazione dei coniugi, dopo che sia stata revocata l'interdizione. La ratio della norma è da ravvisare nell'esigenza di tutelare l'interdetto dal pregiudizio che potrebbe subire in seguito all'inconsapevole assunzione del gravoso complesso di doveri e responsabilità che discendono dal vincolo matrimoniale sul piano sia morale che giuridico.

Nel caso in cui il giudizio per l'interdizione sia stato promosso, vi è la facoltà per il pubblico ministero di chiedere la sospensione della celebrazione del matrimonio. Si è dibattuto se il p.m. avesse facoltà di ingiungere direttamente all'ufficiale di Stato civile di sospendere la celebrazione o se, invece, dovesse rivolgersi al Tribunale. A favore di questa soluzione fanno propendere da un lato l'esigenza che la decisione, in quanto incidente sulla fondamentale libertà della persona di contrarre matrimonio, venga assunta nell'esercizio di attività giurisdizionale, dall'altro l'interpretazione sistematica della legge di riforma del diritto di famiglia, la quale ha attribuito all'autorità giudiziaria tutta una serie di poteri autorizzativi che spettavano agli organi amministrativi.

La celebrazione rimane pertanto sospesa sino a che la sentenza che ha pronunciato sulla domanda di interdizione non sia passata in giudicato.

#### Il matrimonio dell'incapace naturale

E annullabile il matrimonio contratto da persona che, sebbene non interdetta, si trovi, per qualsiasi causa anche transitoria, incapace di intendere o di volere al momento della celebrazione dell'atto.

La norma dunque richiede, ai fini dell'annullamento del matrimonio, il solo presupposto dell'incapacità dello sposo, analogamente a quanto avviene per la donazione (art. 775 c.c.) e per il testamento art. 120 c.c.

A differenza di quanto previsto in via generale per gli atti a contenuto patrimoniale compiuti dall'incapace naturale (art. 428 c.c.) non costituisce un presupposto dell'azione il fatto che dal matrimonio sia derivato anche un pregiudizio per lo sposo incapace, né che risulti la malafede dell'altro contraente. L'assenza del requisito del pregiudizio si spiega in ragione del preminente interesse dell'incapace a liberarsi da un vincolo assunto senza piena consapevolezza. Legittimato ad agire è esclusivamente il coniuge incapace; si ritiene infatti che non sia ammesso alcun potere di sostituzione nei confronti di un soggetto che sia legalmente capace, essendo la norma diretta a tutelare solo il suo interesse.

L'incapacità naturale deve sussistere al momento della celebrazione del matrimonio. Ciò non esclude che si possa aver riguardo alle condizioni del soggetto prima e dopo il compimento dell'atto, poiché l'accertamento delle vicende della malattia serve a stabilire se quando fu compiuto l'atto il soggetto fosse o meno incapace. L'incapacità può derivare da una vera e propria malattia mentale, da disturbi psichici anche di natura temporanea o da disturbi fisici capaci di influire sulla libertà di determinazione del soggetto. L'azione non può essere proposta se vi è stata coabitazione per un anno dal momento in cui l'incapace ha ripreso il pieno possesso delle sue facoltà mentali.

### **Matrimonio e amministratore di sostegno**

Mentre l'interdetto non può compiere taluni atti personalissimi, un simile divieto non vale per la persona sottoposta ad amministrazione di sostegno che, in linea di principio, può sposarsi, donare, fare testamento, riconoscere il figlio naturale. Se però al momento dell'atto il beneficiario non è capace di intendere e di volere, può essere esperito il rimedio dell'annullabilità per incapacità naturale.

Si discute se il giudice tutelare avvalendosi dei poteri riconosciutigli dall'art. 411 c.c. possa applicare il divieto di cui all'art 85 cc anche alla persona soggetta ad amministrazione di sostegno. Infatti ai sensi dell'art. 411 comma 4 c.c. il giudice tutelare nel provvedimento con cui nomina l'amministratore di sostegno o anche successivamente può disporre che determinati effetti, limitazioni o decadenze previsti da disposizioni di legge per l'interdetto o per l'inabilitato si estendano al beneficiario dell'amministrazione di sostegno avuto riguardo all'interesse del medesimo.

Se si ammette che il divieto di matrimonio possa essere veicolato nell'ambito della disciplina dell'amministrazione di sostegno, allora il giudice tutelare si troverà di fronte all'alternativa se applicare o meno il divieto, tenuto conto delle condizioni del beneficiario.

## Giurisprudenza

Con ricorso al Tribunale di Vicenza i familiari chiedevano venisse dichiarata l'interdizione del fratello maggiore ritenendo che la misura dell'amministrazione di sostegno non fosse più sufficiente per l'aggravarsi delle sue condizioni di salute e capacità cognitive che avevano indotto il fratello a manifestare l'intenzione di contrarre matrimonio civile senza avere consapevolezza della scelta che andava a compiere. Il tribunale di Vicenza dichiarava l'interdizione. Il matrimonio celebrato da soggetto affetto da intossicazione acuta o cronica di alcol presenta aspetti peculiari, atteso che i processi degenerativi finiscono per incidere in maniera più o meno rilevante sulla capacità di intendere e di volere. Per questa ragione il più delle volte la fattispecie in questione potrebbe essere interessata da profili di invalidità riconducibili alle ipotesi previste dagli art. 85, 119, 120 c.c. (sentenza 03/06/2010).

### 3.3.2 Prova giudiziale dell'incapacità naturale

Ai fini dell'annullamento di un negozio per incapacità naturale non esiste una prova precostituita come nel caso dell'incapacità legale e pertanto tale prova deve essere particolarmente rigorosa. Bisogna dimostrare l'effettiva incidenza dell'anormalità psichica dovuta all'assunzione di alcol sulla capacità di intendere e di volere. Le cause di incapacità possono essere provate con ogni mezzo e quindi anche con testimoni o con presunzioni. Il giudice potrà avvalersi dell'opera di periti che condurranno una serie di indagini cliniche e esami, test farmacologici, esami di laboratorio. Si dovrà, come detto, verificare l'esistenza della capacità d'intendere e di volere al momento del compimento dell'attività giuridica dovuta all'assunzione di sostanze alcoliche. Questo compito risulterà facilitato qualora il giudice tenga presente alcuni parametri di riferimento che vanno dall'esame della gravità del processo tossico ricavato dallo stato confusionale e dai segni evidenti dello stato demenziale (disturbi ideativi, amnesie, deliri) alla valutazione del periodo di tempo di tossicodipendenza del soggetto, poiché una tossicodipendenza inveterata fa presumere un grave disordine mentale. Infine, il giudice dovrà aver riguardo anche ad eventuali ricoveri e cure a cui il soggetto si è sottoposto.

## Bibliografia

- Ciliberti R., *Amministrazione di sostegno, interdizione, inabilitazione: innovazione, continuità e convivenza degli istituti di tutela della persona non autonoma*, Medicina legale, 2008
- Correnti F.R., *Direttive anticipate di trattamento e amministrazione di sostegno: la Corte di Cassazione richiede lo stato di incapacità attuale e non futuro*, Rivista Responsabilità Civile e Previdenza, Milano, Giuffrè, 2014
- Ferrando G., *Meccanismi negoziali a protezione dei soggetti deboli*, Rivista Trimestrale di Diritto e Procedura Civile, Milano, Giuffrè, 2013
- Zaccaria P., *Sostanze stupefacenti ed incapacità naturale: argomenti medico legali per un approfondimento*, Riv Serie impresa ed istituzioni, 1995
- Buffone G., *L'istituto dell'amministrazione di sostegno*, Giurisprudenza di merito, Milano, Giuffrè, 2013

ASL BRESCIA

# Nuove dipendenze: ambiguità ed ambivalenza nella comunicazione dell'era digitale

# 22

**Anna Maria Martinelli**

Il quadro clinico e sociale rappresentato dalle cosiddette nuove dipendenze comportamentali (dal gioco d'azzardo patologico allo shopping compulsivo), così come dalle più note dipendenze "classiche" da sostanza (come l'alcolismo), costringe gli operatori dei settori socio/sanitari ad una profonda riflessione sulla necessità di comprendere e mettere in atto, attraverso uno sforzo comune, un pensiero integrato tra le varie discipline, che compari sia gli aspetti clinici, psicologici e biologici che quelli sociologici e ambientali. Quando parliamo del concetto di dipendenza (addiction) si intende un comportamento che ha come scopo il raggiungimento di uno stato di piacere e benessere ma che viene messo in atto con una serie di caratteristiche peculiari. La prima è l'incapacità, o quantomeno una grossa difficoltà, a controllare questo comportamento e di conseguenza la ripetizione compulsiva del gesto anche di fronte alle sue evidenti conseguenze negative. Ripetere compulsivamente un certo comportamento può servire al soggetto come una sorta di "auto-cura", una riparazione a quelle ferite dell' IO che causano angoscia e sofferenza. Bisognerebbe riflettere sull'origine di queste "ferite narcisistiche" e su quanto esse possano trovare terreno fertile nella società in cui viviamo. Gli individui vengono continuamente bombardati da stimoli all'acquisto, stimoli a lavorare di più, stimoli a sostenere un'immagine sociale performante, ma costosissima sia psicologicamente che economicamente. La nostra società induce dipendenze, sia positive che negative. È difficile stabilire però quali siano le dipendenze sane da quelle patologiche; anche perché bisognerebbe riflettere se esistano oggetti o comportamenti che potenzialmente non inducano dipendenza. Probabilmente no, tutti gli oggetti e i comportamenti possono diventare focus di una dipendenza in quanto la dipendenza riguarda l'uomo nel rapporto con le sue attività. Il sistema dei mass-media, e di conseguenza quello della pubblicità potrebbe rappresentare uno dei fattori sociali che favorisce lo sviluppo di dipendenze patologiche. I mass media, per la loro stessa struttura comunicativa, influenzano la percezione della realtà e la cultura, proponendo modelli e stili di vita che agiscono prepotentemente sulla desiderabilità sociale. Nell'attuale era digitale i mass media cambiano i connotati classici della comunicazione e stravolgono le modalità comunicative stimolando ed instaurando la famosa rivoluzione digitale, così come viene definita dal suo padre Steve Jobs. La ricerca di emozioni, "SENSATION SEEKING" tanto cara ai pazienti dei servizi per le dipendenze, tanto studiata da Cloninger che la definisce un tratto dimensionale della personalità, il Narcisismo Pervasivo, altro aspet-

to difensivo e caratteriale di tanti potenziali dipendenti e l'Ambiguità, ossia l'ambivalenza affettiva, altro concetto cardine e patognomiconico di una dipendenza, sono caratteristiche ESALTATE dalla tecnologia prendendo le connotazioni delle peculiari caratteristiche dell'uomo postmoderno nell'era digitale. Internet, ad esempio, è solo uno dei tanti cambiamenti indotti dalla rivoluzione digitale, la cui tecnologia non può essere semplicemente interpretata come "strumento": la rivoluzione digitale è tale perché la tecnologia è divenuta un ambiente da abitare, una estensione della mente umana, un mondo che si intreccia con il mondo reale e che determina vere e proprie ristrutturazioni cognitive, emotive e sociali dell'esperienza capace di rideterminare la costruzione della identità e delle relazioni, nonché il vissuto dell'esperire. Infatti la comunicazione virtuale è caratterizzata da ipertestualità, ipermedialità, elevata velocità, sostanziale anonimato, giochi di identità, superamento dei vincoli spaziotemporali, parificazione dello status sociale, accesso a relazioni multiple, insorgenza di emozioni imprevedibili, anarchia e libertà di trasgressione che spesso diventano potenziali stimoli di induzione di addiction. Proprio perché le caratteristiche della comunicazione virtuale possono rendere la RETE più agevole della realtà. In rete è possibile amare compulsivamente, acquistare compulsivamente, sognare senza impiegare il pensiero creativo e critico; in altre parole vivere compulsivamente in modo unidirezionale. La rete è più agevole e soprattutto più gradevole della realtà tanto da instaurare una sorta di dipendenza vitale e virtuale. In alcuni soggetti vulnerabili accadono poi delle forme di regressione psichica che presentano tutti i connotati di forme psicopatologiche di ritiro relazionale ed isolamento sociale che spesso esita in forme dissociative gravi, quali la rara, per ora, Trance dissociativa da videoterminale. Si è per ora in fase di osservazione di alcune forme di navigazione patologica: cybersex addiction, compulsive on line gambling, cyber relationship addiction, information overlad addiction. L'ambiguità e la ambivalenza del mondo virtuale può indurre la creazione di identità talmente "fluide" e multiple da trasformare i limiti del concetto di identità. Per altro, attraverso i social network, internet, il web, il sistema di marketing e di pubblicità che va di pari passo con la rete, parrebbe emergere quella che potremmo definire "un'educazione alla passività". Infatti il rapporto tra mass-media e "consumatori" assume sempre più spesso l'aspetto di una comunicazione unidirezionale, dove chi fruisce dei testi, delle immagini e delle parole non può far altro che essere un contenitore passivo la cui unica opzione è quella di accumulare stimoli e immagini mentali. Il messaggio ambiguo che si potrebbe evincere da questo stile comunicativo, che di conseguenza viene trasmesso alle nuove generazioni, è quello che il piacere e il benessere sia dato dalla passività e dalla dipendenza. Per quanto riguarda la problematica della dipendenza d'azzardo, negli ultimi anni abbiamo potuto assistere ad un proliferarsi di sale da gioco, di slot machine all'interno di bar e tabaccherie, oppure di distributori automatici di biglietti della lotteria o "gratta e vinci" in supermercati e centri commerciali. Sembra che non si possa uscire di casa senza trovarsi in qualche modo a contatto con una di queste "opportunità" di gioco. I recenti dati sui soldi spesi dagli italiani in queste attività ne sono una conferma: il business del gioco d'azzardo ha incassato l'astronomica cifra di 75 miliardi di euro a fine 2011,

più del PIL di Paesi come il Mozambico e l'Armenia (Martini, 2011). Insieme ai soldi, sembra banale dirlo, aumentano anche i giocatori. Secondo una ricerca Eurispes, in Italia ci sono 35 milioni di giocatori, all'interno delle più disparate categorie sociali, ma che, in comune, sembrano avere un solo grande obiettivo: quello di cambiare la propria esistenza con una vincita straordinaria. Ed è qui che entra "in gioco" lo Stato, perché è proprio quest'ultimo che detiene il monopolio di quella che è la terza industria italiana per fatturato. In tempi di crisi economica come quelli in cui stiamo vivendo le cifre da capogiro che gravitano intorno al mercato del gioco d'azzardo fanno gola a molti. Le promesse di vincita sono un sogno per molte persone, mentre le entrate nelle casse dello Stato una certezza irrinunciabile. È per questo che si investe sempre di più in pubblicità su nuovi giochi e nuovi concorsi, perché rappresentano un mercato in forte espansione dove la domanda sembra davvero non voler cessare. Benché i dati riportati dalle ASL italiane segnalino in Italia oltre un milione di giocatori problematici o patologici, l'offerta di gioco d'azzardo appare sempre più aggressiva e istituzionalizzata e a farne le spese sono in maggioranza i cittadini più deboli, costantemente "messi alla prova".

L'alcol, così come il gioco, può rappresentare una problematica percepita diversamente rispetto alle altre forme di dipendenza (quelle da sostanze psicoattive), perché diversa è la rappresentazione sociale che si accompagna ad esso. Infatti le bevande alcoliche sono fortemente radicate nella nostra cultura, spesso presenti sulle nostre tavole nella quotidianità di molte persone. Si può comprendere allora come le bevande alcoliche siano presenti all'interno del panorama pubblicitario e di come la pubblicità, come con ogni altro prodotto "da vendere", faccia fortemente leva sulle nostre sensazioni a rappresentazioni accattivanti e piacevoli per raggiungere il suo obiettivo. Diversi studi hanno dimostrato come il rapporto tra alcol e pubblicità possa essere portatore di messaggi quantomeno ambigui. Infatti l'immagine che spesso viene trasmessa nelle pubblicità di alcolici è palesemente positiva, attraente e fa riferimento a valori da tutti, per lo più, ricercati e desiderati come ricchezza, benessere, successo interpersonale, tutti aspetti che possono favorire i consumi di bevande alcoliche. Il ruolo della pubblicità, che deve essere contestualizzato all'interno di una più ampia correlazione tra aspetti psicologici, biologici e socio-culturali, deve essere comunque considerato un importante fattore di rischio per lo svilupparsi di una dipendenza patologica in particolare in quei soggetti della popolazione che potremmo definire "deboli" in quanto più suscettibili riguardo a queste tematiche (si pensi agli adolescenti). Per quanto il ruolo della pubblicità di bevande alcoliche possa presentare alcuni aspetti di ambiguità e criticità rispetto alla ricaduta del suo messaggio, ciò non può giustificare una posizione così fortemente censoria da richiedere il bandire di tali pubblicità, soprattutto in una cultura come la nostra e con l'importanza di questi prodotti all'interno dell'economia nazionale. Non si può, d'altro canto, ignorare la richiesta di tutelare bambini e giovani da un possibile condizionamento nel rapporto futuro (e presente) con l'alcol, senza dimenticare quei soggetti che vivono in condizioni di disagio psichico e per i quali i messaggi pubblicitari ambigui potrebbero assumere un eccessivo valore simbolico. La

comprensione delle modalità attraverso cui i meccanismi di comunicazione di massa influenzano le scelte ed i comportamenti dell'individuo, passa anche attraverso l'analisi dei meccanismi di funzionamento dei principali sistemi cerebrali e psicologici. Attualmente anche la neuropsicologia ha dimostrato che l'uso della tecnologia digitale nelle sue molteplici forme non è neutro. A seconda di come avviene può aiutare il soggetto a sviluppare competenze protettive o a rischio per i vari aspetti della salute. La prima dimostrazione scientifica del fatto che l'uso dei media implichi un coinvolgimento del sistema della gratificazione ed un rilascio della dopamina nel cervello risale al 1998. La ricerca scientifica, non ambigua ed ambivalente, si è sviluppata seguendo due filoni: uno riguarda l'uso dei mass media a fini protettivi in ambito medico, l'altro invece riguarda i rischi per la salute, ad esempio nel gioco d'azzardo patologico. È quindi evidente come un ruolo centrale venga ad assumere l'educazione dei più giovani ad un corretto approccio di pensiero "critico" alle problematiche in oggetto ed alle possibilità potenzialmente dannose che vengono offerte dai messaggi pubblicitari. Sono proprio questi, che con la loro diffusione (insieme alla crescente disponibilità e tolleranza di attività legate all'alcol e al gioco) hanno senza dubbio contribuito a diffondere la percezione che tali sostanze e comportamenti siano prevalentemente innocui e piacevoli. È dunque importante che in ambito preventivo e di promozione dell'agio e del benessere, gli adulti significativi svolgano un ruolo educativo di supporto e guida nel processo di crescita e maturazione dei giovani aiutandoli ad acquisire competenze e a rinforzare le abilità di vita (life skills) basate sui network cerebrocorticali deputati al controllo degli impulsi e alla educazione alla gestione delle emozioni. Perché le emozioni hanno un ruolo fondamentale e critico sul funzionamento della mente. Un esempio da citare è l'utilizzo, negli Stati Uniti, di tecniche di comunicazione commerciale "emozionale" anche in ambito sanitario. Alcuni interventi che educano gli adolescenti sui pericoli del tabacco e delle sostanze psicoattive, usano spot televisivi divertenti, taglienti ed efficaci. Questi spot provocano gli adolescenti, associano forti emozioni ad un comportamento particolare, "non usare sostanze". Basti ricordare il grande successo dei cartoni animati I SIMPSON che sciorinano messaggi provocatori, ambigui ed ambivalenti, a volte efficaci a volte di difficile interpretazione. Questo nuovo stile nella comunicazione nei servizi pubblici può rivelarsi molto più efficace rispetto a quello tradizionale, basato sulla divulgazione di informazioni sugli effetti positivi e negativi delle sostanze in genere e dei comportamenti patologici. Gli operatori che lavorano nell'ambito della sanità pubblica e si occupano di prevenzione per i giovani mutuano le strategie comunicative più efficaci proprio per promuovere migliori comportamenti di salute. Ed è così che si possono individuare strategie e risposte più adeguate alla emergenza e alla sfida educativa che oggi è in atto. Le problematiche sopra evidenziate non sono ancora di facile inquadramento né comprensione ma è certo quanto sia forte l'impatto sociale sulle fasce giovanili tanto corposo da dover essere affrontato tempestivamente, sia a livello normativo che a livello di organizzazione sanitaria. Dal punto di vista etico si dovrebbe definire una regolamentazione nazionale e territoriale stringente sul marketing, la pubblicità e sull'apertura e il controllo dei punti di gioco.



## Bibliografia

Caglio M., Latini-Corazzini L., D'Agata F. et Al., *Video Game play changes spatial and verbal memory: rehabilitation of a single case with traumatic brain injury*, Cogn Process. Suppl. 2:S195-7, Sett. 2009

Cantelmi T., *Tecnoliquidità*, San Paolo Edizioni, 2013

Canterin P., *Gli Eccessi della Vita Quotidiana*. In: Dipendenza senza sostanza, Prevenzione e Terapia, Francavilla al Mare, Edizioni Psicoline, 2010

Linnet J., Peterson E., Doudet Dj et Al., *Dopamine release in ventral striatum of pathological gamblers losing money*, Acta Psychiatr Scand, Agosto 2010

Martini F., *Perchè lo stato ci spinge verso la roulette russa del gioco d'azzardo?*, Rolling Stone, 97, 2011, pp. 91-96

Serpelloni G., *Gambling – Manuale per i dipartimenti delle dipendenze*, Dipartimento Politiche Antidroga, Progetto GAP, CUEIM 2013

ASL BRESCIA







ASL BRESCIA