

Nuova

# Alcolologia

RIVISTA QUADRIMESTRALE

*Dai problemi alcol correlati alla promozione della salute*

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

Alcolologia

Editor Associazione Solidarietà Arcobaleno - Istituto Andrea Devoto ODV

Editor-in-chief: Valentino Patussi

Deputy editor-in-chief: Donatello Cirone

Assistant Editors

Fabio Caputo, Emanuele Scafato, Gianni Testino

Advisory Board

Martina Cianti (Centro Alcológico Regione Toscana)

Chiara Cresci (SOD Alcológica AOU Careggi)

Franco Marcomini (Eurocare Italia)

Andrea Quartini (SOD Alcológica AOU Careggi)

Raffaella Rossin (Referente SIA)

Fabio Voller (ARS Toscana)

Tobacco Section Chief

Mateo Ameglio, Giuseppe Gorini

Gambling Section Chief

Adriana Iozzi, Aniello Baselice

Nutrition Section Chief

Andrea Ghiselli, Francesco Sofi

English Section Chief

Fabio Caputo

Traslation inglese/italiano

Marcus Perryman

Editorial Office

Martina Cianti

Past Editor

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

International editorial board

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

National editor board

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

Local editorial board

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

# INDICE

<b>Gianni Testino, Patrizia Balbinot</b>	8
RAPPORTO CONSUMO DI ALCOL E CANCRO: LA POSIZIONE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ALCOLOGIA (SIA)	
<b>Andrea Quartini, Valentino Patussi, Chiara Cresci, Gianni Testino</b>	16
LA PANDEMIA E LA LEZIONE SINDEMICA	
Appendice: CARTA DI FIRENZE 2022	
<b>Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Alice Matone</b>	18
I DANNI LEGATI AL CONSUMO DI ALCOL IN GRAVIDANZA: IL PROGETTO EUROPEO FAR SEAS E IL CONTRIBUTO DELL'OSSERVATORIO NAZIONALE ALCOL DELL'ISS PER LA PREVENZIONE DELLA SINDROME FETOALCOLICA	
<b>Paolo Berretta, Ricercatore, Simona Pichini, Adele Minutillo</b>	25
LA SINDROME FETO ALCOLICA UNA DISABILITÀ PERMANENTE E TRASPARENTE, POCO CONOSCIUTA IN ITALIA	
<b>Roberto Biagiotti</b>	35
RUOLO DELL'ECOGRAFIA NELLA DIAGNOSI PRENATALE DELLO SPETTRO DEI DISORDINI FETO-ALCOLICI (FASD)	
<b>Laura Calviani, Marianna Galaverni, Luca Maggiorelli, Ilaria Magini, Benedetta Moschitta, Bianca Pananti, Donatella Stecchini, Maria Grazia Torrenti, Adriana Iozzi</b>	44
UN PROGRAMMA INTENSIVO E BREVE RIVOLTO ALLE DONNE CON DISTURBO DA USO DI ALCOL (DUA): UN'ESPERIENZA DI INTEGRAZIONE RESIDENZIALE-AMBULATORIALE E PUBBLICO-PRIVATO SOCIALE A FIRENZE	
<b>Ginetta Fusi, Laura Calviani, Simona Bartolini, Aurelia Caramet, Adriana Iozzi</b>	54
MADRI E SPOSE DI ALCOLISTI: AMOREVOLI CARCERIERE O AVIDE SALVATRICI?	
<b>Roberta Agabio, Clelia Madeddu, Paolo Contu, Sofia Cosentino, Fabrizio Angius, Monica Deiana, Elena Massa, Alessandra Mereu, Carola Politi, Julia Sinclair, Claudia Sardu</b>	60
ALCOL E TUMORE ALLA MAMMELLA	
<b>Mauro Cibir, Luciano Pasqualotto, Cristiano Chiamulera</b>	71
CF E RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE: PROMUOVERE LA RECOVERY NEI DISTURBI DA USO DI ALCOL	
<b>Maria Raffaella Rossin, Lina Galvagno</b>	89
I GIOVANI E I RITI DI PASSAGGIO: IL SIGNIFICATO DELL'ALCOL	

<b>Paola Trotta, Giuseppe Roberto Troisi, Laura Angelica Berni, Massimo Lupi, Sonia Degli Innocenti, Walter Tuberoni, Valentina Cappelletti, Leonardo Pallecchi, Nadia Ricceri, Samuela Morandi,</b>	97
POGGIO ASCIUTTO E IL VIRUS SARS-COV-2. L'ESPERIENZA DI UNA COMUNITÀ TERAPEUTICA PUBBLICA PER ALCOLDIPENDENTI E TOSSICODIPENDENTI IN DUE ANNI DI PANDEMIA. 2020-2022	
<b>Claudia Gandin, Emanuele Scafato</b>	112
LA NECESSITÀ DI STRUMENTI INTERNAZIONALI DIAGNOSTICI E DI SCREENING PER IL DISTURBO DA GIOCO (GAMING): IL PROGETTO COLLABORATIVO DELL'ORGANIZZAZIONEMONDIALE DELLA SANITÀ	
<b>Aniello Baselice, Flavia Russo, Sara Buccafusca, Immacolata Lettieri, Teresa Volino</b>	118
LA CONDIZIONE DELLA DONNA NEL SISTEMA FAMILIARE CON I CONGIUNTI CON DGA: LA SOMMINISTRAZIONE DEL CER-SURVEY NEI PROGRAMMI DI TRATTAMENTO DEL GRUPPO LOGOS SALERNO	
<b>Giovanni Battista Modonutti, Fulvio Costantinides</b>	129
CONOSCENZE SULLA NATURA, LE PROPRIETÀ E GLI EFFETTI ED I RISCHI DEL FUMO DI TABACCO ESPRESSE DAGLI DAGLI/LLE ADOLESCENTI IN FRIULI-VENEZIA GIULIA (AS 2018/19)	



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

### **Inoltro dei lavori**

I lavori, in lingua italiana o in inglese, dovranno essere all'indirizzo e-mail [rivistaalcolologia@aou-careggi.toscana.it](mailto:rivistaalcolologia@aou-careggi.toscana.it)

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

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

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

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

I lavori non pubblicati verranno restituiti agli Autori.

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

### **Norme editoriali**

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

Carattere Helvetica 11 spazio 1,5

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

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

#### 1. Pagina introduttiva

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

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

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

#### 3. Testo dell'articolo

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

#### 4. Bibliografia

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

#### 5. Figure e tabelle

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

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

#### **Note**

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

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



# Conferenza Nazionale Alcol

*Informare, educare, curare:  
verso un modello partecipativo ed  
integrato dell'alcolologia italiana*

Save the date

**15-16-17**  
**MARZO 2022**

Ministero della Salute  
Auditorium Biagio d'Alba  
Viale Giorgio Ribotta, 5  
00144 Roma

Sarà possibile seguire la Conferenza in diretta streaming  
collegandosi alla pagina [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)



*Ministero della Salute*



Società Italiana di Alcologia

**Consiglio Direttivo Nazionale  
Società Italiana di Alcologia  
(Italian Society on Alcohol)**

**Presidente**

*G. Testino (Genova)*

**Vice Presidente**

*F. Caputo (Bologna)*

**Segretaria-Tesoriere**

*D. Renzetti*

**Consiglieri**

*P.L. Allosio (Torino)  
A. Baselice (Salerno)  
T. Fanucchi (Firenze)  
C. Meneguzzi (Pordenone)  
M. Parisi (Enna)  
C. Gandin (Roma)  
T. Vignoli (Lugo – Ravenna)*

**Collegio dei Revisori**

*S. Aricò (Torino)  
L. Macciò (Savona)  
D. Mioni (Padova)*

**Collegio dei Garanti**

*P. Cimarosti (Pordenone)  
F. Marcomini (Padova)  
A. Noventa (Bergamo)*

**Comitato Scientifico**

*R. Agabio (Cagliari)  
M.F. Amendola (Cosenza)  
P. Balbinot (Genova)  
V.A. Campanile (Bari)  
F. Caputo (Ferrara)  
P.E. Marzorati (Milano)  
A. Quartini (Firenze)  
M. Quartini (Terni)  
M.R. Rossin (Milano)  
G. Testino (Genova) *Coordinatore*  
T. Vignoli (Lugo – Ravenna)  
V. Zavan (Alessandria)*

**Soci Onorari**

*G. Corrao (Milano)  
V. Patussi (Firenze)  
E. Scafato (Roma)*

**Segreteria e Uffici**

**Amministrativi**

Viale A. Oriani 2

16 Febbraio 2022

Alla cortese attenzione

ANSA Salute

Oggetto: SPECIAL COMMISSION BECA – RAPPORTO CONSUMO DI  
ALCOL E CANCRO

*Posizione Società Italiana di Alcologia*

Prego la Spett.le Redazione ANSA di dare voce all'evidenza scientifica  
sul rapporto alcol e cancro.

Con rammarico apprendiamo che il Parlamento Europeo ha votato a  
sfavore di una verità scientifica per meri scopi commerciali,  
scendendo a patti con i produttori.

Il compromesso è che il consumo moderato di vino non danneggia la  
salute.

È un'affermazione scientificamente falsa. L'etanolo e l'acetaldeide  
contenuti in tutti i tipi di bevande alcoliche (vino compreso) hanno  
un rapporto certo con il cancro ad iniziare da dosaggi bassissimi. È un  
dato acquisito da anni.

È un compromesso vergognoso che danneggerà la salute dei cittadini  
e soprattutto minerà una equilibrata educazione ai corretti stili di  
vita dei più giovani.

Per ogni euro che i produttori guadagnano, la società ne spende due  
per i danni.

Sappiamo che una minoranza di Parlamentari Italiani ha invece  
lavorato a favore della salute pubblica senza pensare a basse logiche  
politiche. Li ringraziamo!

Cordiali saluti,

Gianni Testino –

Presidente Nazionale Società Italiana di Alcologia



**Gianni Testino**, Presidente Nazionale Società Italiana Alcolologia, Bologna.  
Primario SC Patologia delle Dipendenze ed Epatologia ASL3 presso Ospedale Policlinico San Martino, Genova Coordinatore Centro Alcolologico Regionale, Regione Liguria  
Direttore Centro Studi “Auto-mutuo-aiuto, promozione di comunità e formazione caregiver”, ASL3 Liguria  
**Patrizia Balbinot**, Referente per le associazioni, la formazione dei caregivers e dei programmi educativi del Centro Alcolologico Ligure

## RAPPORTO CONSUMO DI ALCOL E CANCRO: LA POSIZIONE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ALCOLOGIA (SIA)

La Società Italiana di Alcolologia (SIA) suggerisce di non consumare bevande alcoliche al fine di ridurre il rischio oncologico.

Tale suggerimento prudenziale è dovuto alla forte evidenza scientifica che stabilisce un rapporto causale certo fra alcol ed insorgenza di neoplasie.

Tale rapporto è presente anche a bassi dosaggi ed è accresciuto in presenza di altri fattori di rischio (fumo, sovrappeso, polimorfismi genetici), patologie croniche associate, pregresse neoplasie o familiarità per cancro.

### Unità Alcolica

*(Seitz and Stickel, 2007; Lachenmeier et al, 2009; Scafato, 2010; Scafato et al. 2020)*

**Etanolo:** molecola che identifica tutte le bevande alcoliche (vino, birra e superalcolici)

**Acetaldeide:** sostanza tossica e cancerogena. È il prodotto di metabolizzazione dell’etanolo

**Acetaldeide libera:** già presente in tutte le bevande alcoliche. Sostanza aromatizzante cancerogena. La concentrazione varia da bevanda a bevanda, ma è decisamente superiore nei prodotti artigianali, nel vino e nella birra.

È meno presente nei superalcolici in quanto i meccanismi industriali di distillazione la riducono.

In Europa una Unità Alcolica corrisponde a 12 grammi di etanolo che mediamente si trovano in:

125 ml di vino al 12% (12 gradi alcolici),

330 ml di birra al 4.5% (4.5 gradi alcolici)

80 ml di aperitivo o cocktail al 18% (18 gradi alcolici),

40 ml di liquore al 36% (36 gradi alcolici)



## **Alcol e Cancro: Evidenza**

L'agenzia IARC (International Agency for research on Cancer – World Health Organization) identifica le sostanze cancerogene o potenzialmente tali.

Nel Gruppo 1 le sostanze citate hanno un rapporto certo con il cancro. Nel Gruppo 2A probabile, nel Gruppo 2B possibile e così via (*IARC-WHO 2010, 2012, 2020*).

Etanolo ed acetaldeide sono inseriti dal 1988 nel Gruppo 1 IARC-WHO.

Tale dato è stato confermato nel 2010 e nel 2012 in aggiunta ad etanolo ed acetaldeide è stata inserita anche la dizione “consumo di bevande alcoliche” (*Secretan et al, 2009; IARC 2010,2012*)

Nell'aggiornamento 2020 ciò è stato nuovamente riconfermato (*IARC, 2020*).

Il posizionamento nel Gruppo 1 è dovuto alla comprovata evidenza scientifica che etanolo/acetaldeide sono un concreto fattore di rischio oncologico volontario.

Gli studi sono di ordine sperimentale ed epidemiologico/meta-analitico (*Secretan et al, 2009; IARC 2010,2012; Scoccianti et al, 2015*).

Tutte le Istituzioni scientifiche mondiali riconoscono questo dato: Institute National Du Cancer (INDC), Paris 2007; World Cancer Research Fund - WCRF, American Institute for Cancer Research, 2010 e 2013; Union for the International Cancer Control, 2010; Association of European Cancer Leagues, 2011; Cancer Council of Australia, 2011; Istituto Superiore di Sanità - ISS, 2010) (*INDC, 2011; WCRFI, 2015; ISS- Scafato, 2010*).

**Altre sostanze cancerogene sono state identificate in tutti i tipi di bevande alcoliche** (*Lachenmeier et al 2009a; Lachenmeier and Monakhova 2011b; Lachenmeier et al, 2012c*)

- Acrilamide, Arsenico, Benzene, Cadmio, Formaldeide (Gruppo 1 – IARC)
- Etil-Carbamato, N-nitrosodimetilamina, Piombo (Gruppo 2A - IARC)
- Furano, 4-metillimidazolo, Ocratoxina A, Safrole (Gruppo 2B – IARC)

L'evidenza scientifica *degli ultimi 40 anni (PubMed)* dimostra che il rapporto alcol/cancro non varia a seconda del tipo di bevanda, ma è dose correlato. Il rischio è cumulativo (assunzione annuale).

Per tale ragione non esiste un livello di sicurezza. Essendo il rischio dose dipendente questa è la stratificazione della Società Italiana di Alcolologia in accordo con Rehm et al (*2014b*) (*Scafato, 2010*)

Rischio Minimo	3-5 gr/die
Basso rischio	<12 gr/die per la donna - < 24 gr/die per l'uomo  ( <i>causa di un decesso su 1000</i> )
Medio rischio	12-40 gr/die per la donna – 24-60 gr/die per l'uomo  ( <i>causa di un decesso su 100</i> )
Alto rischio	> 40 gr/die per la donna - > 60 gr/die per l'uomo binge drinking*  ( <i>&gt; un decesso su 100</i> )

(\*4 unità alcoliche per la donna e 6 per l'uomo in circa due ore; NB: per i rischi involontari non si accetta più di un decesso per milione di abitanti)

**I tumori certamente correlati con etanolo/acetaldeide sono i seguenti**

(*IARC-WHO 2010, 2012, 2020; WCRFI 2015; Scoccianti et al 2015*)

già a bassi dosaggi (< 12 gr/die): cavità orale, faringe, laringe, esofago, intestino, fegato, mammella

ad alti dosaggi: pancreas

in fase di valutazione: melanoma, prostata, stomaco

**Applying the Precautionary Principle to Nutrition and Cancer**  
**Journal of the American College of Nutrition (2014)**  
(Gonzales et al, 2014)

<b>Consumo in un Soggetto Sano</b>		
Dosaggio		Incremento del Rischio
Cancro della bocca, faringe	12 gr/settimanae laringe	24%
Carcinoma Squamo-Cellulare del aereo-digestivo superiore	10 gr/dietratto	10-15%
Carcinoma Esofageo (squamocellulare)	10 gr/die	4%
Cancro colon-retto	10 gr/die	9%
Cancro della Mammella	< 10 gr/diefemminile	10%

(eliminati fattori confondenti come tabacco e peso corporeo)

Il **rapporto alcol/cancro della mammella** è un esempio paradigmatico. Per un consumo uguale/inferiore a 10 gr/die il Rischio Relativo aumenta del 10% (pre-post menopausa).

È stato dimostrato come il rischio aumenti già con circa 6 gr/die.

In presenza di determinati polimorfismi genetici il rischio sale al 27% con lo stesso dosaggio (*LoConte et al, American Society of Clinical Oncology, 2018*)

Margine di Esposizione (The Margin of Exposure - MOE)

(Gold et al, 2008; *Lachenmeier et al 2009a; Lachenmeier and Monakhova 2011b; Lachenmeier et al, 2012c*)

Il MOE rapporta la soglia tossicologica con l'esposizione [Model of Exposure: BMDL or NOA(A)/EL/Exposure]. Quando i MOEs superano il valore di 10.000 sono giudicati di bassa priorità per quanto concerne eventuali azioni politico-amministrative per la tutela della salute pubblica.

12 gr/die di etanolo corrispondono ad un **MOE di 3.1**

esempio MOE altre sostanze: piombo e arsenico fra 10 e 300 cadmio ed etil-carbamato > 1000



## CONCLUSIONI DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ALCOLOGIA:

- Etanolo ed acetaldeide sono molecole con un rapporto causale certo con il cancro
- All'interno di tutti i tipi di bevande alcoliche sono presenti altre molecole con un rapporto causale certo con il cancro (Gruppo 1) o con un rapporto probabile o possibile (Gruppo 2A e Gruppo 2B)
- Vi è un rapporto diretto alcol/neoplasie (cumulativo - dose dipendente)
- Non vi sono differenze in rapporto ai diversi tipi di bevande alcoliche (vino, birra e superalcolici)
- Il rischio relativo di contrarre cancro inizia con dosaggi inferiori a 10 grammi/die (meno di una UnitàAlcolica) (*Secretan et al, 2009; Cao et al 2014; Gonzales et al, 2014; Holmes et al 2014; Smyth et al, 2015; Scoccianti et al, 2015; WCRFI 2015; Rehm and Shield 2020a, 2020c; Testino et al, 2020e; IARC, 2020; Gapstur et al, 2022*)
- È impossibile definire il rischio individuale in quanto sono presenti numerose variabili. Alcune di queste non sono né valutabili, né prevedibili (i.e polimorfismi genetici) (*Seitz et al, 2007; Testino et al, 2020e*).
- Non esistono dosaggi di alcol favorevoli alla salute. Con gli stessi dosaggi considerati erroneamente protettivi verrebbero comunque favorite circa duecento patologie differenti, fra cui diversi tipi di cancro (*Smyth et al, 2015; Stockwell et al, 2016; Testino et al 2013b, 2014c, 2014d; Gonzales et al, 2014; Holmes et al 2014; LoConte et al 2018*). L'Associazione degli Oncologi Americani afferma che "non si deve associare il consumo alcolico alla salute (o altro)" (*LoConte et al, 2018*). Tale correlazione non è etica.  
Peraltro, consumi uguali o inferiori a 12 gr/die aumentano significativamente il rischio di ipertensione arteriosa, aritmie ed ictus emorragico (*Scafato, 2010*).
- È mandatorio indicare sulle etichette che il consumo alcolico è tossico e cancerogeno senza livello soglia di sicurezza. È un'azione a favore della tutela della salute pubblica e dei diritti del consumatore
- In considerazione della elevata diffusione del consumo di bevande alcoliche è opportuno programmare politiche educazionali che informino i giovani (a partire già dalle scuole primarie) che il consumo di bevande alcoliche danneggia la salute e compromette la performance psico-

fisica ad iniziare già da bassi dosaggi. Il tutto inserito in un percorso a favore dell'educazione a corretti stili di vita (*Gapstur et al, 2022; Balbinot et al, 2018*).

**Special Committee on Beating Cancer (European Parliament) – Sezione Consumo di Bevande Alcoliche (paragrafi 15 e 16): Posizione della Società Italiana di Alcolologia (SIA – Italian Society on Alcohol):**

- 1) Il documento è da considerare ragionevole ed efficace. Aderisce al necessario principio di precauzione. Aderisce all'evidenza scientifica, apporta un avanzamento significativo sia nel settore della prevenzione che della promozione della salute.
- 2) È opportuno approvarlo senza alcuna modifica.

**Special Committee on Beating Cancer (European Parliament) – Sezione Consumo di Bevande Alcoliche – COMMENTO AGLI EMENDAMENTI (paragrafi 15 e 16) - Posizione della Società Italiana di Alcolologia (SIA – Italian Society on Alcohol):**

**Amendment 1 – “underlinesthat harmful”**

È un'affermazione non corretta e dannosa per la salute pubblica: il consumo alcolico favorisce il cancro senza livello soglia di sicurezza.

**Amendment 2 – “...the safest level of alcohol consumption is none ...”**

È un'affermazione scorretta: WHO afferma con forza che non c'è un livello soglia di sicurezza (*no threshold exists*)

**Amendment 3 – “... moderate and responsible drinking information ...”**

È un'affermazione scorretta, dannosa per la salute pubblica e non etica. Tale affermazione contraddice l'evidenza scientifica (*no threshold exists*)

**Amendment 4 – “...harmful ...”**

È un'affermazione scorretta, dannosa per la salute pubblica e contraddice l'evidenza *scientifica* (*no threshold exists*)

## Bibliografia

- Balbinot P, Fagoonee S, Pellicano R, Testino G. Lifestyle factors among adolescent. *Min Pediatr* 2018; 70: 642-643
- Cao Y, Willet WC, Rimm EB et al. Light to moderate intake of alcohol, drinking patterns and risk of cancer: results from two prospective US cohort studies. *BMJ* 2015; 351: h4238
- Gapstur SM, Bandera EV, Jernigan DH et al. Alcohol and cancer: existing knowledge and evidence gaps across the cancer continuum. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2022; 31: 5-10
- Gold LS, Ames BN, Slone TH. How many fold lower is human exposure than the dose that gave rodents cancer: margin of exposure, MOE (rodent cancer dose/human exposure). Berkeley, CA. Available at: <http://potency.berkeley.edu/MOETable.html>. (Archived by WebCite at <http://www.webcitation.org/5ix20tFMx>): Carcinogenic Potency Project, University of California, Berkeley, 2008
- Gonzales JF, Barnard ND, Jenkins DJA et al. Applying the precautionary principle to nutrition and cancer. *J Am Coll Nutr* 2014; 33: 239-246
- Holmes MV, Dale CE, Zuccolo L et al. Association between alcohol and cardiovascular disease: mendelian randomization analysis based on individual participant data. *BMJ* 2014; 349: g4164
- International Agency for Cancer Research (IARC) – World Health Organization. Alcohol consumption and ethyl carbamate. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum* 2010; 96: 1-1428 (a)
- IARC. A review of human carcinogens. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum* 2012; 100E: 377 (b)
- IARC; [Internet]. Available from: <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/en/ecac-12-ways/alcohol-recommendation> [2020] (c)
- Institut National du Cancer. Alcohol et risqué de cancers: état des lieux des données scientifiques et recommandations de santé publique. Boulogne-Billancourt, France: Institute National Du Cancer; 2007
- Lachenmeier DW, Kanteres F, Rehm J et al. Carcinogenicity of acetaldehyde in alcoholic beverages: risk assessment outside ethanol metabolism. *Addiction* 2009; 104: 533-550 (a)
- Lachenmeier DW, Monakhova YB. Short term salivary acetaldehyde increase due to direct exposure to alcoholic beverage as an additional cancer risk factor beyond ethanol metabolism. *J Exp Clin Cancer Res* 2011; 30: 3-9 (b)
- Lachenmeier DW, Przybylski MC, Rehm J. Comparative risk assessment of carcinogens in alcoholic beverages using the margin of exposure approach. *Int J Cancer* 2012; 131: E995-E1003 (c)
- LoConte NK, Brewster AM, Kaur JS et al. Alcohol and cancer: a statement of the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol* 2018; 83-93
- Rehm J, Shield KD. Alcohol use and cancer in the European Union. *Eur Addict Res* 2020; 27: 1-8 (a)
- Rehm J. Why does society accept a higher risk for alcohol than for other voluntary or involuntary risks? *BMC Medicine* 2014; 12: 189 (b)

- Rehm J, Shield K. Alcohol use and cancers of the gastrointestinal tract. *Epidemiology and preventive implications*. *Front Oncol* 2020; 10: 403 (c)
- Scafato E. L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione precoce e l'intervento breve. Istituto Superiore di Sanità, Roma: 2010 (a)
- Scafato E, Caputo F, Patussi V, Balbinot P, Addolorato G, Testino G. The undertreatment of alcohol-related liver diseases among people with alcohol use disorder. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2020; 24: 974-982 (b)
- Scoccianti S, Cecchini M, Anderson AS et al. European code against cancer 4th Edition: alcohol drinking and cancer. *Cancer Epidemiol* 2015; 39 (Suppl 1): S67-S74
- Seitz HK, Stickel F. Molecular mechanisms of alcohol mediated carcinogenesis. *Nature Review Cancer* 2007; 7: 599- 612
- Secretan B, Straif K, Baan R et al. A review of human carcinogens. Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. *Lancet Oncol* 2009; 10: 1033-1044
- Smyth A, Teo KK, Rangarajan S et al. Alcohol consumption and cardiovascular disease, cancer, injury, admission to hospital and mortality: a prospective cohort study. *Lancet* 2015; 386: 1945-1954
- Soerjomataram I, Shield K, Marant-Micallef C et al. Cancers related to lifestyle and environmental factors in France in 2015. *Eur J Cancer* 2018; 105: 103-113
- Stockwell T, Zhao J, Panwar S et al. Do "moderate" drinkers have reduced mortality risk? A systematic review and meta-analysis of alcohol consumption and all cause mortality. *J Stud Alcohol Drugs* 2016; 77: 185-198
- Testino G, Borro P. Alcohol and gastrointestinal oncology. *World J Gastrointestinal Oncology* 2010; 15: 322-325 (a)
- Testino G, Patussi V, Scafato E et al. Alcohol, cardiovascular disease and cancer. *Alcohol Alcohol* 2013; 48: 627-628 (b)
- Testino G, Borro P. Alcohol and hepatocellular carcinoma: a review and a point of view. *World J Gastroenterol* 2014; 20: 15943-15954 (c)
- Testino G, Patussi V, Scafato E, Borro P. Moderate alcohol use and health: a nonsense. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2014; 24: e4-5 (d)
- Testino G, Caputo F, Patussi V, Scafato E. Alcohol and cancer: no threshold exists. *Minerva Med* 2020; 111: 523-525 (e)
- World Cancer Research Fund International, American Institute for Cancer Research. Continuous update project report: food, nutrition, physical activity and the prevention of liver cancer. London: UK: World Cancer Research Fund International; 2015

**Andrea Quartini**, SOD Alcologia AOU Careggi Firenze/ Centro Alcologico Regione Toscana  
**Valentino Patussi**, SOD Alcologia AOU Careggi Firenze/ Centro Alcologico Regione Toscana  
**Chiara Cresci**, SOD Alcologia AOU Careggi Firenze/ Centro Alcologico Regione Toscana  
**Gianni Testino**, SC Patologia delle Dipendenze ed Epatologia/ Centro Alcologico Regionale ASL3 c/o IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, Genova

### LA PANDEMIA E LA LEZIONE SINDEMICA

Qualche anno fa su questa rivista pubblicammo un editoriale dal titolo: “Alcologia: paradigma di una rivoluzione possibile in ambito sociale e sanitario”. Rileggendolo oggi, alla luce della attuale situazione sociosanitaria sembra che i temi e le criticità che sollevammo siano ancora più che attuali. Così come ci sembrano importanti alcune proposte, forse, e purtroppo, ancora pionieristiche che l’Alcologia porta avanti da qualche decennio.

Nell’editoriale si sottolineava come “entro il 2025, con interventi di prevenzione e protezione della salute (sugli stili di vita e sull’ecologia) si potrebbero evitare 37 milioni di morti nel mondo riducendo il carico delle quattro principali malattie non infettive: cancro, diabete, malattie polmonari e cardiovascolari”. Si proseguiva poi sottolineando l’importanza di “agire contro i quattro ‘big killer’ (tabacco, alcol, sovrappeso/obesità, ipertensione)” accogliendo i suggerimenti dell’OMS, rispetto agli “obiettivi sulla riduzione di fumo, alcol, consumo di sale, obesità, controllo della pressione sanguigna e della glicemia”. Ad oggi a questi dobbiamo aggiungere “l’inquinamento”, insito d’altronde già nella teoria dell’Ecologia Sociale che anch’essa patrimonio culturale del mondo alcologico (vedi movimento dei CLUB), che promuove una sanità/benessere pubblico ecologico attento al contesto e al ruolo dei determinanti sociali, economici e ambientali/climatici. E che ci introduce ai concetti di complessità e di intersectorialità (salute, clima, lavoro, politiche abitative, istruzione ecc.). Un approccio che pone una promozione della salute, non legata soltanto al settore sanitario: ma che supera gli stili di vita per mirare al benessere. Un benessere non solo equo e solidale, ma integrale. L’ecologia integrale comprende le interazioni tra l’ambiente naturale, la società e le sue culture, le istituzioni, l’economia.

In questa interconnessione una attenzione particolare deve essere dedicata a restituire dignità agli esclusi prendendosi cura della natura, adottando un atteggiamento che consenta di vivere in armonia con il creato.

(“...Amico, io non ti faccio torto. Non hai forse convenuto con me per un denaro? Prendi il tuo e vattene, ma io voglio dare anche a quest’ultimo quanto a te. Non posso fare delle mie cose quello

che voglio? Oppure tu sei invidioso perché io sono buono? Così gli ultimi saranno primi, e i primi ultimi,” Vangelo secondo Matteo 20,1-16)

Le stime suggerivano che una eventuale riduzione del 30% del consumo di tabacco entro il 2025 e una riduzione del 10% del consumo di bevande alcoliche possono contribuire ad abbassare il rischio di morte prematura per malattie croniche del 22% per gli uomini e del 19% per le donne, vantaggio che si tradurrebbe, come già detto, in 37 milioni di morti evitate, di cui 16 in persone sotto i 70 anni. La riflessione poi si estendeva alla disabilità correlata ai “big killer”, con considerazioni analoghe. In epoca di pandemia da Covid-19, ancora grazie all’impulso di un altro editoriale del Lancet [1], si è sottolineato come le stesse quattro malattie, legate ai quattro “big killer” siano state humus, terreno fertile, per l’espressione virulenta di SARS-COV2. Vale a dire che in assenza delle quattro patologie croniche descritte questo coronavirus avrebbe avuto esiti diversi. Senza considerare il quinto big killer “l’inquinamento”.

Tutti questi big killer hanno un filo rosso che li interconnette le forti influenze economiche/finanziarie che rendono complessi i cambiamenti e contraddittorie le azioni politiche. L’approccio mono settoriale (medico, psicologico, sociale, etc.) aumenta la domanda e trasforma le persone in pazienti, emarginati, disabili, e corre il rischio di trascurare l’intervento globale che implica il passaggio dal curare (delega) al prendersi cura (responsabilizzazione/partecipazione).

In tal senso ci sembra interessante riproporre integralmente quell’editoriale, affermando che l’Alcologia italiana continua a mettere e a mettersi a disposizione con i suoi strumenti nell’interesse e bene comune.

Ribadiamo come, dal nostro punto di vista, la salute collettiva deve essere considerata tra le Res Communes Omnium (cose comuni di tutti quindi un bene comune indisponibile), perciò non dovremmo limitarci alla riduzione del danno (in alcologia già praticata e documentata anche negli scritti egiziani prima della nascita di Cristo), ma promuovere la consapevolezza/conoscenza del rischio e la riduzione dello stesso.

## **Bibliografia**

1. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext)

## APPENDICE

### CARTA DI FIRENZE 2022

L'uso di sostanze psicoattive, legali e illegali, inteso anche come consumo ordinario o normale, mostra proporzioni preoccupanti, in continua, rapida e pericolosa crescita.

I contesti di consumo rischioso e/o dannoso, peraltro, si contraddistinguono per particolare complessità e multi problematicità clinica.

Consideriamo opportuno sottolineare che:

- stiamo assistendo, sempre più, ad un consumo e a una promozione senza limiti tanto di sostanze quanto di beni di consumo;
- sappiamo che nella società attuale la pubblicità influisce profondamente su come le persone vedono la vita, il mondo e se stesse, specie per quanto riguarda i loro valori e i loro criteri di giudizio e di comportamento, condizionando bisogni e desideri a scopo commerciale e di profitto economico;  
tale condizionamento può pesare, in particolare, in quelle fasce della popolazione che presentano una qualche forma di disabilità fisica e/o sociale; inoltre le strategie di marketing e di pubblicità diretta ed indiretta possono condizionare gli stili di vita di intere popolazioni, non solo giovanili, che inevitabilmente, in maniera acritica, rischiano di omologarsi a mode sempre più in veloce trasformazione e diffusione;
- sarebbe urgente il superamento di politiche che penalizzano (spesso con caratteristiche meramente repressive e proibizionistiche) chi, anche solo per ragioni di salute, presenta una qualche forma di disabilità fisica e/o sociale e rimane ai margini, in relazione a disturbi da uso di sostanze legali e illegali;
- si rileva l'importanza di investire di più e meglio nel campo delle risorse necessarie per costruire percorsi di informazione, educazione/sensibilizzazione, promozione e protezione della salute;
- si rileva l'importanza di implementare progetti capaci di realizzare comunità educanti, coese, esperte e solidali, anche informali, che implementino l'empowerment (capacità e competenze) individuale, familiare e di comunità e promuovere il bene comune;
- andrebbero, altresì, valorizzate la predisposizione, il supporto e l'integrazione, nella pratica quotidiana, di percorsi di cura e di inclusione sociale per chi soffre a causa di un disturbo da uso di sostanze legali e illegali, disturbo che rende migliaia di persone e famiglie succubi della propria condizione e del dolore che ne consegue, dell'emarginazione e dell'isolamento, con gravi danni per il singolo, le famiglie e per l'intera società.

Gli ambiti di solitudine, di eccessiva competizione, di sfruttamento e disgregazione sociale, che ormai sono rappresentativi di contesti “normali” o quanto meno molto diffusi, rappresentano terreni fertili in cui le sostanze o pericolosi comportamenti hanno la subdola capacità di infiltrarsi nella vita delle persone e di intere comunità di riferimento e di determinare stili di consumo rischioso e/o dannoso, fino a quadri conclamati di addiction.

Spesso tali comportamenti rispecchiano semplicemente gli atteggiamenti e i valori della cultura dominante e con essi il senso di isolamento, l'emarginazione, la sofferenza di chi a volte reputa di poter risolvere disagi o particolari difficoltà attraverso l'uso di sostanze legali e illegali o con altri comportamenti addictivi (nel significato etimologico del termine addictus che significa schiavo).

Abbiamo visto come la pandemia sia stata nutrita anche dagli stili di vita che hanno indotto quelle comorbilità che hanno favorito la virulenza e la patogenicità del SARS-COV2 trasformando una epidemia contenibile in una vera e propria sindemia. Consumo di tabacco e sue conseguenze (cardiopatie, ipertensione, insufficienza respiratoria), consumo di bevande alcoliche e sue conseguenze (dismetabolismi, ipertensione, abbassamento difese immunitarie e minor efficienza dei programmi di vaccinazione, epatopatie), malnutrizione in eccesso (obesità, diabete, dislipidemie, ipertensione) e in difetto rappresentano infatti stili di vita grazie ai quali il coronavirus ha avuto gioco facile nel generare i danni che conosciamo.

La sfida difficile che dobbiamo accettare è di uscire da una cultura centrata su sterili contrapposizioni ideologiche o opinionistiche e concentrarci da un lato sulla EBM (Evidence Based Medicine) e dall'altro sugli aspetti educativo-culturale, a partire dall'empowerment individuale, familiare e di comunità, dando il significato che si merita alla parola resilienza, e reintroducendo il termine resistenza e i suoi valori senza abusarne demagogicamente. Un contesto globale di intervento, partecipato, dovrebbe avere la capacità, inoltre, di far emergere e trovare soluzioni ai vari conflitti di interesse (non solo lobbistici).

In relazione alla presa in carico e alla cura si ritiene che i vari livelli di governo: regionali, nazionali ed europei supportino l'adozione di linee programmatiche condivise che giungano ad assicurare gli specifici LEA su tutto il territorio europeo, nel pieno rispetto delle caratteristiche autonome locali ma nel comune intento di contribuire a diminuire ed azzerare le disuguaglianze di salute ed i gradienti che contraddistinguono aree geografiche spesso anche limitrofe.

Riteniamo che sarebbe rischioso e oltremodo dannoso (sindemia docet) ritardare ulteriormente sulla elaborazione di strategie di empowerment a livello sociale. La strategia che indichiamo consiste, nel superamento della contrapposizione tra etica delle intenzioni e etica delle responsabilità, con l'adozione di un cambio di paradigma che implichi, nell'integrazione tra servizi, partecipazione, prevenzione, proattività, personalizzazione. Va in tale direzione l'obiettivo di promuovere iniziative e misure che possano attribuire realmente a tutti i cittadini ed ai loro rappresentanti un ruolo centrale insieme alla responsabilità, le competenze ed il potere di costruire contesti sociali maggiormente solidali,



capaci di contribuire a contrastare la diffusione e l'uso delle droghe legali e illegali e a modificare l'accettazione sociale e la stessa cultura dell'uso improprio delle sostanze psicoattive, come ad esempio l'alcol, che determinano addiction o condizioni problematiche relazionali, collettive e di salute. Si rende inoltre necessario diffondere anche le competenze sul piano del sapere, saper fare e saper essere, tanto ai singoli cittadini quanto alle diverse componenti sociali ed istituzionali.

*Il Piano nazionale dovrebbe ispirarsi ai seguenti principi e metodi:*

1. ogni cittadino di qualunque età, sesso, religione, orientamento sessuale, appartenenza etnica, culturale, nazionale ha diritto di vivere in un ambiente che promuova stili di vita sani e che lo protegga dalle conseguenze negative dell'uso di sostanze psicoattive legali e illegali e/o da comportamenti che determinino condizioni di malessere sociale, economico e di salute.
  - a) ogni comunità, secondo il principio di sussidiarietà, attiva il suo impegno e svolge un ruolo centrale nel promuovere, predisporre ed attuare un piano esplicito di sensibilizzazione, prevenzione, protezione e promozione della salute che contrasti la promozione e l'uso di sostanze psicoattive e/o l'adozione di comportamenti che determinano condizioni di malessere sociale, economico, ambientale, culturale e sanitario;
  - b) ogni cittadino ha diritto, qualora sia consumatore di sostanze psicoattive o che adotti comportamenti che determinano condizioni di malessere sociale, economico ambientale, culturale e sanitario, di avere accesso a servizi adeguati di tutela della salute fisica, emotiva, psichica e sociale.
2. tutti i bambini e gli adolescenti, ad iniziare fin dal periodo della gravidanza, devono essere protetti dalle conseguenze negative derivanti dal vivere e crescere in un ambiente che solleciti l'uso sostanze psicoattive legali e illegali e/o l'adozione di comportamenti che determinano condizioni di malessere sociale, economico e di salute.
  - a) per tutti i bambini che vivono in famiglie in condizioni di malessere sociale, economico, ambientale, culturale e sanitario correlate alle sostanze psicoattive legali e illegali o in contesti familiari in cui si agiscono comportamenti che determinano condizioni di malessere sociale, economico, ambientale, culturale e sanitario, devono essere resi disponibili dei programmi in grado di avviare un processo di aiuto e di adeguata valutazione delle condizioni stesse;
  - b) va contrastata la promozione, la disponibilità e l'offerta di sostanze psicoattive legali e illegali e l'adozione di comportamenti che determinano condizioni di malessere sociale, economico, ambientale, culturale e sanitario, nello specifico incoraggiando l'empowerment individuale, familiare e comunitario.
3. la famiglia e la rete delle relazioni di comunità rappresentano i contesti educativi e di crescita centrali e le risorse sociali più significativi, sia per prevenire che per favorire l'approccio di comunità e di popolazione finalizzati ad una gestione partecipata e

solidale dei problemi che derivano dall'uso di sostanze psicoattive legali e illegali e da comportamenti che determinano condizioni di malessere sociale, economico e di salute, ambientale, culturale e sanitario.

4. i contesti di vita e di lavoro devono essere protetti dalle conseguenze negative che derivano dall'uso sostanze psicoattive legali e illegali e/o da comportamenti che determinano malessere sociale, economico ambientale, culturale e sanitario, con la partecipazione attiva dei cittadini alla predisposizione e gestione dei piani di azione in un processo di salutogenesi, autopromozione e autotutela della salute.
5. le comunità locali, le regioni, lo stato devono predisporre misure, attivare strumenti e rendere disponibili programmi di promozione della salute, garantendo adeguati finanziamenti, al fine di proteggere i cittadini dalle sollecitazioni e dalle conseguenze di strategie di comunicazione, pubblicità e marketing basate su messaggi, promozioni, sponsorizzazioni proposti attraverso tutti i canali di distribuzione (stampa, radio, giornali, internet, sms, ecc...) che indirettamente o direttamente incoraggiano, stimolano o inducono il consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e/o l'adozione di comportamenti che possano determinare l'insorgenza di condizioni di malessere sociale, economico, ambientale, culturale e sanitario.
6. il sistema dei servizi pubblici e privati per le dipendenze ha urgente necessità di essere rapidamente riorientato attraverso un processo attivo di definizione di obiettivi, risorse ed indicatori coerenti con una programmazione basata sull'analisi e la soddisfazione dei bisogni, sulla centralità della persona e non su quella delle prestazioni o delle remunerazioni. è necessario passare dalla definizione dei servizi alla individuazione dei programmi incentivando la collaborazione tra pubblico e privato purché assoggettati entrambi a standard di accreditamento e di qualità omogenei, senza mai trascurare la necessità di una continua verifica/sorveglianza/controllo degli indicatori qualitativi e quantitativi di riferimento.

L'attuazione di questo nuovo processo si integra e si completa con la necessità di garantire una formazione adeguata alle professioni impegnate nel settore, troppo spesso trascurate, e che rappresentano le risorse essenziali al fine di garantire l'intera strategia di prevenzione e di cura.

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

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

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

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

## **I DANNI LEGATI AL CONSUMO DI ALCOL IN GRAVIDANZA: IL PROGETTO EUROPEO FAR SEAS E IL CONTRIBUTO DELL'OSSERVATORIO NAZIONALE ALCOL DELL'ISS PER LA PREVENZIONE DELLA SINDROME FETOALCOLICA**

Lo Spettro dei disordini feto-alcolici –*Fetal Alcohol Spectrum Disorders* (FASD) - è un gruppo di disturbi fisici, comportamentali e di apprendimento che si manifestano in bambini e bambine le cui madri hanno assunto bevande alcoliche durante la gravidanza.

In Europa il contratto di servizio **FAR-SEAS** - *Fetal Alcohol Reduction and exchange of European knowledge after SEAS - Standard European Alcohol Survey* (<https://far-seas.eu/>) è l'unico consorzio di ricerca dedicato alla prevenzione della FASD ed è affidato all'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) del Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità. Il progetto ha come obiettivo il sostegno agli Stati membri nel contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol attraverso iniziative mirate ad aumentare la consapevolezza sui rischi del consumo di alcol e dei danni alcol-correlati in gravidanza. Gli strumenti che si renderanno prossimamente disponibili come risultato delle attività spaziano dalla diffusione di buone pratiche basate sulle evidenze e di standard di formazione per l'identificazione precoce e l'intervento breve sul consumo di alcol in gravidanza.

### **Donna, Alcol e Gravidanza**

Il consumo di alcol in gravidanza è associato a una vasta gamma di danni al feto e al bambino quali l'aborto spontaneo, la natimortalità, la sindrome della morte improvvisa in culla, il parto pretermine, alcune malformazioni congenite, il basso peso alla nascita, il ritardo di sviluppo intrauterino e una serie di disordini racchiusi dal FASD, a partire dalla manifestazione più grave, la Sindrome Feto-Alcolica (*Fetal*

*Alcohol Syndrome, FAS*), una serie di anomalie strutturali e di sviluppo neurologico che comportano gravi disabilità comportamentali e neuro-cognitive [1-6].

L'esposizione prenatale all'alcol interferisce con il normale sviluppo del feto causando un danno a carico del sistema nervoso centrale, il più grave tra i danni, alla base di tutte le diagnosi nell'ambito dello spettro dei disordini feto-alcolici, danni che si manifestano con segni e sintomi di disabilità e che includono disturbi comportamentali, di attenzione, cognitivi, delle funzioni esecutive e di memoria. Le persone con disturbi della FASD mostrano deficit di pensiero astratto, di organizzazione, di pianificazione, di apprendimento, nel ricordare sequenze di eventi, nel collegare relazioni di causa-effetto, deficit di linguaggio espressivo e ricettivo, nelle abilità sociali e di consapevolezza e regolazione dei comportamenti e delle emozioni: l'elenco attuale comprende più di 400 condizioni associate e che comportano disabilità più o meno gravi che accompagnano i pazienti per tutta la vita.

Il feto non può metabolizzare l'alcol, perché privo degli enzimi adatti a questo compito; pertanto, anche una minima quantità ne pregiudica la salute: i metaboliti dell'alcol (acetaldeide) si accumulano nel sistema nervoso del feto e in diversi organi, danneggiandoli. Tutte le fasi dello sviluppo embrionale sono vulnerabili agli effetti teratogeni dell'alcol, per questo motivo secondo le linee guida cliniche della maggioranza dei Paesi del mondo il consumo di alcol in gravidanza è controindicato e il messaggio di salute pubblica è *“non bere in gravidanza (zero alcol) e non bere quando si decide di avere un figlio”*. I disordini feto-alcolici sono prevenibili al 100 per cento, se si evita l'alcol in gravidanza.

Nonostante l'esistenza di una precisa controindicazione a tutela della salute del bambino, molte donne in gravidanza continuano a consumare bevande alcoliche [7-8]. Per quanto riguarda l'Italia i dati sul consumo di alcol durante la gestazione sono in corso di aggiornamento. Secondo uno studio del 2011 basato su 607 bambini nati in 7 ospedali di diverse regioni italiane la prevalenza di esposizione prenatale all'etanolo è risultata essere del 7,9%. Nel 2011 la stima di prevalenza di FAS è pari a 1,2 su 1000 nati vivi e quella della FASD è di 63 per 1000 nati vivi [9].

Secondo il *Global Status Report on Alcohol and Health 2018* dell'OMS [10], la più alta prevalenza di consumo di alcol in gravidanza (di qualsiasi quantità) è nei Paesi della Regione europea, con una media del 25%. Ancora più allarmante è il fatto che il 2,7% consumi alcol con modalità *“binge drinking”* e cioè *“bere per ubriacarsi”*, la più dannosa tra le modalità di consumo e per quanto riguarda la FASD. Da rilevare che le stime di prevalenza di consumo di alcol nelle donne in gravidanza riflettono il consumo di alcol nella popolazione generale del Paese in esame, così come le stime di prevalenza della FAS, FASD sono varie nell'ambito di popolazioni e studi diversi dello stesso Paese.

Sempre secondo stime recenti dell'OMS il 65,5% delle donne in età fertile nella Regione europea consuma alcol e, siccome quasi la metà delle gravidanze non sono programmate (il 42%), il rischio di consumo di alcol durante le prime fasi della gestazione è altissimo [10].

Il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità e la Società Italiana di Alcologia promuovono da anni l'incremento della consapevolezza nelle donne in gravidanza (o che stanno programmando una gravidanza) attraverso campagne di comunicazione e prevenzione specifiche con lo scopo di contribuire a garantire un'informazione corretta ed esauriente che renda le donne consapevoli e competenti nella gestione del consumo di alcol ed eviti di esporle ai rischi di danni completamente evitabili sostenendo uno stile di vita sano sospendendo completamente il consumo di alcol in gravidanza (zero alcol in gravidanza). Tra le attività si segnala in particolare la campagna "Too Young To Drink" che negli anni ha realizzato numerosi materiali divulgativi, come il libretto "Donna e alcol. Alcol: sei sicura?", il pieghevole "Alcol e gravidanza: sei sicura? ", la locandina "Alcol e gravidanza", di libero download dalla pagina web dedicata [11].

### **Il contratto di servizio FAR-SEAS - Fetal Alcohol Reduction and exchange of European knowledge after SEAS - Standard European Alcohol Survey e il contributo dell'Istituto Superiore di Sanità**

Il progetto FAR-SEAS prevede una serie di attività e sostiene la necessità, e l'urgenza, di contribuire in tutti gli Stati Membri, e per iniziativa comunitaria, alla riduzione dell'esposizione all'alcol del nascituro nel grembo materno e della conseguente riduzione d'incidenza dei nuovi casi di FASD. Nell'ambito del progetto, l'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) è coinvolto in diverse *task*, oltre che nel coordinamento e nel *networking* con gli Stati, ed è responsabile delle decisioni sull'esecuzione del progetto.

Per quanto riguarda la prima *task*, l'attività principale del progetto FAR SEAS, "Sviluppare, pilotare e valutare le buone pratiche basate sui dati a disposizione per supportare le donne in età fertile, in particolare le donne in gravidanza, nel ridurre il rischio di sviluppo di FASD nei loro bambini", l'ONA partecipa alla stesura delle linee guida, nonché alla valutazione delle attività. Nell'ultimo anno l'ONA ha lavorato con i rappresentanti degli Stati Membri del *Committee on National Alcohol Policy and Action* (CNAPA) e con i principali istituti di ricerca pubblici in tutta Europa alla revisione delle buone pratiche, e delle relative metodologie di formazione già esistente per la riduzione del danno alcol-correlato nelle donne in età fertile e nelle gestanti. Ha inoltre avviato la predisposizione (attività in corso) di linee guida e di un pacchetto di formazione di valenza europea per l'identificazione precoce e l'intervento breve del consumo di alcol in gravidanza rivolto ai professionisti sanitari e agli operatori sociali che svolgeranno formazione specifica in alcuni Paesi membri.

L'ONA contribuisce al FAR-SEAS anche prendendo parte al programma di implementazione di un formato standard di riferimento europeo di formazione sull'identificazione precoce e intervento breve su alcol, donna e gravidanza e sull'applicazione di buone pratiche efficaci e validate da un gruppo di esperti FAR-SEAS (dal contributo ad indagini delphi, alla stesura di documenti, del protocollo di studio e dei materiali/moduli per la formazione del personale sanitario). Tali attività sommano il contributo di decine di progetti europei e dell'OMS e saranno disseminate dopo la loro validazione grazie a uno studio pilota FAR-SEAS che avrà luogo in Polonia, il cui avviamento è stato reso tuttora impossibile dalla pandemia da coronavirus. A quest'ultimo riguardo, e per ovviare all'impossibilità di svolgere la formazione degli operatori in presenza e di fare lo screening delle donne secondo le linee guida preparate, è in corso la stesura di un programma "e-health" in collaborazione con i massimi esperti del settore e con i membri del network INEBRIA di cui l'ONA fa parte.

Nel complesso, il FAR-SEAS rafforzerà la diffusione dei dieci punti sviluppati che, sulla base dell'evidenza scientifica, possono contribuire a delineare un decalogo europeo mirato a incrementare la consapevolezza sui rischi e sui danni del consumo di bevande alcoliche in gravidanza:

1. consumare bevande alcoliche in gravidanza aumenta il rischio di danni alla salute del bambino
2. durante la gravidanza non esistono quantità di alcol che possano essere considerate sicure o prive di rischio per il feto
3. il consumo di qualunque bevanda alcolica in gravidanza nuoce al feto senza differenze di tipo o gradazione
4. l'alcol è una sostanza tossica in grado di passare la placenta e raggiungere il feto alle stesse concentrazioni di quelle della madre
5. il feto non ha la capacità di metabolizzare l'alcol che quindi nuoce direttamente alle cellule cerebrali e ai tessuti degli organi in formazione
6. l'alcol nuoce al feto soprattutto durante le prime settimane e nell'ultimo trimestre di gravidanza
7. se si pianifica una gravidanza è opportuno non bere alcolici e se si è già in gravidanza è opportuno interromperne l'assunzione sino alla nascita
8. è opportuno non consumare bevande alcoliche durante l'allattamento
9. i danni causati dall'esposizione prenatale dall'alcol, e conseguentemente manifestati nel bambino, sono irreversibili e non curabili
10. si possono prevenire i danni e i difetti al bambino causati dal consumo di alcol in gravidanza, evitando di consumare bevande alcoliche.

La cultura della prevenzione specifica della FASD è una sfida che si può vincere solo attraverso l'attivazione di tutti, a partire dal contrasto alle *fake-news* che minano l'informazione valida e oggettiva che le future mamme devono essere in grado di identificare, sapendo che tutto l'alcol consumato in gravidanza finisce nel futuro del loro bambino.

### **Per Corrispondenza**

**Alice Matone e Claudia Gandin.** Osservatorio Nazionale Alcol – Centro OMS ITA per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol, Istituto Superiore di Sanità, Roma.

E -mail: [alice.matone@iss.it](mailto:alice.matone@iss.it); [claudia.gandin@iss.it](mailto:claudia.gandin@iss.it)

## Bibliografia

1. Henriksen TB Hjollund NH Jensen TK et al.
2. Alcohol consumption at the time of conception and spontaneous abortion.
3. Am J Epidemiol. 2004; 160: 661-667
4. Kesmodel U Wisborg K Olsen SF Henriksen TB Secher NJ
5. Moderate alcohol intake during pregnancy and the risk of stillbirth and death in the first year of life.
6. Am J Epidemiol. 2002; 155: 305-312
7. Albertsen K Andersen AN Olsen J Grønbaek M
8. Alcohol consumption during pregnancy and the risk of preterm delivery.
9. Am J Epidemiol. 2004; 159: 155-161
10. Kesmodel U Olsen SF Secher NJ
11. Does alcohol increase the risk of preterm delivery?
12. Epidemiology. 2000; 11: 512-518
13. Patra J Bakker R Irving H Jaddoe VW Malini S Rehm J
14. Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birth weight, preterm birth and small for gestational age (SGA)—a systematic review and meta-analyses.
15. BJOG. 2011; 118: 1411-1421
16. Yang Q Witkiewicz BB Olney RS et al.
17. A case-control study of maternal alcohol consumption and intrauterine growth retardation.
18. Ann Epidemiol. 2001; 11: 497-503
19. Popova S, Lange S, Shield K, Probst C, Gmel G, Rehm J
20. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis
21. Lancet Glob Health 2017; 5: e290–99
22. Papova S Lange S Shield K et al.
23. Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis.
24. Lancet. 2016; 387: 978-987
25. Ufficio Stampa ISS.
26. Sindrome fetoalcolica, il 9 settembre la Giornata mondiale, parola d'ordine: zero alcol in gravidanza. L'impegno dell'ISS per aumentare la conoscenza del fenomeno, informare e prevenire. 01/09/2021 <https://www.iss.it/news/>  
/asset\_publisher/gJ3hFqMQsykM/content/id/5825449
27. WHO, Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018 disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>



28. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A
29. Il contributo dell'Istituto Superiore di Sanità nel progetto FAR SEAS: il consorzio di ricerca europeo dedicato alla prevenzione della sindrome feto alcolica
30. WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping – ISS, 9 settembre 2021 (Factsheet) disponibile all'indirizzo: [https://www.epicentro.iss.it/alcol\\_fetale/fasd-2021](https://www.epicentro.iss.it/alcol_fetale/fasd-2021)

**Paolo Berretta, Ricercatore**, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma.

**Simona Pichini**, Primo Ricercatore, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma.

**Adele Minutillo**, Ricercatore, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma.

### **LA SINDROME FETO ALCOLICA UNA DISABILITÀ PERMANENTE E TRASPARENTE, POCO CONOSCIUTA IN ITALIA**

#### **Riassunto**

L'alcol è la sostanza d'abuso più utilizzata al mondo, il suo consumo, in costante aumento, è un fenomeno che si registra anche durante la gravidanza. L'esposizione prenatale all'etanolo può causare danni irreversibili al feto. Lo Spettro dei Disordini Feto Alcolici (FASD) e la Sindrome Feto Alcolica (Fetal Alcohol Syndrome - FAS) che è l'estremo più grave, sono una serie di condizioni malformative che possono condurre ad un ritardo mentale che colpisce neonati e bambini esposti all'alcol durante la gestazione o l'allattamento. L'approccio al fenomeno deve essere multidisciplinare e deve comprendere la gestione delle condizioni di comorbidità, il supporto nutrizionale, la gestione dei problemi comportamentali / difficoltà educative e l'informazione specifica dei genitori. L'Organizzazione Mondiale della Sanità e altre organizzazioni scientifiche non conoscono la quantità minima di alcol da poter assumere durante la gravidanza e quindi raccomandano sempre la completa astinenza.

**Parole Chiave:** FASD, gravidanza, alcol

#### **Abstract**

Alcohol is the most widely used drug worldwide, its consumption has been increasing, and it is reported even during childbearing. Prenatal exposure to ethanol can lead to irreversible damages of the fetus. Knowledge about this risk could prevent these damages. Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) and Fetal Alcohol Syndrome (FAS) which is the most severe extreme, are a range of malformative conditions leading to mental retardation that affect newborns and children who have been exposed to alcohol during pregnancy or breastfeeding. Management is multidisciplinary and includes managing comorbid conditions, providing nutritional support, managing behavioral problems and educational difficulties, referring patients for rehabilitative therapies, and specific information to parents. The World Health Organization and other organizations recognize no safe amount of alcohol consumption during pregnancy and recommend complete abstinence.

**Key Word:** FASD, pregnancy, alcohol,

## INTRODUZIONE

La dipendenza da alcolici non è solo un disturbo del comportamento, ma anche una condizione clinica che implica un orientamento compulsivo verso questa sostanza psicotropa [1].

Spesso si osserva, nei soggetti con problemi di dipendenza o con la tendenza al consumo eccessivo cronico, il disinteresse o la sottovalutazione degli effetti negativi dell'alcol in termini di stato di salute individuale e per le ripercussioni che possono generare nell'ambito socio-familiare [2].

In questo contesto, una situazione che presenta conseguenze gravissime è quella delle donne consumatrici di alcol nel momento in cui desiderano un figlio o sono già in gravidanza. Con la denominazione Spettro dei Disordini Feto Alcolici (Fetal Alcohol Spectrum Disorders - FASD) vengono descritti proprio quegli effetti che si possono manifestare in una persona la cui madre ha consumato bevande alcoliche durante la gravidanza, mentre con la Sindrome Feto Alcolica (Fetal Alcohol Syndrome - FAS) si rappresenta l'estremo più grave di tale quadro [2]. L'abitudine al bere sociale o cronico eccessivo posta in essere nel corso delle prime sei settimane di inconsapevolezza rispetto alla gravidanza, può danneggiare il feto con meccanismi molto vari fra loro.

Sono meccanismi tossici diretti, che incidono specificatamente sulla capacità di proliferazione cellulare, in particolar modo dei neuroni, sulla capacità di migrazione dei neuroni e poi anche con meccanismo epigenetico (situazioni in cui genetica ed ambiente vengono in contatto). Tutto ciò può determinare delle alterazioni sia nell'embriogenesi che nella fetogenesi che si manifestano come delle disabilità permanenti sebbene trasparenti nel neonato che poi diventa bambino, adolescente ed infine adulto

I bambini con danni da esposizione prenatale all'alcol soffrono di malformazioni fisiche, disabilità mentali/intellettuali e gravi problemi comportamentali. In letteratura è possibile rintracciare diversi fattori di rischio materni che sanciscono la possibilità di sviluppare una FASD [3].

Fra questi, il primo da prendere in considerazione è sicuramente l'età della madre, sia quando è superiore a 30 anni con la presenza di abitudini radicate di consumo e aspetti di invecchiamento biologico, sia quando è molto giovane con minori capacità di adattamento [4].

Altri elementi di criticità si possono riscontrare nell'assenza di un partner con il quale condividere l'esperienza, nell'essere stranieri e magari provenire da Paesi ad alto consumo di alcol, nel basso livello socioeconomico a cui è associato la poca scolarità e la scarsa adesione a comportamenti di salute corretti [5].

Tutti coloro che convivono con FAS e con FASD si confrontano quotidianamente con grandi sfide e problemi da risolvere, proprio a causa del danno cerebrale provocato dall'esposizione prenatale all'alcol [6].

La scarsa conoscenza delle diverse manifestazioni di questa patologia determina che le persone attorno affrontino i disturbi comportamentali ed emotivi dei soggetti affetti con incompiensione, impotenza o addirittura rifiuto.

La FAS e la FASD non sono disabilità rare, un neonato su 300 mostra la sindrome completamente espressa e si stima che il danno alcol-correlato si manifesti in un bambino su cento [7]. Accade però che molti di questi bambini e adolescenti ricevono altre diagnosi, come la sindrome di iperattività e deficit dell'attenzione, l'autismo, il disturbo da attaccamento o i disturbi della condotta, data la poca esperienza diagnostica in Italia su FASD e FAS.

Molti genitori che non trovano aiuto per i loro figli in queste diagnosi, sono sottoposti a stressanti peregrinazioni in ambito sanitario prima che la diagnosi da FAS oppure FASD sia finalmente identificata e confermata.

Per tali motivi i bambini affetti da FAS o FASD, congiuntamente alle loro famiglie necessitano di una diagnosi precoce, affinché gli sia dato tempestivamente tutto l'aiuto necessario e per comprendere le difficoltà cognitive, emozionali e sociali [8]. Allo stesso tempo i professionisti della salute devono poter essere in grado di effettuare non solo una diagnosi precoce di FASD e FAS, ma anche proporre un follow up mirato dei neonati che risultino con la diagnosi suddetta. Ancora meglio sarebbe una attività di prevenzione sul consumo dell'alcol in gravidanza, poiché per evitare il rischio di queste disabilità permanenti e trasparenti basta non consumare alcol in gravidanza. Questo è quanto illustreremo nella seguente trattazione

### **Oggetto della Trattazione**

Riguardo al consumo dell'alcol in gravidanza, i più recenti dati internazionali sono quelli presenti nelle revisioni sistematiche e metanalisi realizzata dal team canadese della professoressa Svetlana Popova. A livello mondiale, sono circa il 10% le donne assuma alcol nel corso della gravidanza.

Sulla base di tale percentuale, si stima che sia 1:67 l'incidenza delle puerpere che danno alla luce un bambino affetto FAS e FASD. Ciò si traduce in media di circa 15 bambini su 10.000 nati in tutto il mondo [9].

Benché le metanalisi proposte dal gruppo di lavoro coordinato da S. Popova siano abbastanza complete, avendo diversi dati raccolti in molte nazioni, vi è un limite di generalizzabilità. Spesso tali studi non sono rappresentativi dei paesi in cui vengono intrapresi, ma solo di alcune sub-popolazioni e in alcuni anni specifici in cui lo studio è stato condotto. [10].

È possibile che tali studi indichino solo il trend del territorio dove la ricerca è stata condotta e se il territorio è limitato i valori non possono essere rappresentativi di una nazione, specialmente se tali studi si riferiscono ad anni molto differenti tra di loro e spesso con divario temporale ampissimo.

Prendendo come anno di riferimento il 2012, il team di ricerca ha stimato che circa il 10% delle donne nel mondo consuma alcol durante la gravidanza, con differenze importanti tra i vari stati. Mentre per

l'area europea è estremamente indicativa un'indagine condotta tra il 2011 e il 2012, su circa 7900 donne in 11 paesi del vecchio continente, dalla quale è emerso che il 16% circa delle intervistate ha dichiarato di aver consumato bevande alcoliche nel corso della gravidanza [9].

In Italia le informazioni riguardanti la prevalenza del consumo di alcol durante la gravidanza sono sostanzialmente frammentarie e talvolta carenti.

In una ricerca pubblicata dal gruppo del Policlinico Umberto I di Roma, coordinato dal Prof. Ceccanti, la prima effettuata in Italia, per individuare l'incidenza FAS e FASD su 543 bambini di scuole primarie in due province del Lazio, è stata rilevata una prevalenza di FAS tra il 3,7 ed il 7,4 per 1000 nati vivi e una di FASD tra il 20,3 ed il 40,5 per 1000 nati vivi [11]. Tale ricerca retrospettiva del 2006 purtroppo presenta dei limiti riconducibili all'area geografica di produzione vinicola assai ristretta della regione Lazio dove la ricerca stessa è stata condotta, e pertanto i dati, seppure importantissimi ed unici, non possono essere traslati a livello nazionale.

Sempre nel 2012 è stato presentato l'unico studio italiano sull'esposizione fetale all'alcol gestazionale, misurata oggettivamente con la quantificazione del metabolita dell'alcol, l'etilglucuronide nel meconio neonatale. Tale studio ha messo in luce una esposizione prenatale all'alcol materno a livello nazionale del 7,9% [12]. C'è da sottolineare però che anche la provata esposizione fetale all'alcol della madre non si traduce automaticamente in FAS o FAD, ma tali disabilità vanno diagnosticate post nascita e nei primi anni di vita del bambino

Mancando quindi dati aggiornati e su base nazionali non solo sul consumo gestazionale di alcol, ma anche sulla conseguente esposizione fetale, e mancando inoltre un programma di prevenzione e di diagnosi precoce, il Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità sta implementando con il supporto tecnico e finanziario del Ministero della Salute – CCM, il progetto “Prevenzione, diagnosi precoce e trattamento mirato dello spettro dei disturbi feto alcolici (FASD) e della sindrome feto alcolica (FAS)” per monitorarne proprio il consumo di alcol in gravidanza e la conseguente esposizione fetale, rendere le gestanti consapevoli dei rischi dell'alcol con un'informazione mirata, formare i professionisti di settore come ostetrici e ginecologi.

Al programma collaborano l'Università degli Studi di Roma La Sapienza, il Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio, l'IRCCS Materno Infantile Burlo Garofolo di Trieste, l'unità di Ostetricia e Ginecologia del Policlinico Vittorio Emanuele di Catania, l'Unità di Clinica Ostetrica del Policlinico di Modena, la Commissione Percorso Nascite dell'Agenzia Regionale Sanitaria della Regione Marche e la Sezione di medicina legale dell'Università Politecnica delle Marche.

La prima azione intrapresa è stata l'ideazione e la distribuzione sul territorio nazionale di un poster dal titolo “Zero alcol in gravidanza” e di due instant-book, nello specifico: 1) “Pensiamo ai Bambini – Non bere, la sindrome feto-alcolica è un pericolo che non tutti conoscono” dedicato alla diagnosi precoce della sindrome fetoalcolica e lo spettro dei disordini fetoalcolici rivolto a ginecologi, ostetrici, neonatologi e pediatri; 2) “Sindrome Feto Alcolica – Responsabilità fin dall'inizio”, dedicato sia ai

professionisti della salute, che agli assistenti sociali, educatori e genitori. Le due brochures mirano ad illustrare come relazionarsi nella vita quotidiana con bambini, adolescenti ed adulti affetti da sindrome fetoalcolica, illustrando i diritti e fornendo una serie di consigli utili.

Successivamente, è stata dedicata una parte dell'attività progettuale alla formazione per favorire l'individuazione delle evidenze scientifiche sul tema, per definire i principali criteri di diagnosi e modelli di trattamento/riabilitazione, le prestazioni assistenziali contemplate dall'attuale normativa e per identificare gli elementi di prevenzione assieme alle principali linee di indirizzo.

Vista la grave situazione pandemica i corsi sono stati svolti su piattaforma e-learning, a cui hanno partecipato ginecologi, ostetriche/ci, neonatologi, pediatri, infermieri, agli psicologi, agli psicoterapeuti esperti interventi psicosociali, cognitivi e comportamentali sui neonati risultati esposti. Specifica formazione sul tema è stata erogata anche agli assistenti sociali e alle associazioni che si occupano di adozioni, affinché potessero conoscere meglio la FAD e la FASD. Ciò per individuare il problema nei bambini proposti per l'adozione e fornire al tempo stesso un'informazione corretta alle famiglie adottive, anche su un eventuale percorso da seguire con il minore adottato diagnosticato di FASD o FAS.

I risultati hanno mostrato una partecipazione di n. 7901 operatori con un gradimento del corso è stato del 96,21% così come sono stati giudicati di ottima qualità i docenti proposti (la media della qualità docenti è stata pari a 5).

Tale iniziativa ha fatto emergere un forte bisogno formativo da parte degli operatori che dispongono di poche e disomogenee informazioni sul tema. Alla luce delle numerose richieste di iscrizione, il Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'ISS ha previsto nei prossimi mesi l'erogazione di una nuova edizione.

Per ciò che attiene alla formazione degli assistenti sociali, sono stati registrati 1767 partecipanti, con una percentuale di gradimento del corso pari al 97,28%.

Un terzo momento formativo, dedicato ai professionisti sociosanitari, con una maggiore interazione con gli esperti e maggiori approfondimenti ha visto l'iscrizione di 188 persone di cui 138 attive (ovvero, che hanno iniziato il corso con almeno una attività completata).

Una terza azione del progetto è partita dalla riflessione che senza una chiara comprensione della diffusione della FAS e della FASD sul territorio nazionale, ad oggi non sono stati stabiliti protocolli standardizzati per informare le donne sui rischi del consumo di alcol in gravidanza. Tantomeno, azioni per individuare i neonati eventualmente esposti all'alcol materno così da indirizzarli verso interventi mirati a contenere la disabilità dello sviluppo neurologico connessa all'alcol [12]. È importante evidenziare che al momento non è nota la quantità minima di alcol nociva per il feto, viceversa numerosi studi sul tema hanno dimostrato che l'alcol può influire sul corretto sviluppo fetale in ogni frangente della gravidanza [13].

Pertanto, lo studio che è invece ancora in corso sta valutando il reale consumo di alcol nelle donne in gravidanza o che desiderano avere un figlio e l'esposizione prenatale all'alcol gestazionale.

Nel primo caso, il consumo di alcol in gravidanza si valuta attraverso la determinazione del metabolita dell'alcol etilico, l'etilglucuronide (EtG) misurato nei capelli della gestante in associazione ad un questionario sulle abitudini materne al bere. Nel secondo caso, il monitoraggio dell'esposizione prenatale al alcol materno si verifica mediante la determinazione dell'EtG nelle prime feci del neonato, il meconio neonatale.

Per tale scopo è stato stimato di includere nel progetto circa 2000 gestanti e 2000 neonati, geograficamente distribuiti in diverse città e quindi regioni sul territorio italiano.

L'etilglucuronide (EtG) è un metabolita diretto dell'alcol etilico che si forma nell'organismo per coniugazione dell'etanolo con l'acido glucuronico. L'EtG è presente, e quindi misurabile, in vari fluidi e matrici biologiche.

I capelli crescono di circa 1 cm al mese per cui EtG viene assorbito e la sua concentrazione può essere connessa ai periodi (mesi, anni) in cui è stata assunta la sostanza [13].

È documentato che l'EtG si accumula nei capelli dei forti bevitori e che la sua presenza, nei primi 3 cm di capelli, al di sopra di 30 pg/mg è indice di un consumo cronico. La comunità scientifica internazionale ha stabilito che una concentrazione  $\leq 30$  pg/mg ma  $\geq 7$  pg/mg è indice di un cosiddetto consumo sociale di alcol ( $\leq 60$  grammi di alcol/die) mentre una concentrazione  $\leq 7$  pg/mg è indice di astinenza [14].

La misura dell'EtG nei capelli di una donna, che si è sottoposta alla prima visita per la gravidanza, fornisce un dato realistico sul consumo di alcol prima del concepimento. Una modificazione delle abitudini verso l'alcol, dopo un intervento breve o mirato sui rischi del consumo in gravidanza, si ottiene dall'esame di uno o più cm. di capelli relativi ai seguenti mesi della gestazione. Infine, l'esame di un segmento di 9 cm prelevato al momento del parto indica tutto il consumo durante il periodo della gestazione e se segmentato per trimestri (3 cm a trimestre) può evidenziare l'evoluzione del bere durante la gravidanza.

Per avere una misura dell'esposizione prenatale all'alcol materno è indispensabile misurare l'EtG nel meconio neonatale, che si forma e accumula nel secondo e terzo trimestre di gravidanza. In questo caso, un valore superiore ai 30ng/g meconio conferma un'esposizione al consumo di alcol materno.

La valutazione accurata della esposizione fetale all'alcol attraverso la misura oggettiva dei biomarcatori del consumo gestazionale e dell'esposizione prenatale nello studio proposto ha fornito delle evidenze sulla prevalenza del problema in Italia.

Fino ad oggi sono stati analizzati capelli e meconi di Ancona, Belluno, Bolzano, Catania, Catanzaro, Enna, Messina, Modena, Monfalcone, Monserrato, Sassari, Senigallia, Siracusa, Vicenza, Trieste.

L'analisi di 316 campioni di capelli di madri ha evidenziato che nel 92.4% le gestanti non hanno bevuto, mentre il 7.6% è risultato essere composto di bevitrice sociali e nessuna come bevitrice cronica eccessiva.

A fronte di questo, l'analisi di 372 campioni di meconio e ha evidenziato solo 1,4% di neonati con un'esposizione all'alcol gestazionale. Questi primi dati sono confortanti, poiché nel 2012 in Italia, i bambini appena venuti alla luce ed esposti all'alcol gestazionale erano il 7,9%.

In virtù di questa bassa percentuale, è doveroso evidenziare che la città di Roma non è stata ancora analizzata. È importante ricordare che l'esposizione non indica la certezza di FAS o FASD, la diagnosi di queste patologie saranno possibili solo attraverso un follow-up clinico e neurologico dei soggetti esposti.

Infine, il gruppo di ricercatori dell'ISS sta predisponendo uno specifico Rapporto (Rapporto ISTISAN), importante strumento per la divulgazione di studi, ricerche, resoconti, attività rilevanti svolte dall'Istituto svolti in ambito nazionale e/o internazionale.

## **Discussione**

I bambini affetti da FAS o FASD e le loro famiglie hanno bisogno di una diagnosi tempestiva, in modo che possano ricevere l'aiuto necessario in tempo utile per minimizzare per quanto possibile e con una adeguata terapia le loro difficoltà cognitive, emozionali e sociali [15]. L'unico modo per minimizzare gli effetti delle disabilità secondarie è una diagnosi incontrovertibile di FAS e FASD ed un follow-up neurocomportamentale adeguato alla patologia da parte di professionisti preparati su tali disabilità [16].

I soggetti che riportano danni da esposizione prenatale all'alcol soffrono di malformazioni fisiche, disabilità mentali/intellettuali e gravi problemi comportamentali [17].

Queste persone hanno difficoltà ad apprendere e conservare nuove informazioni, a riconoscere le relazioni contestuali e a seguire le regole. Spesso si rivelano facilmente distratti, irrequieti, intrusivi e aggressivi, facilmente influenzabili e incapaci nel riconoscere ed evitare il pericolo. I danni organici / cerebrali causati dall'alcol (ovvero la causa) spesso non vengono riconosciuti e per questo spesso i bambini e gli adolescenti con FASD subiscono critiche e correzioni che non tengono conto delle loro difficoltà e dei loro bisogni [18].

Il progetto e gli interventi proposti mirano ad arginare questi problemi e sono in linea con il report dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sul "piano d'azione europeo 2012-2020 per ridurre i danni da consumo di alcol".

Visto quanto sopra descritto, emerge l'importanza dell'implementazione di programmi di prevenzioni dei disturbi legati al consumo di alcol basati su evidenze scientifiche contribuendo a ridurre l'alcol consumo durante la gravidanza.



I servizi di ostetricia e ginecologia dovrebbero garantire a tutte le donne in stato di gravidanza o che desiderino avere un figlio un'informazione chiara e referenziata circa il pericolo del bere durante la gravidanza [19].

Allo stesso tempo, i servizi di welfare dovrebbero implementare il supporto per aiutare e proteggere i membri della famiglia diversi dal bevitore e i bambini dalle conseguenze dannose della dipendenza dall'alcol e dei disturbi da consumo di alcol.

Anche nel Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, finalizzato a promuovere in maniera coordinata in tutte le Regioni le attività di prevenzione e presa in carico dei problemi alcol correlati, un obiettivo prioritario è quello di aumentare la consapevolezza del rischio connesso con il consumo delle bevande alcoliche nella popolazione generale e in alcune fasce di popolazione particolarmente esposte tra cui anziani, giovani e infine le donne con particolare attenzione a quelle in età fertile

## **CONCLUSIONI**

La FAS e la FASD sono due disabilità permanenti e trasparenti, dovute all'esposizione prenatale a quantità variabili e non note di alcol gestazionale che possono essere eliminate al 100% con una sola azione: zero alcol in gravidanza e quando si prova di avere un figlio. Invece, nel caso in cui si ha a che fare con un neonato FAS o FASD, contrastare questa patologia significa promuovere una migliore comprensione dei bambini, degli adolescenti e degli adulti con danni da esposizione prenatale all'alcol. L'obiettivo è supportare giorno dopo giorno le persone anche attraverso un'assistenza scolastica e legale, sia per loro che per le famiglie coinvolte.

Visto che le conseguenze dell'esposizione prenatale all'alcol non possono essere cambiate, la comprensione e l'adeguato supporto sostengono i bambini, gli adolescenti e gli adulti verso una vita in cui è possibile far emergere loro capacità, nonostante le loro disabilità.

### **Per Corrispondenza**

**Berretta Paolo**, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma.  
E -mail [paolo.berretta@iss.it](mailto:paolo.berretta@iss.it)

## Bibliografia

1. Wozniak JR, Riley EP, Charness ME. Clinical presentation, diagnosis, and management of fetal alcohol spectrum disorder. *Lancet Neurol.* 2019 Aug;18(8):760-770. doi: 10.1016/S1474-4422(19)30150-4. Epub 2019 May 31. PMID: 31160204; PMCID: PMC6995665.
2. Istituto Superiore di Sanità. *Sindrome Feto Alcolica, Responsabilità fin dall'inizio.* Disponibile su: <https://www.iss.it/documents/20126/0/brochure-sindrome-feto-alcolica-2020.pdf/dcbe4f53-b51d-d0d1-2518-7b32e1609fda?t=1599646108446>.
3. Treit S, Jeffery D, Beaulieu C, Emery D. Radiological Findings on Structural Magnetic Resonance Imaging in Fetal Alcohol Spectrum Disorders and Healthy Controls. *Alcohol Clin Exp Res.* 2020 Feb;44(2):455-462. doi: 10.1111/acer.14263. Epub 2020 Jan 2. PMID: 31840819).
4. Lemoine, P.; Harousseau, H.; Borteyru, J.-P., et al., 1968. Les enfants de parents alcooliques: Anomalies observees. A propos de 127 cas [Children of alcoholic parents: Abnormalities observed in 127 cases]. *Ouest Medical* 21:476–482.
5. World Health Organization “Prevention of harm caused by alcohol exposure in pregnancy”, 2016, ISBN: 978 92 890 5164 4.
6. Memo L, Gnoato E, Caminiti S, Pichini S, Tarani L. Fetal alcohol spectrum disorders and fetal alcohol syndrome: the state of the art and new diagnostic tools. *Early Hum Dev.* 2013 Jun;89 Suppl 1:S40-3. doi: 10.1016/S0378-3782(13)70013-6.
7. de Sanctis L, Memo L, Pichini S, Tarani L, Vagnarelli F. Fetal alcohol syndrome: new perspectives for an ancient and underestimated problem. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2011 Oct;24 Suppl 1:34-7. doi: 10.3109/14767058.2011.607576. PMID: 21942588.
8. Caputo C, Wood E, Jabbour L. Impact of fetal alcohol exposure on body systems: A systematic review. *Birth Defects Res C Embryo Today.* 2016 Jun;108(2):174-80. doi: 10.1002/bdrc.21129. Epub 2016 Jun 13. PMID: 27297122.
9. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health.* 2017 Mar;5(3):e290-e299. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30021-9. Epub 2017 Jan 13. Erratum in: *Lancet Glob Health.* 2017 Mar;5(3):e276. PMID: 28089487.
10. Popova S, Lange S, Probst C, Shield K, Kraicer-Melamed H, Ferreira-Borges C, Rehm J. Actual and predicted prevalence of alcohol consumption during pregnancy in the WHO African Region. *Trop Med Int Health.* 2016 Oct;21(10):1209-1239. doi: 10.1111/tmi.12755.
11. Fiorentino D, Coriale G, Spagnolo PA, Prastaro A, Attilia ML, Mancinelli R, Ceccanti M. Fetal alcohol syndrome disorders: experience on the field. The Lazio study preliminary report. *Ann Ist Super Sanita.* 2006;42(1):53-7. PMID: 16801726.

12. Pichini S, Marchei E, Vagnarelli F, Tarani L, Raimondi F, Maffucci R, Sacher B, Bisceglia M, Rapisardi G, Elicio MR, Biban P, Zuccaro P, Pacifici R, Pierantozzi A, Morini L. Assessment of prenatal exposure to ethanol by meconium analysis: results of an Italian multicenter study. *Alcohol Clin Exp Res.* 2012 Mar;36(3):417-24. doi: 10.1111/j.1530-0277.2011.01647.x. Epub 2011 Dec 14. PMID: 22168178.
13. Blair AL, Chiaf AL, Crockett EK, Teague TK, Croff JM. Validation of hair ethyl glucuronide using transdermal monitoring and self-reported alcohol use in women of childbearing potential. *Neuropsychopharmacol Rep.* 2021 Jun;41(2):144-151. doi: 10.1002/npr2.12151. Epub 2021 Mar 2. PMID: 33650766; PMCID: PMC8340845.
14. Joya X, Mazarico E, Ramis J, Pacifici R, Salat-Batlle J, Mortali C, García-Algar O, Pichini S. Segmental hair analysis to assess effectiveness of single-session motivational intervention to stop ethanol use during pregnancy. *Drug Alcohol Depend.* 2016 Jan 1;158:45-51. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.10.028. Epub 2015 Nov 4. PMID: 26589976.
15. Istituto Superiore di Sanità, Epicentro. Sistema di Sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute del bambino. <https://www.epicentro.iss.it/sorveglianza02anni/>.
16. Bazzo S, Riscica P, Moino G, et al., La prevenzione del consumo di alcol in gravidanza: un percorso di ricerca-azione attuato dai professionisti sanitari, AULSS 9 Treviso (2008-2011). *Not Ist Super Sanità.* 2013; 26(3): i-ii.
17. World Health Organization "Prevention of harm caused by alcohol exposure in pregnancy", 2016, ISBN: 9789289051644.
18. Chudley A, Conry J, Cook J, Loock C, Rosales T, LeBlanc N. Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. *CMAJ.* 2005. 1; 172(5 Suppl): S1-S2
19. Bertrand J, Floyd RL, Weber MK, O'Connor ML, Riley EP, Johnson KA, Cohen DE. National Task Force on Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effect. *Fetal Alcohol Syndrome: guidelines for referral and diagnosis.* Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2004.

**Roberto Biagiotti**, Responsabile SOSA Diagnosi Prenatale e dei Difetti Congeniti – Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer, Firenze.

## **RUOLO DELL'ECOGRAFIA NELLA DIAGNOSI PRENATALE DELLO SPETTRO DEI DISORDINI FETO-ALCOLICI (FASD)**

### **Riassunto**

Il consumo di alcol in gravidanza può determinare uno spettro di deficit fisici, cognitivi e comportamentali noto come FASD (fetal alcohol spectrum disorders).

Il sospetto diagnostico prenatale di FASD in un feto esposto all'alcol deriva da una serie di valutazioni ecografiche biometriche e morfologiche. I segni ecografici potenzialmente utilizzabili in epoca prenatale sono rappresentati da dismorfismi faciali (la presenza di un filtro lungo e bombato e di un lieve retrognatismo sono stati occasionalmente descritti, ma nella maggior parte dei casi questi segni non vengono rilevati); restrizione di crescita fetale; anomalie strutturali del sistema nervoso centrale (microcefalia); anomalie strutturali in altri organi e apparati come cuore (anomalie conotruncali, in particolare la tetralogia di Fallot), reni, apparato gastroenterico e fegato.

Tuttavia, la presenza di segni ecografici è dimostrabile in una piccola percentuale di feti esposti all'alcol e resta ancora da definire il valore predittivo dell'ecografia prenatale nell'individuare tra i feti esposti, quelli a rischio per esiti neuroevolutivi alcol-correlati.

### **Parole Chiave**

Spettro dei Disordini Feto-Alcolici, alcol, ecografia, esposizione prenatale all'alcol, basso peso alla nascita

### **Abstract**

Drinking alcohol during pregnancy can lead to a spectrum of physical, cognitive and behavioral deficits known as FASD (fetal alcohol spectrum disorders).

The prenatal suspicion of FASD in a fetus exposed to alcohol derives from a series of biometric and morphological ultrasound assessments. The ultrasound features potentially detectable in prenatal diagnosis are represented by facial dysmorphisms (the presence of a smooth philtrum and a slight retrognathism have occasionally been described); fetal growth restriction; structural abnormalities of the central nervous system (microcephaly can be considered a proxy of brain development); structural abnormalities in other organs and systems such as the heart (a significant association with conotruncal anomalies was highlighted, in particular the tetralogy of Fallot), kidneys, gastrointestinal tract and liver. However, the presence of ultrasound signs is evident in a small percentage of fetuses exposed to alcohol and the predictive value of prenatal ultrasound in identifying among the exposed fetuses those at risk for alcohol-related neurodevelopmental disorders remains to be defined.

### **Key Words**

Fetal alcohol spectrum disorders, alcohol, ultrasound, prenatal alcohol exposure, low birth weight

Gli effetti dell'assunzione di alcol sul feto in via di sviluppo furono descritti per la prima volta nel 1968 da un pediatra francese, Paul Lemoine, a seguito dell'analisi di 127 bambini nati da madri che avevano fatto uso di alcol durante la gravidanza e 66 di questi furono seguiti fino all'età di 16 anni [1]. Il suo lavoro però, non venne riconosciuto a livello internazionale fino al 1985. Ad oggi l'alcol è riconosciuto come uno di più comuni teratogeni a cui il feto possa essere esposto [2].

Il consumo di alcol in gravidanza può determinare uno spettro di deficit fisici, cognitivi e comportamentali noto come FASD (fetal alcohol spectrum disorders). La forma più grave, FAS, comprende anomalie morfologiche come microcefalia e dismorfismi faciali (rime palpebrali corte, labbro superiore sottile, solco nasolabiale esteso e appiattito), ma anche restrizione di crescita fetale e ritardo mentale, si ritiene infatti che l'alcol rappresenti la causa prevenibile più frequente di ritardo mentale [3-5].

Si stima che circa il 5-10% delle gravidanze siano esposte a rischio da assunzione di alcolici [6]. Uno studio multicentrico italiano condotto nel 2010 in sette reparti di neonatologia, mediante la determinazione di metaboliti dell'etanolo (etilesteri di acidi grassi: FAEEs ed etilglicuronide: EtG) nel meconio, ha evidenziato come il 7,9% di neonati fossero stati esposti a tale sostanza in epoca prenatale [7]. Inoltre, la prevalenza di FAS è stata stimata tra 3,7 e 7,4 per mille nati (in USA 0,5-2/1000) e di FASD tra il 20 e il 40 per mille in uno studio retrospettivo italiano riguardante 543 bambini della scuola primaria del Lazio [8].

Per comprendere gli effetti dell'alcol sul feto occorre considerare alcune peculiarità circa la farmacocinetica dell'etanolo nell'unità materno-fetale [9,10]. L'etanolo diffonde attraverso la placenta e si distribuisce rapidamente nel compartimento fetale con il raggiungimento di livelli alcolemici simili a quelli materni dopo 15 minuti dall'assunzione [11-13]. Tale passaggio transplacentare sembra essere maggiore presso il termine di gravidanza in relazione al progressivo deterioramento della barriera ematoplacentare.

Inoltre è stato dimostrato come l'alcol abbia un effetto prolungato sul feto a causa della capacità di eliminazione fetale che risulta più lenta, circa il 3-4% di quella materna [14], della ridotta concentrazione degli enzimi metabolici [15] (i livelli di CYP2E1 sono relativamente bassi durante la gravidanza e aumentando gradualmente raggiungono il 30-40% dei livelli epatici nell'adulto a circa 1 anno di vita) e dell'effetto serbatoio del liquido amniotico dove il livello di alcol si innalza più lentamente rispetto all'alcolemia fetale, ma persiste anche dopo la sua scomparsa dalla circolazione [12].

Occorre sottolineare come le medesime dosi di alcol non determinino gli stessi esiti, invero feti esposti a dosi più elevate possono dimostrare conseguenze meno severe rispetto quelli esposti a dosi più basse o ad un timing diverso nel corso della gravidanza. Svariati elementi contribuiscono al complesso fenotipo dei disordini feto-alcolici come la suscettibilità genetica, il timing ed il pattern di consumo, la quantità di alcol assunta così come il metabolismo e la tolleranza materna. Devono

essere inoltre considerati gli effetti di altri fattori ambientali quali lo stato nutritivo, il fumo e l'assunzione di altre sostanze [16]. Studi su modelli animali hanno evidenziato come la gravità del danno fetale sia determinata dal picco di concentrazione alcolemica piuttosto che dal livello medio, supportando l'ipotesi che una dose giornaliera ridotta somministrata secondo un regime binge-like si traduca in un peso cerebrale inferiore e una maggiore morte cellulare rispetto ad una dose maggiore somministrata in regime non-binge. Pertanto, l'assunzione di etanolo in regime binge-like sembra essere più dannosa rispetto a dosi maggiori consumate per periodi più lunghi, in quanto comporta picchi più elevati in intervalli di tempo minori [17-19].

La diagnosi postnatale di FASD è un processo complesso, che richiede un approccio strutturato multidisciplinare da parte di un team di esperti con varie, ma complementari, competenze ed esperienze [4]. In epoca prenatale le difficoltà risultano ancora maggiori per una serie di elementi. In primo luogo, non è possibile valutare l'aspetto neuroevolutivo, che rappresenta la manifestazione primaria dell'effetto teratogeno dell'alcol e anche la più sensibile all'esposizione prenatale. Inoltre, accertare il consumo di alcol materno in gravidanza è complicato dal fatto l'ammissione di tale abitudine comporta un importante senso di colpa, per tale ragione sono stati sviluppati specifici strumenti di screening per le donne in gravidanza quali TWEAK (Tolerance Worried Eye-Opener Amnesia Cut-Down) [20] e AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) [21]. Tra il 2016 e il 2017 in Olanda circa 700 donne furono sottoposte ad un prelievo ematico nel primo trimestre per il dosaggio di fosfatidiletanolo (un biomarcatore documentabile a livello sierico fino a due settimane dopo il consumo anche di una sola unità alcolica) e contemporaneamente venne loro chiesto se assumevano alcol. Questo studio evidenziò come il 5,3% delle donne risultasse positiva al test ma di queste l'89% non ne dichiarava il consumo [22]. Infine, non è possibile prescindere dal fatto che la valutazione del feto avvenga in maniera indiretta e mediata dall'ecografia [23-25]. Le difficoltà legate alla diagnosi ecografica derivano da diversi fattori: innanzitutto esiste una variabilità fenotipica sia interindividuale che nello stesso soggetto in relazione anche al trascorrere del tempo; pertanto, il fenotipo fetale può essere diverso da quello post-natale. A questa si aggiungono l'aspecificità e l'eterogeneità del difetto evidenziabile ecograficamente, ossia il fatto che lo stesso fenotipo possa riconoscere cause diverse. Infatti, esistono almeno una decina di condizioni le cui caratteristiche fenotipiche sono comuni alla FAS ma riconoscono cause genetiche o ambientali, come la sindrome di Aarskog, la sindrome di Bloom, sindrome di Noonan, microdelezione del cromosoma 22, embriopatia da fenilalanina ed esposizione ad alcuni farmaci antiepilettici [26]. Esistono inoltre diversi segni che non possono essere individuati ecograficamente come la presenza del solco palmare a forma di mazza da hockey caratteristico della FAS.

Il sospetto diagnostico prenatale di FASD in un feto esposto all'alcol deriva da una serie di valutazioni ecografiche biometriche e morfologiche. Tenendo conto dei criteri a nostra disposizione

per la diagnosi post-natale di FASD [4], i segni ecografici potenzialmente utilizzabili in epoca prenatale sono rappresentati dai seguenti:

- 1) Dismorfismi faciali
- 2) Restrizione di crescita fetale
- 3) Anomalie strutturali a carico del sistema nervoso centrale
- 4) Anomalie strutturali in altri organi e apparati (cuore, reni, apparato gastroenterico, fegato).

### **Dismorfismi faciali**

I principali dismorfismi faciali descritti nella FASD sono rappresentati dalla presenza di una fessura palpebrale corta (inferiore al 10° percentile), di un labbro superiore sottile e di un solco nasolabiale lungo e liscio [4,26]. Tali dismorfismi possono essere evidenti alla nascita, ma sono più facilmente evidenziabili in un'età compresa tra gli 8 mesi e gli 8 anni. Nell'età adulta i tratti somatici cranio-facciali caratteristici di un'esposizione fetale all'alcol non sono poi così facilmente riconoscibili ed in alcuni casi non sono assolutamente identificabili. In epoca prenatale sono stati occasionalmente descritti alcuni dismorfismi faciali quali la presenza di un filtro lungo e bombato e di un lieve retrognatismo, ma nella maggior parte dei casi questi segni non vengono rilevati.

### **Restrizione di crescita fetale**

Gli effetti dell'alcol sulla crescita fetale sono stati oggetto di numerosi studi con risultati spesso inconclusivi o inconciliabili. Henderson, in una revisione della letteratura sugli effetti del consumo di livelli bassi (12-24g/settimana) e moderati (<84g/settimana) di alcol in gravidanza, ha evidenziato come molti studi non prendano in considerazione fattori confondenti quali il fumo o l'etnia. Negli studi che riportano un'associazione significativa la direzione di tale associazione è contraddittoria. Due studi dimostrano un incremento del rischio mentre quattro studi riportano addirittura un effetto protettivo per bassi livelli di alcol. Anche nel caso di una esposizione a livelli elevati i risultati sono contrastanti, metà degli studi riporta un'associazione significativa mentre l'altra metà non la evidenzia [27].

Uno studio più recente, pubblicato nel 2009 e condotto retrospettivamente su circa 4700 donne, che avevano compilato un questionario dopo il parto, ha evidenziato l'assenza di un incremento significativo del rischio di feti SGA (piccoli per età gestazionale) in seguito all'assunzione di alcol in gravidanza, anche a dosi elevate, se tenuto conto di fattori confondenti quali il fumo [28].

Un interessante studio del 2016 ha valutato le traiettorie di crescita post-natale in nati da madri forti consumatrici di alcol. Gli autori hanno seguito i soggetti fino all'età di 13 anni, anche sul piano neuroevolutivo. È emerso che il 55% dei nati fossero piccoli alla nascita (correggendo il dato anche per i fattori confondenti). Tra questi circa il 42% restava piccolo anche a 13 anni, mentre gli altri

mostravano un recupero della crescita. È stato evidenziato che chi rimaneva piccolo era stato esposto ad una maggiore quantità di alcol in utero; l'esposizione risultava intermedia per quelli con recupero di crescita e più bassa per i nati con peso appropriato. In parallelo, gli effetti sullo sviluppo neurocognitivo erano maggiori per il primo gruppo, intermedi per il secondo e più lievi per il terzo. Si può quindi rilevare come la traiettoria di crescita post-natale sembri un biomarker della gravità di esposizione all'alcol in utero [29].

### **Sistema Nervoso Centrale**

Tra le anomalie strutturali del sistema nervoso centrale, la microcefalia può essere considerata un proxy dello sviluppo encefalico [30,31]. Si tratta però di una condizione progressiva e nella maggior parte dei casi la diagnosi prenatale non è possibile neanche in caso di esposizione prenatale all'alcol. Circa l'80% dei bambini affetti da microcefalia ha una circonferenza cranica normale alla nascita e il 90% dei neonati con microcefalia ha una normale CC al secondo trimestre, pertanto i casi diagnosticati in utero rappresentano un'eccezione.

Un ampio studio epidemiologico ha valutato l'associazione tra circonferenza cranica neonatale e consumo di alcol nelle fasi precoci della gravidanza. Tale studio è stato condotto in Norvegia su oltre 68000 coppie di genitori raccogliendo informazioni circa il consumo di alcol prima e durante il primo trimestre di gravidanza, oltre a quelle riguardanti numerosi fattori confondenti quali: età della coppia, grado di scolarizzazione, livello socioeconomico, diabete materno (pregravidico o gestazionale), parità, etnia, BMI, fumo e droghe. Ebbene, non è stata dimostrata un'associazione significativa tra consumo materno di alcol e CC, nemmeno a dosi elevate (5 unità), mentre è emersa una possibile associazione tra consumo paterno di alcol prima della gravidanza e microcefalia. Questo può essere determinato da mutazioni indotte dall'alcol nel DNA spermatico o da difetti di metilazione di regioni soggette ad imprinting normalmente ipermetilate [32].

Uno studio ecografico pilota longitudinale prospettico condotto su 84 gestanti che assumevano alcol (consumo da moderato a severo) e 82 gestanti come gruppo di controllo, ha evidenziato come nel secondo e terzo trimestre di gravidanza la distanza fronto-talamica (FTD) risultasse significativamente inferiore nelle consumatrici, mentre altri parametri come la CC e il diametro trasverso del cervelletto (TCD) non differivano significativamente [33]. Gli stessi Autori, sette anni più tardi, hanno pubblicato un altro studio dal quale emergeva come, tra i feti esposti, quelli con un basso score neuroevolutivo (valutato a 12 mesi attraverso la Scala Bayley-II) avevano una FTD significativamente più bassa ed una distanza interorbitale (IOD) più elevata. Peraltro, come riportato dagli autori, la differenza media osservata tra i parametri risultava molto piccola (1-2mm) rendendo difficile il loro utilizzo nella pratica clinica [24].

Uno studio italiano più recente (2019) ha valutato ecograficamente alcuni parametri biometrici fetali dell'encefalo (FTD, TCD, CC) e della faccia (IOD, distanza binoculare BOD) in un gruppo di 15



gestanti al secondo trimestre risultate positive al dosaggio dell'EtG urinario, un metabolita diretto dell'alcol che può essere evidenziato nelle urine fino a 3-4 giorni dopo l'eliminazione dell'alcol dall'organismo, ed un gruppo di controllo EtG negativo. Questo studio ha evidenziato anziché una riduzione un incremento significativo della FTD e un aumento della IOD, mentre gli altri parametri cranici non mostravano differenze significative [25].

Diversi studi animali hanno evidenziato che il corpo calloso in via di sviluppo è particolarmente suscettibile agli effetti dell'esposizione all'alcol in epoca prenatale [33]. L'agenesia del corpo calloso è un'anomalia rara (1:4000) per cui, per dimostrare un aumento significativo della sua incidenza rispetto ai non esposti, sono necessari decine di migliaia di casi. Uno studio RM su 32 neonati di madri con consumo elevato di alcol (14 drinks/settimana) ha evidenziato una ipoplasia del corpo calloso rispetto ai controlli [34]. Attualmente però non esistono studi ecografici che abbiano valutato la biometria del corpo calloso in feti esposti all'alcol.

### **Anomalie strutturali in altri organi e apparati**

#### **Cuore**

Una recente metanalisi riguardante 55 studi ha valutato l'associazione tra il consumo di alcol materno e paterno ed il rischio di cardiopatie congenite. In entrambi i casi è stato evidenziato un incremento significativo del rischio di circa 1,2 - 1,4 volte. Per quanto riguarda la tipologia di anomalia cardiaca un'associazione significativa è stata evidenziata tra consumo materno e anomalie conotruncali in particolare la tetralogia di Fallot [35].

#### **Reni, Apparato Gastroenterico, Fegato**

Una revisione sistematica della letteratura che ha valutato l'associazione tra alcol e presenza di anomalie a carico di questi organi, non ha evidenziato un difetto specifico associato o un incremento significativo dell'incidenza rispetto alla popolazione generale. Per quanto riguarda il fegato sono stati individuati 8 casi di iperbilirubinemia in una popolazione di 15 soggetti, a livello renale sono stati evidenziati 8 casi di ipoplasia/agenesia e 4 di idronefrosi su 106 nati. Pertanto i dati a disposizione non supportano un possibile rapporto fra i difetti strutturali evidenziati e la diagnosi di FASD [36]. Saranno necessari ulteriori studi più ampi per valutarne l'associazione.

### **CONCLUSIONI**

La presenza di segni ecografici è dimostrabile in una piccola percentuale di feti esposti all'alcol. Inoltre, resta ancora da definire il valore predittivo dell'ecografia prenatale nell'individuare tra i feti esposti, quelli a rischio per esiti neuroevolutivi alcol-correlati.

## **Per Corrispondenza**

**Biagiotti Roberto**, Responsabile SOSA Diagnosi Prenatale e dei Difetti Congeniti – Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer, Firenze. E- mail roberto.biagiotti@meyer.it

## **Bibliografia**

1. Lemoine P, Harousseau H, Borteyru JP MJ. Les enfants des parents alcooliques: anomalies observees a propos de 127 cas. *Ouest Med.*, 21:476–82, 1968
2. Peadon E, O'Leary C, Bower C, Elliott E. Impacts of alcohol use in pregnancy: The role of the GP. *Aust Fam Physician.*, 36(11):935–9, 2007
3. Jones KL, Smith DW, Ulleland CN, Streissguth AP. Pattern of Malformation in Offspring of Chronic Alcoholic Mothers. *Lancet.*, 301:1267–71, 1973
4. Hoyme HE, Kalberg WO, Elliott AJ, Blankenship J, Buckley D, Marais A-S, et al. Updated Clinical Guidelines for Diagnosing Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Pediatrics.*, 138(2):e20154256–e20154256, 2016
5. De Sanctis L, Memo L, Pichini S, Tarani L, Vagnarelli F. Fetal alcohol syndrome: New perspectives for an ancient and underestimated problem. *J Matern Neonatal Med.*, 24(SUPPL. 1):34–7, 2011
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Alcohol use and binge drinking among women of childbearing age—United States, 2006-2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*;61(28):534–8, 2012
7. Pichini S, Marchei E, Vagnarelli F, Tarani L, Raimondi F, Maffucci R, et al. Assessment of Prenatal Exposure to Ethanol by Meconium Analysis: Results of an Italian Multicenter Study. *Alcohol Clin Exp Res.*;36(3):417–24, 2012
8. May PA, Fiorentino D, Phillip Gossage J KW, Eugene Hoyme H, Robinson LK, Coriale G, Jones KL D, Campo M, Tarani L, Romeo M, Kodituwakku PW D, L, Buckley D CM. Epidemiology of FASD in a province in Italy: Prevalence and characteristics of children in a random sample of schools. *Alcohol Clin Exp Res.*;30:1562–75, 2006
9. Gupta KK, Gupta VK, Shirasaka T. An Update on Fetal Alcohol Syndrome—Pathogenesis, Risks, and Treatment. *Alcohol Clin Exp Res.*;40(8):1594–602, 2016
10. Almeida L, Andreu-Fernández V, Navarro-Tapia E, Aras-López R, Serra-Delgado M, Martínez L, et al. Murine Models for the Study of Fetal Alcohol Spectrum Disorders: An Overview. *Front Pediatr.*;8(July):1-27, 2020
11. Idänpään-Heikkilä J, Jouppila P, Åkerblom HK, Isoaho R, Kauppila E, Koivisto M. Elimination and metabolic effects of ethanol in mother, fetus, and newborn infant. *Am J Obstet Gynecol.*;112(3):387–93, 1972

12. Brien JF, Loomis CW, Tranmer J, McGrath M. Disposition of ethanol in human maternal venous blood and amniotic fluid. *Am J Obstet Gynecol.*;146(2):181–6, 1983
13. Brien JF, Clarke DW, Richardson B, Patrick J. Disposition of ethanol in maternal blood, fetal blood, and amniotic fluid of third-trimester pregnant ewes. *Am J Obstet Gynecol.*;152(5):583–90, 1985
14. Heller M, Burd L. Review of ethanol dispersion, distribution, and elimination from the fetal compartment. *Birth Defects Res Part A - Clin Mol Teratol.*;100(4):277–83, 2014
15. Zelner I, Koren G. Pharmacokinetics of ethanol in the maternal-fetal unit. *J Popul Ther Clin Pharmacol.*;20(3):259–65, 2013
16. Kaminen-Ahola N. Fetal alcohol spectrum disorders: Genetic and epigenetic mechanisms. *Prenat Diagn.*;40(9):1185–92, 2020
17. Kelly SJ, Pierce DR, West JR. Microencephaly and hyperactivity in adult rats can be induced by neonatal exposure to high blood alcohol concentrations. *Exp Neurol.*;96(3):580–93, 1987
18. Pierce DR, West JR. Differential deficits in regional brain growth induced by postnatal alcohol. *Neurotoxicol Teratol.*;9(2):129–41, 1987
19. Bonthius DJ, West JR. Alcohol-Induced Neuronal Loss in Developing Rats: Increased Brain Damage with Binge Exposure. *Alcohol Clin Exp Res.*;14(1):107–18, 1990
20. Russell M. New Assessment Tools for Risk Drinking During Pregnancy TACE, TWEAK, and Others. *Alcohol Heal Res World.*;18(1):55–61, 1994
21. Babor TF, De La Fuente JR, Saunder J G. AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary health care. World Heal Organ. 1992
22. Breunis LJ, Wassenaar S, Sibbles BJ, Aaldriks AA, Bijma HH, Steegers EAP, et al. Objective assessment of alcohol consumption in early pregnancy using phosphatidylethanol: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.*;21(1):1–7, 2021
23. M. Kfir, L. Yevtushok, S. Onishchenko, W. Wertelecki, L. Bakhireva Cd, Chambers Klj And Adh. Can prenatal ultrasound detect the effects of in-utero alcohol exposure? A pilot study. *Ultrasound Obs Gynecol.*;33(6):683–9, 2009
24. A. C Montag, A. D Hull, L. Yevtushok, N. Zymak-Zakutnya, Z. Sosyniuk, V.Dolhov, MD4, K. Lyons Jones, W. Wertelecki, C D Chambers, and the CIFASD. Second trimester ultrasound as a tool in early detection of fetal alcohol spectrum disorders (FASD). *Alcohol Clin Exp Res.*;40(11):2418-2425, 2016
25. Ferraguti G, Merlino L, Battagliese G, Piccioni MG, Barbaro G, Carito V, et al. Fetus morphology changes by second-trimester ultrasound in pregnant women drinking alcohol. *Addict Biol.*;25(3):1–1, 2019
26. Denny LA, Coles S, Blitz R. Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Am Fam Physician.*;96(8):515–22, 2017

27. Henderson J, Gray R, Brocklehurst P. Systematic review of effects of low-moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.*;114(3):243–52, 2007
28. O’Leary CM, Nassar N, Kurinczuk JJ, Bower C. The effect of maternal alcohol consumption on fetal growth and preterm birth. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.*;116(3):390–400, 2009
29. Carter RC, Jacobson JL, Moltano CD, Dodge NC, Meintjes EM, Jacobson SW. Fetal alcohol growth restriction and cognitive impairment. *Pediatrics.*;138(2)1-9, 2016
30. Cooke RWI, Lucas A, Yudkin PLN, Pryse-Davies J. Head circumference as an index of brain weight in the fetus and newborn. *Early Hum Dev.*;1(2):145–9, 1977
31. Broekman BFP, Chan YH, Chong YS, Quek SC, Fung D, Low YL, et al. The influence of birth size on intelligence in healthy children. *Pediatrics.*;123(6):5–7, 2009
32. Zuccolo L, DeRoo LA, Wills AK, Smith GD, Suren P, Roth C, et al. Pre-conception and prenatal alcohol exposure from mothers and fathers drinking and head circumference: Results from the Norwegian Mother-Child Study (MoBa). *Sci Rep.*;7(July):1–12, 2016
33. Norman AL, Crocker N, Mattson SN, Riley EP. Neuroimaging and fetal alcohol spectrum disorders. *Dev Disabil Res Rev.*;15(3):209–217, 2009
34. Jacobson SW, Jacobson JL, Moltano CD, Warton CMR, Wintermark P, Hoyme HE, et al. Heavy Prenatal Alcohol Exposure is Related to Smaller Corpus Callosum in Newborn MRI Scans. *Alcohol Clin Exp Res.*;41(5):965–75, 2017
35. Zhang S, Wang L, Yang T, Chen L, Zhao L, Wang T, et al. Parental alcohol consumption and the risk of congenital heart diseases in offspring: An updated systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol.*;27(4):410–21, 2020
36. Hofer R, Burd L. Review of published studies of kidney, liver, and gastrointestinal birth defects in fetal alcohol spectrum disorders. *Birth Defects Res Part A - Clin Mol Teratol.*;85(3):179–83, 2009

**Laura Calviani**, Dirigente medico, Referente Alcologia UFS SERD C  
**Marianna Galaverni**, Assistente Sociale Progetto Arcobaleno  
**Luca Maggiorelli**, Responsabile programma Progetto Arcobaleno  
**Ilaria Magini**, Educatrice Professionale Alcologia UFS SERD C  
**Benedetta Moschitta**, Educatrice Professionale Progetto Arcobaleno  
**Bianca Pananti**, Psicologa-Psicoterapeuta Progetto Arcobaleno  
**Donatella Stecchini**, Infermiera professionale Alcologia UFS SERD C  
**Maria Grazia Torrenti**, Istruttrice di Yoga Progetto Arcobaleno  
**Adriana Iozzi**, Direttrice UFS SERD C-UFC SERD

## **UN PROGRAMMA INTENSIVO E BREVE RIVOLTO ALLE DONNE CON DISTURBO DA USO DI ALCOL (DUA): UN'ESPERIENZA DI INTEGRAZIONE RESIDENZIALE-AMBULATORIALE E PUBBLICO-PRIVATO SOCIALE A FIRENZE**

### **Riassunto**

Il programma intensivo breve rivolto alle donne con Disturbo da Uso di Alcol è un progetto sperimentale finanziato con fondi della Regione Toscana che vede l'integrazione di Pubblico e Privato sociale.

Unisce il concetto di residenzialità breve e intensiva con la specificità di un programma rivolto al genere femminile. Si articola in 3 fasi fondamentali: la prima fase, semiresidenziale, prevede la frequenza presso Il Centro Diurno Alcolologico della UFS SERD C Firenze, della durata di quattro settimane, la seconda fase della residenzialità vera e propria della durata di quattro mesi ed il follow up della durata di 6 mesi con un trattamento territoriale e ambulatoriale di prevenzione delle ricadute.

Gli obiettivi principali del programma sono rappresentati dall'affrancamento dalla sostanza, e dal mantenimento dell'astensione attraverso un lavoro personale di consapevolezza del legame con la sostanza, l'aggancio e il legame con i gruppi di Auto Aiuto sul territorio, un lavoro di mappatura sociale per individuare precocemente le risorse che possano rappresentare una rete intorno alle pazienti.

Tale programma inoltre individua e dedica particolare attenzione alle caratteristiche di genere dell'alcol dipendenza al femminile.

### **Parole Chiave**

Medicina di genere, alcolismo femminile, trattamenti residenziali brevi

### **Abstract**

The short intensive program, aimed at women with Alcohol Use Disorder, is an experimental project financed with funds from the Tuscany Region which sees the integration of public and private social sectors.

It combines the concept of short and intensive residency with the specificity of a program aimed at the female gender. It is divided into 3 fundamental phases: the first semi-residential phase involves attendance at the Daytime Alcoholic Center of UFS SERD C Florence and lasts four weeks, the second phase of actual residency lasts four months, and the follow-up consisting of regional outpatient treatment for relapse prevention lasts 6 months.

The main aims of the program are represented by the withdrawal from the substance, the maintenance of abstinence through a personal work of awareness of the bond with the substance, the engagement with local self-help groups, and the work of social mapping to identify ahead of time the resources that can represent a network around patients.

Finally, this program also identifies and pays particular attention to the gender characteristics of female alcohol addiction.

### **Key Word**

Gender medicine, female alcoholism, short residencies

*“All’inizio dovettero passare quattro interi anni prima che AA portasse ad una sobrietà stabile anche una sola donna alcolista. Come gli alcolisti che non avevano toccato il fondo, le donne dicevano di essere diverse: AA non faceva per loro. Ma quando fu migliorata la comunicazione, in massima parte grazie alle donne stesse, il quadro cambiò “*

*(Tratto da: Il linguaggio del Cuore, pag. 376 dalla Letteratura di Alcolisti Anonimi)*

Il programma intensivo residenziale per donne alcolodipendenti nasce come progetto finanziato dalla Regione Toscana (fondi CEART) e come iniziativa che vede l'azione integrata di Azienda Sanitaria Toscana Centro-Firenze (Pubblico) con l'Associazione Arcobaleno di Firenze (Privato sociale). Il concetto di residenzialità breve nasce intorno agli anni 2000 come evoluzione del concetto di comunità di vita fondata sull'idea che la vita stessa comunitaria attraverso l'interazione continua tra utenti e personale rappresentava lo strumento del cambiamento. Successivamente, a causa del cambiamento dell'utenza, delle sue caratteristiche socio-familiari e delle modalità di addiction ha reso necessaria la costituzione di tipologie di programmi diversi più brevi e in collegamento stretto con il territorio [1]. Quindi una comunità non più totalizzante ma che si confronti con i Servizi ed i gruppi di Auto-Aiuto [2] rivolta a soggetti non ancora deteriorati dal punto di vista sociale e personale. Analizzando la letteratura inoltre vediamo come, mentre non sembra esserci differenza per quanto riguarda gli esiti nel lungo termine tra trattamento ambulatoriale e residenziale, sembra invece mostrare risultati interessanti il trattamento residenziale ed ambulatoriale rispetto al trattamento solo ambulatoriale [3].

Il nostro progetto si inserisce dunque in questo filone e nasce, rivolto esclusivamente agli uomini alcolodipendenti, nel 2014. Dati gli esiti efficaci, negli anni era aumentata progressivamente la richiesta di un analogo intervento intensivo e breve indirizzato alle donne.

Cause logistiche e di organizzazione non consentivano l'inserimento di donne nella stessa struttura residenziale e, in aggiunta, precedenti esperienze residenziali a carattere misto tra i due generi, avevano generato difficoltà per la gestione di rapporti preferenziali che si venivano a creare e che, distogliendo l'attenzione dall'obiettivo della recovery, soprattutto nel contesto di un periodo residenziale così breve, avrebbero inficiato il programma stesso.

In realtà durante la progettazione di un programma indirizzato alle donne, l'equipe dedicata sviluppò progressivamente la consapevolezza sulle nuove opportunità che, invece, un programma rivolto ai DUA al femminile poteva riservare.

Spesso ci siamo chiesti se l'approfondimento della Medicina di genere che vede coinvolti ormai tanti operatori ed operatrici sanitari/e non meritasse di essere allargato anche per quanto riguardava i DUA. Infatti, non tenere conto delle differenze di genere anche nell'ambito delle Dipendenze rischia, al solito, di rendere questo campo differente rispetto ad altri campi della sanità e di privarlo della dignità che invece gli compete.

E in effetti l'esperienza del progetto residenziale rivolto alle donne ci ha confermato che le nostre ipotesi erano corrette: le differenze ci sono, eccome: sia nella manifestazione della malattia in acuto e in cronico, sia nella sua storia naturale, nelle patologie correlate e nella loro relativa sorveglianza. Da qui l'esigenza di valutare parametri trattamentali diversi, di dedicare programmi residenziali mirati alla specificità di genere e specifici programmi di prevenzione delle ricadute.

Quanto sopra in realtà è quello che fanno tutti i servizi che si occupano di dipendenze: individualizzare i programmi, cioè modellarli sulla base delle caratteristiche individuali del paziente. Ma ancora mostriamo timidezza ad autorizzarci alla strutturazione teorica di un programma differenziato per il genere femminile rispetto ai programmi standardizzati e che, per forza di cose, sono stati sempre costruiti su esigenze prevalentemente maschili essendo gli uomini dipendenti in numero almeno triplo rispetto alle donne affette da dipendenza

### **Le Fasi Del Programma**

Il programma si articola in tre fasi:

#### **1° FASE- semiresidenziale**

prevede l'inserimento presso il **Centro di Osservazione e Diagnosi semiresidenziale "LA FORTEZZA"** del Servizio Alcolologico UFS SERD C, Firenze. Durante questa fase, della durata di quattro settimane, l'equipe multidisciplinare accoglie la paziente e provvede alla

- 1) disintossicazione fisica e al ricompensamento alcolologico attraverso l'utilizzo di presidi farmacologici atti a curare o prevenire la SAA e/o ad alleviare il craving. Inoltre, sono previsti anche trattamenti farmacologici a supporto del distress causato dall'iniziale allontanamento dalla sostanza. Infine, vengono effettuati una serie di accertamenti sulla base della valutazione clinica orientati a diagnosticare eventuali patologie organiche
- 2) misurazione e valutazione della motivazione al trattamento attraverso la somministrazione di questionari specifici (MAC).
- 3) Counselling quotidiano sul craving e sulle modalità di fronteggiamento.

La frequenza del Centro Diurno spesso rappresenta la prima occasione per concentrarsi su di sé e per cominciare a darsi valore, spazio, tempo. L'iniziale affrancamento dalla sostanza viene sostenuto

attraverso attività prevalentemente gruppali che si avvalgono di strumenti cognitivi quali un approccio teorico-educativo all'addiction grazie al quale è possibile comprendere i meccanismi che si ripetono e modificarli, l'utilizzo di cineforum focalizzato sul tema, il confronto e la condivisione con donne alcoliste in fase di recovery, attività che favoriscono il "rispecchiamento" e l'attivazione della corteccia orbitofrontale, che, come è noto, rappresenta un elemento imprescindibile per la gestione degli impulsi. Le pazienti vengono dunque accompagnate nell'individuazione del legame con la sostanza e come questa venga vissuta come necessaria per rimanere nel contesto quotidiano. Il passaggio attraverso il corpo è un'attività imprescindibile per un programma rivolto alle donne che più degli uomini utilizzano il corpo come strumento di comunicazione e come contenitore di emozioni confuse e non elaborate e portatrici di sintomi [4]. L'attività di percezione corporea istruisce sull'attenzione al respiro come strumento per regolare l'arousal, alla postura, al radicamento a terra, alla percezione dei movimenti nello spazio [6]. L'attività sul corpo così come quelle sopraindicate saranno riprese ed approfondite nella successiva fase residenziale

Durante le quattro settimane viene effettuata una iniziale valutazione psicodiagnostica che prevede tre colloqui e si avvale di questionari come l'ABQ Addictive Behaviour Questionnaire (questionario di autovalutazione sulle dipendenze con focus specifico su alcolismo, gioco d'azzardo patologico, internet addiction) [6] e il Pid-5, inventario di personalità riferito al DSM5.

Attraverso questi strumenti l'equipe compie la valutazione necessaria per la fase successiva, e si iniziano a costruire i primi macro-obiettivi di quest'ultima: l'individuazione e la ricostruzione di una rete socio-familiare ed il collegamento con i gruppi di auto-aiuto territoriali. È già dal Centro Diurno Alcolologico che infatti, a seconda delle caratteristiche della paziente, viene individuato per lei il gruppo territoriale di riferimento: Alcolisti Anonimi o Il Club Alcolisti in Trattamento.

La **seconda** fase è quella della **residenzialità vera e propria**, della durata di quattro mesi prorogabile fino a sei, che si svolge in una struttura ubicata a Borgo San Lorenzo- in provincia di Firenze e che può ospitare fino ad un massimo di quattro donne. L'equipe multidisciplinare dedicata è composta da educatori, assistente sociale, psicologa, insegnante di yoga e da una rete di volontarie.

### **Attività educative-riabilitative**

Le attività quotidiane come la cura e la condivisione degli spazi offrono la possibilità di osservare le utenti e restituire a loro le riflessioni fatte. Nella convivenza le dinamiche tra le donne ospiti vengono messe in evidenza nelle loro criticità e in particolar modo emerge una tendenza a polarizzare i vari aspetti della quotidianità. Si concentra dunque l'attenzione su alcune aree particolarmente sensibili in cui le donne possono tra loro rispecchiarsi uscendo dalla dinamica duale giusto/sbagliato, buono/cattivo, vero/falso promuovendo l'ampliamento degli orizzonti di pensiero. Il lavoro riabilitativo



all'interno del percorso si focalizza su alcune aree caratteristiche come la gestione del tempo, la cura di sé e della propria persona, l'attenzione e la dedizione alle relazioni interpersonali (sia all'interno che all'esterno dell'appartamento). La cura delle relazioni è infatti di fondamentale importanza per le donne.

La limitazione dello spazio fisico e il numero contenuto delle utenti gioca un ruolo interessante nello scegliere le attività da svolgere. Inoltre consente un dialogo aperto con la libertà di presentare proposte operative improntate sulla creatività, le abilità e le inclinazioni personali (pittura, collage, danza, teatro) che divengono oggetto di rielaborazione con gli operatori attraverso un processo di bottom-up, [7] ma anche lavori manuali quali maglia e uncinetto, cura delle piante, preparazioni di ricette culinarie, utili per la loro capacità di modulare gli stati di iperarousal, che soprattutto all'inizio, a causa dell'astinenza protratta e/o del craving vero e proprio, possono rappresentare motivo di crisi o addirittura di interruzione del programma. Le attività "top-down" sono rappresentate da un gruppo alcolologico quotidiano condotto dagli educatori durante il quale si approfondiscono i rapporti con la sostanza, gli "atteggiamenti alcolici", sia individuali che con i familiari e dal cineforum focalizzato sulla tematica delle dipendenze.

### **Lo Yoga**

Riprende e approfondisce il concetto di lavoro sul corpo. Van Der Kolk sostiene che se non si è consapevoli dei bisogni del corpo, non si può prendersene cura. Se non si sente la fame, non ci si può nutrire, se si scambia l'ansia per fame si può mangiare troppo; e che se non ci si sente sazi, si continua a mangiare. Gli stati emotivi sono impressi nel profilo chimico del corpo. Le pazienti con problematiche di alcolismo e in generale di dipendenza hanno bisogno di imparare che possono tollerare le loro sensazioni, di farsi amiche le esperienze interne e di esercitare nuovi modelli di azione. Essendo un importante strumento di sblocco emotivo è necessario iniziare lentamente. Infatti, le prime sedute prevedono passeggiate all'esterno per esercitare il respiro e prendere confidenza con le sensazioni. Successivamente vengono affrontate le varie posizioni incoraggiando a notare una qualsiasi tensione e anticipando per quanto tempo tale posizione sarà mantenuta. Nello yoga, dunque, si impara che le sensazioni aumentano, fino a raggiungere un picco, e poi decrescono: come succede per il craving. Il corpo istruirà la mente su questo e renderà l'esperienza rassicurante [8].

### **L'attività Psicoterapeutica**

È una psicoterapia sia individuale che di gruppo ad orientamento psicodinamico. Accanto al colloquio clinico nel quale si analizzano le dinamiche della dipendenza da alcol, si affiancano altre tecniche psicologiche: la scrittura autobiografica per la ricostruzione della storia alcolologica familiare ed individuale, il photo language, un lavoro con le immagini finalizzato all'elaborazione del trauma e alla

desensibilizzazione nei confronti della dipendenza, del role-playing per esercitare le capacità interrelazionali, esercizi di psicodramma moreniano per attivare i ruoli e contro-ruoli interpersonali. Premesso che l'approccio psicologico promosso è sempre finalizzato all'unicità dell'individuo, nel contesto della cura dell'alcol non possiamo non considerare le caratteristiche simboliche dell'appartenenza al genere femminile. I colloqui sono finalizzati alla rielaborazione dell'esperienza individuale con un focus particolare sull'alcol e su come la sostanza abbia danneggiato o non permesso il percorso di evoluzione personale. Il ruolo sociale della donna è costellato di stereotipi di genere con cui doversi confrontare che presuppongono una struttura dell'Io integra e consolidata nel tempo [9]. Le pazienti alcoliste riportano spesso esperienze di vita invalidanti in cui l'alcol ha avuto la funzione di stampella per poi divenire l'unico elemento di tipo affettivo ed emotivo di autosostegno. Nella maggioranza dei casi, il ricorrere al consumo di alcol viene narrato dalle utenti come un sollievo dai grandi carichi emotivi/traumatici dell'esistenza. Dall'ascolto delle storie nasce l'esigenza di approfondire l'esperienza al femminile e di come essa possa rappresentare uno spunto di arricchimento, anziché di negazione o omologazione alla cura del DUA.

Nel corso della nostra osservazione sono emersi temi di comunanza e reciprocità nelle esperienze vissute. Come è noto l'alcolismo al femminile viene agito perlopiù in solitudine e porta con sé un carattere di vergogna sociale e colpevolizzazione ben più spiccata rispetto alla media maschile. Viene posta attenzione sulla gestione della rabbia, che nelle donne si manifesta con aspetti di "sabotaggio" della propria vita e di quelle vicine e sulla richiesta di aiuto, che, anche in questo caso, risente molto dello stigma che il binomio donna-alcol si porta dietro. Il concentrarsi su questi argomenti permette la messa in discussione di una esistenza il più delle volte spesa in doveri sociali non corrispondenti all'autenticità dei propri bisogni. Il fine ultimo di questo processo è la riattivazione dei desideri personali e la conseguente ristrutturazione organizzativa della propria realtà una volta uscite dalla fase residenziale. Il focus clinico di questo lavoro risiede nel disinnescare i meccanismi sottostanti e nascosti della dipendenza da alcol al fine di rinforzare la propria identità di persona capace nei diversi contesti di vita. Tale capacità si declina nell'emanciparsi dalla dipendenza e nel ricostruire una vita basata sulla sobrietà e sul concetto di responsabilità tradotta operativamente come abilità a rispondere alle problematicità della vita, per uscire dal concetto interiorizzato di colpa/vittimizzazione

### **Attività di Mappatura Sociale**

Per le pazienti rappresenta un momento prezioso per focalizzare la propria situazione di vita personale, relazionale, lavorativa e di tutte quelle dimensioni e sistemi che le circondano e delle quali hanno perso la capacità di gestione. Il lavoro di mappatura sociale mira ad aiutare la persona a divenire consapevole, con il dovuto supporto e sostegno, dei propri bisogni e delle proprie criticità

nell'ambito della rete sociale e, dove necessario, intervenire per l'attivazione delle risorse ambientali carenti. In questa direzione si concentrano i colloqui con l'operatore di rete: una volta a settimana avviene il colloquio con l'utente nel quale si ricostruisce il quadro di sistemi e relazioni che circondano la persona prima dell'ingresso in comunità. Lo strumento utilizzato è l'*ecomappa*: ovvero uno schema grafico rappresentante la rete sociale, i vari sistemi (relazioni e organismi) che gravitano intorno alla persona. Il sistema classifica in "*reti primarie*" quali la famiglia, il lavoro, le relazioni affettive, di amicizia e il vicinato, che sono le relazioni più intime e vicine alla persona; le "*reti secondarie*" che si distinguono a loro volta in *reti formali*, (i servizi pubblici e istituzioni territoriali di sostegno e assistenza), e *reti informali*, (la parrocchia, i gruppi di auto aiuto, il volontariato), □Una volta ricostruita la rete sociale, viene fatto un colloquio di restituzione con la paziente stessa. Lo scopo è quello di individuare i punti di forza e le carenze e cosa sarebbe necessario attivare per far sì che la rete funzioni. Il lavoro successivo di coordinamento e organizzazione viene portato avanti insieme agli operatori del SerD inviante e a operatori del privato sociale per eventuali inserimenti lavorativi o di sostegno alla formazione professionale o per la gestione del tempo libero [10].

### **Gruppi di Auto Aiuto**

Trattandosi di un percorso breve, già dal secondo mese inizia la frequenza del gruppo di auto aiuto individuato (AA, CAT). In genere, se possibile, si preferisce che la frequenza avvenga sul territorio che sarà quello di competenza della paziente stessa, dove rientrerà al termine del residenziale. Iniziando così precocemente si stabilisce sin da subito un ponte di collegamento con l'elemento che rappresenta insieme ad altri un fattore prognostico positivo per il mantenimento della sobrietà. Anche i familiari vengono invitati a partecipare al gruppo insieme alle pazienti se si tratta di CAT o in autonomia se si tratta di Al Anon

### **Rete di Volontariato**

Si tratta di un gruppo di persone, prevalentemente donne, che fanno parte dell'associazione e che hanno dato la loro disponibilità per delle attività ricreative con le pazienti durante il fine settimana, sia nella struttura che all'esterno. Fa parte di questa rete anche un medico (donna) che conduce dei gruppi monotematici.

### **Il Processo**

Il primo mese è essenzialmente di osservazione sia da parte dell'ospite che da parte dell'equipe, e dove si strutturano gli obiettivi terapeutici già condivisi. Il primo mese le pazienti fanno fatica a sperimentarsi nelle attività, anche le più semplici, senza la "stampella" dell'alcol; le relazioni con le altre ospiti sono vissute come difficili, dense di fraintendimenti e di aggressività sia manifesta che celata. Spesso si osserva diffidenza tra le nuove arrivate e l'attenersi alle regole dell'appartamento

è molto faticoso. Dal secondo mese in genere “viene rotto il fiato” e le donne cominciano ad accorgersi degli effetti positivi della sobrietà e, in parallelo, aumenta la fiducia nei confronti dell'equipe di cura e delle compagne. Trattandosi di un programma intensivo e breve è a metà del secondo mese che si iniziano a strutturare gli obiettivi: inizia quindi la frequenza al gruppo individuato, in genere quello che insiste sul territorio dove la paziente poi rientrerà ed iniziano le visite e i colloqui con i familiari. È un momento cruciale ed importante per le ospiti che iniziano a mettersi in gioco, pur rimanendo ancora bene inserite nel contesto di cura, potendo approfittare del confronto continuo con gli operatori. Il terzo mese corrisponde alla presa di coscienza del significato di tutte le attività proposte dalla struttura. Comprendere più a fondo il senso dell'attività legata al corpo, così come l'osservanza delle regole dell'appartamento diventano elementi prognostici, un'auto osservazione riguardo alle sensazioni che si manifestano con sintomi fisici veri e propri e la conseguente impulsività che rappresenta il presupposto principale per il rischio di ricaduta. Iniziano anche a comprendere il senso dei momenti vuoti, privi di attività in cui possono sperimentare noia o angoscia. Vengono invitate a lavorare su questi momenti allo scopo di sviluppare autonomia nel gestire tali sensazioni.

Il mese finale rappresenta la fase nella quale si alternano momenti di forte desiderio di uscire e concludere il percorso, a momenti di grande paura all'idea di ritrovarsi da sole a gestire il quotidiano senza alcol.

Ed è durante questa fase che si struttura la: **terza** fase e cioè il **follow up**, della durata di sei mesi, che viene costruito in stretto raccordo con il servizio alcologico inviante. La mappatura della rete sociale effettuata durante la residenzialità viene adesso utilizzata per creare una serie di collegamenti territoriali necessari al programma di prevenzione delle ricadute: la ripresa o la costruzione di una attività lavorativa, la frequenza ai gruppi di auto-aiuto, la valorizzazione di risorse familiari e amicali. Durante il follow up le pazienti hanno appuntamenti costanti di verifica con gli operatori, sia individuali che insieme ai familiari, proseguono il sostegno psicologico, mantengono il monitoraggio al SERD inviante.

Fondamentale in tutti i sei mesi successivi anche i periodici incontri di gruppo che vengono effettuati in struttura insieme alle altre donne che hanno precedentemente concluso il programma. Le pazienti trovano molto utile e arricchente questo aspetto, anche a distanza di mesi dalla conclusione, in quanto richiama loro il senso di appartenenza a momenti di forte cambiamento e di trasformazione la cui condivisione con chi li ha vissuti rinnova la motivazione e la determinazione.

## Riflessioni

La collaborazione pubblico/privato rappresenta un fattore favorente, da utilizzare in molti ambiti del settore delle Dipendenze, laddove i know how dei due enti si possono integrare e valorizzare vicendevolmente in uno scambio di competenze ed esperienze.

L'attenzione alla specificità di genere permette l'individuazione di programmi adeguati e questo si manifesta con una ritenzione nel programma che è molto alta (83%). Il 70% delle pazienti mantiene la sobrietà per tutto il periodo del follow up e anche nei mesi successivi, e questo è in linea con i dati nazionali, a fronte però di una spesa nettamente inferiore rispetto ai programmi residenziali classici.

il target: non tutte le donne affette da DUA possono accedere a questo programma ma date le caratteristiche è necessaria una selezione. Per usare una classificazione possiamo affermare che il programma si rivolge a donne appartenenti alla classe Cloninger 1 [11]. Per situazioni di dipendenza molto grave, comorbidità psichiatrica importante (in cui la componente psichiatrica è prevalente) e disturbi di personalità gravi e insorti in età giovanile, rete socio-familiare inesistente o molto povera, il programma breve non può essere considerato adeguato.

L'elevata età media (55 anni) delle pazienti ospiti ci mostra che, se le donne trovano un contesto nel quale potersi affidare sono in grado di fare una trasformazione importante, anche in età matura. Ma al tempo stesso ci segnala che, a causa forse dei compiti familiari strettamente legati al genere, solo in età più avanzata le donne si concedano la possibilità di dedicare spazi di tempo e luogo solo a se stesse. In questo modo però la malattia procede e va avanti, intossicando progressivamente negli anni il sistema familiare in particolare il rapporto con i figli che crescono in un contesto familiare disfunzionale.

Le consuetudini culturali: anche per noi operatori alcuni concetti culturali legati alla figura della donna e ai suoi compiti sociali sono ancora molto forti. È più comune che una paziente classificabile come Cloninger 1, venga seguita in ambulatorio proprio per permetterle di coniugare la cura, la famiglia e il lavoro anche se spesso è proprio questo mancato riconoscimento dei bisogni personali alla base del mantenimento del ciclo patologico.

## **Per Corrispondenza**

**Adriana Iozzi**, Direttore f.f. UFC Ser.D Firenze 1, Direttore UFS Ser.D C, Azienda USL Toscana Centro. E mail [adriana.iozzi@uslcentro.toscana.it](mailto:adriana.iozzi@uslcentro.toscana.it)

## **Bibliografia**

1. Cibir M., Hinnenthal I., Lugato E., (2009): i programmi residenziali brevi. *Medicina delle Tossicodipendenze*, 65: 39-46
2. Guerreschi C., *Comunità terapeutiche e strutture intermedie cap 47 Il libro italiano di alcologia* (Allamani A et al) SEE-Firenze 2000
3. Cerizza G., Cibir M., Hinnenthal I., et al (2008). *La residenzialità Riabilitativa Alcologica come opportunità terapeutica. Mission*; 27:27-31
4. Frank R. (2007): *Il corpo consapevole*. Milano Franco Angeli
5. Ogden P., Minton K, Pain C.: *Il Trauma e il Corpo. Manuale di terapia sensomotoria* Istituto di Scienze Cognitive Editori, 2012
6. Caretti V., Craparo G., Giannini M., Gori A., Iraci-Sareri G., Lucchini A., Rusignolo I, Schimmenti A.: *Addictive Behavior Questionnaire (ABQ), Manuale e questionari*. Firenze: Hogrefe editore, 2016
7. Hinnenthal I, Cibir M, *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina: il modello Soranzo Seed* 2011
8. Van Der Kolk B., *Il corpo accusa il colpo* Raffaello Cortina Editore 2015
9. Bateson G., *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, 1977
10. Kennedy Vivianne, *MAI Review*, 2010, 3
11. Cloninger CR. (1987) *Neurogenetic adaptive mechanism in alcoholism. Science*; 236: 410-6

**Ginetta Fusi**, Educatrice professionale Centro Alcológico UFS SerD C Firenze  
**Laura Calviani**, Medico tossicologo Centro Alcológico UFS SerD C Firenze  
**Simona Bartolini**, Infermiera professionale Centro Alcológico UFS SerD C Firenze  
**Aurelia Caramet**, Infermiera professionale Centro Alcológico UFS SerD C Firenze  
**Adriana Iozzi**, Medico psichiatra Direttore Centro Alcológico UFS SRD C Firenze

## **MADRI E SPOSE DI ALCOLISTI: AMOREVOLI CARCERIERE O AVIDE SALVATRICI?**

### **Riassunto**

Il Centro Alcológico UFS SERD C Firenze ha adottato un programma strutturato parallelo per la presa in carico dei familiari delle persone alcol dipendenti. In particolare, la presa in carico si struttura in cinque step che prevedono l'accoglienza, l'ascolto, la valutazione di possibili comportamenti alternativi, eventuale invio ad approfondimenti specialistici. Lo scopo è svelare i bisogni o le emozioni individuali che vengono soppressi o soffocati dalla cura dell'alcolista. Si pone il focus su un'esperienza grupale effettuata lo scorso anno. Le sessioni erano polarizzate su storie tratte dalla letteratura contemporanea o mitologica. Per le donne familiari il riconoscersi o rispecchiarsi nelle esperienze altrui ha rappresentato il primo passo di disvelamento necessario per portare un cambiamento nella propria vita

### **Parole Chiave**

Familiari di alcolisti, co-dipendenza, terapia grupale

### **Abstract**

The Centre for Alcohol related problems in Florence (UFS SERD C) has adopted a structured program aimed to alcoholist family members.. Taking charge is structured in five steps wich consists in listening, assessment of family dynamics and foresee a change, and possible sending to specialistic therapies . The purpose is to reveal individual needs or stifled and suppressed emotions obecause of taking care of alcholist. It's focused on a group experience in the last year. Every single group was based about a female story taken from contemporary or mythologic literature. The women family member recognize each other and the mirroring in other experiences has been the first step toward the change process

### **Key Word**

Alcoholist's families, co-dependence, groups therapy

“Esiste più di un genere di libertà, diceva zia Lydia. La libertà *DI* e la libertà *DA*. Nei tempi dell'anarchia, c'era la libertà *Di*. Adesso vi viene data la libertà *DA*. Non sottovalutatelò.”

*(Il racconto dell'ancella. - M. Atwood).*

Ad oggi i dati ISTAT ci dicono che gli uomini alcolisti sono in numero almeno tre volte superiore rispetto alle donne. E questo lo si vede bene rappresentato nei centri alcologici, nelle comunità e nei gruppi di auto aiuto territoriali. Il numero invece si inverte quando l'attenzione si volge ai familiari, in cui per almeno tre o anche più volte, si tratta di donne, che siano madri, compagne, fidanzate, sorelle.

La letteratura scientifica si è interessata soprattutto alla donna che sposa un alcolista ipotizzando che essa abbia determinate caratteristiche, sia antecedenti che successive, definite di "adattamento" alla relazione matrimoniale e che queste possano influenzare sia il decorso clinico del disturbo da uso di alcol del compagno che l'insorgenza di problematiche nei figli [1]. Innanzitutto, le donne con storia familiare di alcolismo hanno una maggiore probabilità di sposare un alcolista. Invece in alcuni studi, una anamnesi familiare positiva per disturbi psichiatrici in asse I non sembra predisporre alla scelta di un partner alcolista. Da qui ci colleghiamo al concetto di co-dipendenza quale disfunzione del comportamento e/o del funzionamento mentale che i familiari e, in particolare dunque, le donne possono manifestare in risposta alle condotte alcoliche del congiunto [2]. Tale concetto nasce in ambiente di Alcolisti Anonimi, riferito inizialmente alle mogli degli alcolisti, "la cui vita è diventata ingestibile a causa dell'alcol" Il/la co-alcolista, proprio come il dipendente, dimostra disturbi della sfera emotiva, discontrollo degli impulsi, ansia, ipervigilanza ed altri segni disfunzionali associati ad una focalizzazione su bisogni e comportamenti altrui [3].

L'esperienza ci ha dunque insegnato l'importanza di prendere in carico allo stesso modo dell'alcolista che rappresenta il cosiddetto paziente designato, anche i familiari [4], richiamandoci ad un approccio metodologico nato intorno agli anni 2000 da Copello -Responding to alcohol and drug Problems in the family- [5], con l'adattamento italiano di Fioretti e Arcidiacono e che utilizza uno schema cosiddetto dei 5 passi. Viene cioè individuato, per la familiare, un percorso *in-dipendente*:

- 1) la familiare viene accolta, ascoltata, e vengono esplorate le sue preoccupazioni: le viene dato uno spazio a sé stante. Questo spesso avviene successivamente al colloquio nel quale accompagna l'alcolista.
- 2) Vengono fornite informazioni sulla malattia e sulle possibilità di cura e trattamento.
- 3) Esploriamo insieme le strategie di coping: lo scopo è quello di discutere i vantaggi e gli svantaggi relativi ai modi attuali di relazione del familiare, provando a far emergere la consapevolezza di strategie alternative per affrontare le situazioni.
- 4) Viene esplorato insieme il contesto e il supporto disponibile per un sostegno per sé stesse e per il problema familiare. In particolare, il nostro servizio tradizionalmente dedica molto spazio a questo step attraverso il coinvolgimento di familiari appartenenti ad Al anon e all'accompagnamento verso il gruppo territoriale.
- 5) Viene valutata insieme l'eventuale necessità di un ulteriore aiuto specialistico.



Quello che osserviamo nello spazio dedicato a queste donne, che siano madri o mogli di alcolisti o esse stesse alcolodipendenti, è che, nonostante l'era di individualizzazione che stiamo vivendo, il principio educativo di riferimento, come ordine preconstituito, è ancora la priorità della famiglia, e non l'individuo. Ascoltando le storie delle donne familiari di alcolisti, narrate con lo stupore di chi non pensa di essere un elemento centrale della sofferenza del sistema famiglia, possiamo affermare che il principio dominante dell'ordine simbolico a cui hanno imparato a rispondere fin da bambine è *"prima il dovere poi il piacere"*, fino a percepire il proprio valore solo attraverso la capacità di prodigarsi [6]. Come presente in letteratura, le familiari donne appaiono caratterizzate da un elevato coinvolgimento nel problema, a differenza dei familiari uomini che si caratterizzano invece per comportamento di fuga/evitamento e allontanamento. Le familiari hanno imparato che *"è bene aiutare, e non lottare per sé stesse"*, perché chi aiuta non ha bisogno, ma anzi può curare, e con il proprio amore può salvare [7]. E lo smarrimento non tarda a venire quando cerchiamo di riflettere sui loro bisogni, perché se un tempo erano soffocati, adesso sono profondamente negati, o legati a *doppio filo* con l'altro, tanto da fondersi completamente. In cambio del sacrificio però ognuna di loro, si riconosce e sente sprigionarsi una forza non comune, e un potere che abilita ed autorizza a sentirsi responsabile della vita di altro essere umano. Il messaggio che impera è *"tu non puoi lasciarmi o farmi del male, perché io rappresento il bene"*.

Quando arrivano da noi, con la loro forza, le loro aspettative, apparentemente per consegnarci l'alcolista da curare, proviamo a focalizzare e a smascherare la bambina spaventata, indesiderata, digiuna, inadeguata. Questo processo veritativo è ovviamente sempre molto doloroso, e svela dinamiche opposte a quelle con le quali le famiglie si sono narrate fino a quel momento. Non solo non c'è più un paziente designato, ma c'è da lasciare la veste salvifica, per prepararsi a sentire quel vuoto persecutorio accuratamente evitato [8].

Attraverso i passi sopra menzionati il modello che adottiamo è quello di invitare le familiari a *"distaccarsi emotivamente"* dall'alcolista, a prendersi cura della propria co-dipendenza, che è cronica e progressiva e può sfociare in comportamenti disfunzionali, in comportamenti autolesivi, disturbi psicosomatici o altro [9].

Le familiari vengono incoraggiate ad uscire da quell'ordine familiare, e a concentrarsi su sé stesse per contattare ed esprimere profonde emozioni coartate. E possiamo aggiungere che è ancora raro che una donna sia davvero accompagnata nel percorso di realizzazione personale, che le venga insegnato quanto sia importante soddisfare l'esigenza fondamentale dello sviluppo e delle proprie potenzialità come essere umano, che non si esauriscono nel consueto ruolo familiare di angelo del focolare [10].

Durante il periodo del lock down, attraverso l'uso delle piattaforme telematiche abbiamo iniziato a sperimentare i gruppi online e abbiamo pertanto deciso di sperimentare uno spazio dedicato in

maniera specifica alle familiari invitando anche alcune di loro come membri di Al Anon, con esperienza di svariati anni all'interno di un percorso riabilitativo.

Abbiamo organizzato un ciclo di 5 incontri di gruppo a cadenza settimanale e ispirate dal libro "Liberati della brava bambina" di Gancitano e Colamedici [11]; abbiamo portato 4 storie, con protagoniste personaggi femminili appartenenti alla letteratura mitica e contemporanea, rifacendoci, come suggeriscono gli autori del libro, alla filosofia come l'arte di saper vivere. In ognuna di queste storie abbiamo ricercato e focalizzato l'attenzione sul sentimento nascosto e l'emozione che caratterizza la protagonista

1° storia: ERA o la rinuncia alla realizzazione

2° storia: WENDY o la chiamata alla devozione

3° storia: MALEFICA o la rabbia incontrollata

4° storia DINA o il bisogno di condivisione

**Era:** viene descritta soprattutto dagli scritti omerici come una moglie repressa e petulante, una figura comica e patetica, mentre Zeus è un simpatico buontempone ma soprattutto è a capo dell'Olimpo. In realtà la storia di Era è quella di una donna che aveva scelto l'autonomia e la libertà e fu sedotta da Zeus con l'inganno e si arrese a diventare sottomessa. Non era nata per fare la moglie ma ci si è ritrovata, è stata costretta. Ha rinunciato alla realizzazione di sé. È piena di risentimento. La parola risentimento ha due significati:

- 1) risentirsi di qualche male fisico, di sentirne ancora gli effetti dolorosi,
- 2) lo stato d'animo di chi è risentito, cioè irritato contro qualcuno, a causa di un rimprovero o di un altro atto o comportamento, ritenuto ingiusto o offensivo.

**Malefica:** è la fata cattiva della Bella Addormentata, che scatena la sua rabbia contro una bambina innocente. La sceneggiatura del film Maleficent, per esempio, ci fornisce una versione diversa rispetto alla consueta, proponendo un personaggio con altre caratteristiche. In realtà Malefica è una fata bellissima e potente, con corna e ali imponenti, che veglia su tutte le creature della Brughiera. Si innamora di Stefano che la seduce, ma poi per ottenere il Regno la tradisce e mentre dorme, le taglia brutalmente le ali, facendola diventare l'unica fata della Brughiera che non può volare. Viene violata e ferita. Il dolore più forte è quello del tradimento e della rabbia, che poi riverserà nei confronti di altri.

**Wendy Darling:** è la co-protagonista della favola di Peter Pan, è la ragazzina giudiziosa che si occupa dei fratellini e anche di Peter. Viene condotta da Peter Pan sull' *Isola che non c'è* proprio per

occuparsi di lui e dei bambini smarriti. Lei adempierà perfettamente a questo ruolo. Si mostra sempre disponibile, pronta ad aiutare chi la circonda, confortare e risolvere i problemi e le incombenze di chiunque si rivolga a lei. Ha un forte senso di responsabilità e la credenza incrollabile secondo la quale "il benessere e la felicità dell'altro dipenda esclusivamente da lei stessa"

L'aspetto curioso è che l'opera di Barrie si conclude con l'epilogo "when Wendy grew up- an afterthought"; in questa parte Peter Pan torna a trovare Wendy ma la trova adulta e madre di una bambina di nome Jane. Peter allora decide di "sostituire" Wendy con la figlia Jane per condurla con sé sull'isola e per avere qualcuno che si occupi di lui; lo stesso avverrà alla figlia di Jane, quindi nipote di Wendy, Margaret, e così via, questo renderà felice Wendy poiché almeno qualcuno continuerà ad occuparsi di Peter.

**Dina:** era l'unica figlia femmina di Giacobbe. Nessuno si ricordava di lei finché Anita Diamant non ha riscritto la sua storia nel romanzo "La tenda rossa", [12] prendendo spunto da alcuni versetti della Bibbia.

Dina era cresciuta insieme alle donne della sua tribù, allevata mantenendo vivi i valori femminili. Poi, una guerra messa in atto dai suoi stessi fratelli, le fa perdere tutto, anche l'uomo che amava. Si ritrova quindi esule in un paese che non conosce, dove le viene storpiato anche il nome. E dove è costretta a mantenere il segreto delle sue origini ed essere trattata da schiava. Dina ha subito un trauma e si è chiusa nel silenzio. Tenere un segreto può sembrare l'unica via per superare il trauma stesso, ma conduce una vita arida e depotenziata. Questo finché un giorno non si confida con una ragazza che aveva conosciuto da bambina. Le racconta la propria storia e mentre racconta sente sciogliersi la tensione e in questa condivisione sente che può relativizzare il proprio dolore che rappresenta solo una fase e non tutta la sua vita.

In questi gruppi le nostre familiari si sono rispecchiate e si sono riconosciute. Per alcune di loro era la prima volta che riuscivano a condividere la propria storia e raccontare la propria vita annodata nella problematica dell'alcol. Riconoscersi come le protagoniste della loro storia, senza bisogno di definirsi come madre di... o moglie di..., è stato il primo passo.

La metafora delle ali tagliate a Malefica è stata quella che ha richiesto l'impiego di due gruppi per essere adeguatamente sviscerata. Ognuna delle partecipanti aveva da condividere molto riguardo a ciò che la storia le faceva risuonare.

Successivamente a questo intervento intensivo e propedeutico all'interno del nostro Servizio, la presa in carico delle familiari prosegue con l'invio ai gruppi sul territorio, Club Alcolisti in trattamento, ACA (alcoholics children anonymous) o Al Anon. In particolare, questi due ultimi hanno un programma specifico e separato per i familiari di alcolisti, seppur sempre strutturato in 12 Passi: elaborare il programma significa interiorizzare i passi, trasformando così il programma in un modo

di vivere. La frequenza ai gruppi consente di riacquistare, con l'equilibrio psichico e mentale, un modo di vivere sereno, di riportare equilibrio nelle dinamiche di coppia e nella definizione dei ruoli e di migliorare la comunicazione sia verbale che emotiva. Nel percorso di "risveglio " verso un Sé più autentico e integrato con la situazione complessa, come può essere quella dei problemi alcolcorrelati, è fondamentale il rinforzo costante di stare focalizzate sui limiti, imposti dal mandato familiare, ma anche e soprattutto, sulle risorse divenute oramai manifeste [13].

### **Per Corrispondenza**

**Adriana Iozzi**, Direttore f.f. UFC Ser.D Firenze 1, Direttore UFS Ser.D C, Azienda USL Toscana Centro. E-mail [adriana.iozzi@uslcentro.toscana.it](mailto:adriana.iozzi@uslcentro.toscana.it)

### **Bibliografia**

1. G. Martinotti, F. Paparello, C. Piochi, L. Janiri : Alcolismo e famiglia– Istituto di Psichiatria e Psicologia- Università Cattolica del S. Cuore Roma, 2017
2. A. Allamani , D. Orlandini : la famiglia e la dipendenza da alcol in “il libro italiano di alcologia” Ed SEE Firenze 2000
3. B. Van der Kolk: Il corpo accusa il colpo Raffaello Cortina Editori 2
4. A.Copello, R. Velleman, L.Templeton: Family interventions in the treatment of Alcohol and Drug problems. Drug & alcohol review, 24, pp1-17, 2005
5. A. Copello, Oxford L. Templeton, R. Velleman, A. Patel, D. Allen: Manuale dei 5 passi, adattamento italiano a cura di Fioretti G. Arcidiacono C. (ed or 2000) materiali online dipartimento scienze relazionali Università Federico II Napoli
6. M. Beattie: E liberati dagli altri. Ed Mondadori 1998
7. R. Norwood Donne che amano troppo Feltrinelli Editore, 1989 B.
8. S. Minuchin:Famiglie e terapia della famiglia, Ed Astrolabio 1976
9. R. Charon Medicina narrativa Raffaello Cortina Editori 2019
10. S. Minuchin, M. P. Nichols: quando la famiglia guarisce Ed Rizzoli 1993
11. M.Gancitano, A. Colamedici: Liberati della brava bambina. Otto storie per fiorire Ed HarperCollins, 2019
12. A. Diamant. La Tenda Rossa Ed TLON, 2019
13. M. Angeleri , G. felici, S. Ianniciello, G. Matteoli, AM. Ruggierini, S. Vischetti: La famiglia “in aiuto”, l'esperienza dell'Associazione genitori ed amici insieme contro la droga. Villa Maraini, Roma

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

**Clelia Madeddu**, Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università di Cagliari, Italia

**Paolo Contu**, Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università di Cagliari, Italia

**Sofia Cosentino**, Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università di Cagliari, Italia

**Fabrizio Angius**, Dipartimento di Scienze Biomediche, Sezione di Microbiologia e Virologia, Università di Cagliari, Italia

**Monica Deiana**, Dipartimento di Scienze Biomediche, Unità di Patologia Sperimentale, Università di Cagliari, Italia

**Elena Massa**, Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università di Cagliari, Italia

**Alessandra Mereu**, Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università di Cagliari, Italia

**Carola Politi**, Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università di Cagliari, Italia

**Julia Sinclair**, Facoltà di Medicina, Università di Southampton, Southampton, Regno Unito

**Claudia Sardu**, Dipartimento di Scienze Biomediche, Unità di Patologia Sperimentale, Università di Cagliari, Italia

## ALCOL E TUMORE ALLA MAMMELLA

### Riassunto

Scopi: Il consumo di alcol è un fattore di rischio per il tumore alla mammella ma la maggior parte delle donne non ne sono consapevoli. Ci siamo posti l'obiettivo di valutare tale conoscenza in un campione di donne italiane per stabilire se siano necessari interventi finalizzati a migliorare la conoscenza dei fattori di rischio per il tumore alla mammella.

Risultati: Abbiamo intervistato 507 donne: 160 partecipavano allo screening per il tumore alla mammella, 44 avevano un tumore alla mammella e 303 non partecipavano allo screening. L'alcol è stato identificato come un fattore di rischio da meno del 20% delle donne, senza differenze tra i gruppi. Oltre il 70% delle donne intervistate non è stato in grado di quantificare in unità standard le bevande alcoliche.

Conclusioni: La scarsa consapevolezza che l'alcol è un fattore di rischio per il tumore alla mammella e l'incapacità di quantificare il consumo di alcol in unità alcoliche indica l'urgente necessità di appropriate campagne di informazione.

### Parole Chiave

Alcol, tumore alla mammella, fattori di rischio, unità alcolica

### Abstract

Aims: Alcohol consumption is a risk factor for breast cancer, but most women are unaware of it. We aimed at evaluating this awareness among a sample of Italian women to establish if prevention programs are needed to improve knowledge of breast cancer risk factors.

Results: We interviewed 507 women: 160 were screened for breast cancer, 44 had breast cancer, and 303 women were not screened. Alcohol was identified as a risk factor by less than 20% of women in the three groups, with no differences between the groups. Over 70% of women interviewed were unable to quantify alcoholic beverages into standard units.

Conclusions: The lack of awareness that alcohol is a risk factor for breast cancer and the inability to quantify alcohol consumption into alcoholic units indicates the urgent need for appropriate information campaigns.

### Key Word

Alcohol, breast cancer, risk factors, alcohol units

Il manoscritto rientra nelle attività del progetto “Alcol e altri fattori di rischio modificabili per il tumore alla mammella” finanziato dalla Fondazione di Sardegna, Bando 2022, Settore Salute pubblica, medicina preventiva e riabilitativa, Richiesta 35781, Prot. U685.2022/AI.670.BE, Pratica 2022.0982, 10 febbraio 2022.

## **INTRODUZIONE**

Il tumore alla mammella è la neoplasia più comune al mondo la cui incidenza risulta essere in aumento [1]. L'incidenza del tumore alla mammella è positivamente correlata allo stato socioeconomico elevato [2], mentre stati socioeconomici bassi presentano un maggior rischio di sviluppare questa neoplasia in età giovanile, in forme più aggressive, in stadi avanzati al momento della diagnosi, di ricevere trattamenti di peggiore qualità e quindi con prognosi peggiore [3-4]. A livello globale, si calcola che una donna su otto-dieci sviluppi questo tumore nel corso della vita. Sebbene l'efficacia dei trattamenti sia migliorata nel corso degli ultimi anni, la mortalità da tumore alla mammella è ancora molto alta [5]. Per questi motivi, i programmi di prevenzione sono considerati di notevole importanza per il potenziale contributo che possono portare nel ridurre l'incidenza di questo tumore [6-8].

Si stima che i fattori di rischio potenzialmente modificabili sono responsabili di quasi il 30% dei tumori alla mammella, e l'obesità e l'alcol sono i due maggiori [9-10]. Tra le donne in post-menopausa, il World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (WCRF/AICR) ha calcolato che oltre il 40% dei casi potrebbe essere prevenuto semplicemente riducendo il consumo di alcol, l'eccesso di peso corporeo e l'inattività fisica [11].

La relazione tra consumo di alcol e rischio di sviluppare il tumore alla mammella è dose-dipendente a cominciare da basse dosi di alcol [6, 11-17]. Si stima che il rischio aumenti tra il 2% e il 12% per ogni bevanda alcolica standard aggiuntiva al giorno (una bevanda contiene circa 10-12 grammi di alcol; 12). Una metanalisi di 113 studi ha valutato il rischio di tumore alla mammella nelle donne che assumevano quantità moderate di alcol (ad es., fino ad una unità alcolica al giorno) e quantità elevate (tre o più unità alcoliche al giorno) rispetto alle donne che non consumavano alcol [11]. I risultati della metanalisi hanno indicato che sia le donne con consumo moderato che quelle con un consumo elevato avevano, rispettivamente, un significativo aumento del rischio di tumore alla mammella del 4% e 40–50% in confronto alle donne che non assumevano alcol [11]. Di conseguenza, gli autori della metanalisi hanno concluso che le donne non dovrebbero superare una unità alcolica al giorno, e le donne ad alto rischio di sviluppare il tumore alla mammella dovrebbero evitare l'alcol o assumerlo solo saltuariamente [11]. Un altro studio ha valutato la relazione tra consumo di alcol e rischio di sviluppare il tumore alla mammella in un ampio campione di donne reclutate in 10 diversi Paesi europei [18]. I risultati hanno confermato la relazione dose-dipendente tra consumo di alcol e rischio di sviluppare il tumore alla mammella e ha dimostrato che il rischio è maggiore tra le donne

che iniziano a bere prima della prima gravidanza [18]. Sebbene storicamente il consumo di alcol sia un fenomeno che si verifica più frequentemente negli uomini rispetto alle donne, la percentuale di donne che consumano alcol sta aumentando progressivamente [19] e le differenze tra uomini e donne si stanno riducendo [20]. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2016, in Europa il 51,4% delle donne ha consumato alcol almeno occasionalmente. Tra le donne che bevevano, il 24,5% assumeva quantità elevate ( $\geq 40$  g; 21).

Dato che il tumore alla mammella è il tumore più frequente tra donne e che più della metà delle donne consuma alcol almeno occasionalmente, le donne dovrebbero essere consapevoli che il consumo di alcol aumenta il rischio di sviluppare il cancro al seno. Tuttavia, un recente studio condotto nel Regno Unito ha rilevato che meno del 20% di un campione di donne che partecipava allo screening per tale tumore aveva identificato l'alcol come un fattore di rischio per il tumore alla mammella [22]. Lo stesso studio ha rilevato che il 66,5% delle donne assumeva alcol ma il 56,6% non era in grado di stimare il contenuto di alcol in unità alcoliche delle bevande alcoliche più comuni (un bicchiere di vino, una lattina di birra, un bicchierino di un superalcolico).

In un recente studio, noi abbiamo ipotizzato che l'associazione tra consumo di alcol e tumore alla mammella potesse essere sconosciuta anche tra le donne italiane e che, se questa ipotesi si fosse dimostrata veritiera, sarebbe stato necessario attuare programmi di prevenzione finalizzati ad aumentare la conoscenza dei fattori di rischio per il tumore alla mammella tra la popolazione femminile.

Di conseguenza, abbiamo pianificato di replicare lo studio inglese utilizzando lo stesso questionario che è stato tradotto e validato in lingua italiana per valutare (a) il livello di conoscenza dell'alcol come rischio modificabile per il tumore alla mammella, (b) il consumo di alcol del campione intervistato e (c) il livello di conoscenza del contenuto di alcol delle bevande alcoliche più comuni [23].

## **MATERIALE E METODI**

Disegno sperimentale e partecipanti.

Lo studio è stato condotto in collaborazione con l'autore principale dello studio inglese [22] ed è stato approvato dal Comitato Etico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari, Italia (Prot. PG/2020/2963; 29 gennaio 2020; 23). A causa delle restrizioni imposte dal Covid-19, le donne sono state intervistate per telefono o videochiamata. Il giorno dell'intervista, le partecipanti sono state informate degli obiettivi dello studio ed è stato comunicato loro che le risposte sarebbero state mantenute strettamente riservate. Sulla base della risposta alla domanda "Sei mai stata sottoposta a screening per il tumore alla mammella?" il campione di donne è stato suddiviso nei seguenti tre gruppi: (i) gruppo screening (SG), (ii) gruppo cancro (CAG) e (iii) gruppo non screening (NSG). Nel presente articolo verranno descritti i risultati ottenuti dal gruppo SG per confrontarli alle donne che

partecipavano al programma di screening per il tumore alla mammella nello studio inglese (UKSG; 22). I risultati ottenuti dalle donne dei gruppi CAG e NSG sono descritti nell'articolo 23.

Dati quantitativi.

Il questionario utilizzato dallo studio inglese [22] è stato tradotto in italiano, alcune domande sono state modificate per il contesto italiano e altre sono state aggiunte per approfondire argomenti come la familiarità per il tumore alla mammella. Utilizzando lo stesso metodo descritto da Julia Sinclair e colleghi [22], ogni risposta a testo libero alla domanda "scrivi tutto ciò che pensi possa aumentare il rischio di tumore alla mammella" è stata codificata nelle seguenti categorie di rischio modificabile: obesità, alcol, stile di vita, farmaci ormonali e fumo. Altezza e peso riportati sono stati utilizzati per calcolare l'indice di massa corporea (BMI). Alle partecipanti sono state poste quattro domande a scelta multipla per testare la loro conoscenza delle unità di alcol in quattro bevande alcoliche comuni. La bozza finale includeva le prime tre domande del test *Alcohol use disorder identification test* (AUDIT), un questionario di 10 domande sviluppato dall'OMS per identificare il consumo di alcol a rischio [24]. Le prime tre domande costituiscono l'AUDIT-C, la forma abbreviata del questionario [25-26], un test validato nella popolazione femminile usando il cut-off  $\geq 4$  quale punteggio "positivo" [27]. Di conseguenza, nello studio è stato utilizzato questo punteggio per identificare le bevitrici a rischio.

Analisi statistiche.

Sono state utilizzate statistiche descrittive, il test di Mann-Whitney a due code per confrontare le categorie età e chi quadrato per valutare le differenze tra i gruppi in termini di caratteristiche demografiche e di salute, identificazione dei fattori di rischio e capacità di identificare le unità alcoliche. Per esplorare le variabili che influenzano la conoscenza dell'alcol come fattore di rischio e la loro interazione o effetti confondenti, è stata effettuata una regressione logistica multivariata (vedi 23 per ulteriori dettagli).

## **RISULTATI**

Sono state intervistate 507 donne di cui 160 erano SG; la maggior parte delle donne di questo gruppo avevano un'età superiore ai 40 anni (92%), un elevato livello di istruzione (76%), erano sposate (72%), impiegate (60%), in buona salute (70%) con BMI normale (69%). Meno del 25% ha riportato di essere fumatrice mentre oltre l'80% ha riportato di aver assunto alcol nell'arco dell'ultimo anno e il 18% aveva un punteggio AUDIT-C  $\geq 4$ . L'età del gruppo SG è sicuramente correlata al fatto che, in Italia, lo screening del tumore alla mammella è gratuito e consigliato per le donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni [28].

Il confronto tra i campioni di donne che partecipavano ai programmi di screening per il tumore alla mammella reclutati dagli studi inglese (UKSG; 22) e italiano (SG; 23) non ha evidenziato differenze



in età, stato civile e condizione lavorativa; i campioni italiano (SG) e inglese (UKSG) differivano invece nel BMI (BMI < 25: 69% vs 36%), fumo (fumatrici: 24% vs 11%) e consumo di alcol (82% vs 60%).

La tabella 1 mostra le percentuali di donne che hanno identificato l'obesità, il consumo di alcol, lo stile di vita sedentario, i farmaci ormonali e il fumo come fattori di rischio per il tumore alla mammella. Una percentuale inferiore di donne italiane ha identificato l'obesità quale fattore di rischio mentre una percentuale inferiore di donne inglesi ha identificato gli stili di vita sedentari come fattori di rischio. Al contrario, i due campioni di donne inglesi e italiane non differivano nell'identificazione di alcol, farmaci ormonali e fumo come fattori di rischio. L'età ( $p=0,27$ ), lo stato occupazionale ( $p=0,18$ ) e il livello di istruzione ( $p=0,55$ ) non erano significativamente associati alla consapevolezza dell'alcol come fattore di rischio. Questi risultati possono essere influenzati dalla bassa prevalenza della consapevolezza dell'alcol come fattore di rischio nel campione valutato.

Non abbiamo trovato alcuna associazione tra l'identificazione dell'alcol come fattore di rischio per il tumore alla mammella e il consumo di alcol, né alcun fattore che abbia influenzato significativamente la probabilità di identificare l'alcol come fattore di rischio (età, scolarizzazione, stato civile, impiego e stato di salute).

Nello studio inglese [22], il 56,6% delle donne intervistate non sono state in grado di indicare il numero di unità alcoliche presenti in diverse bevande alcoliche (ossia un bicchiere di vino standard, una lattina di birra, un litro di sidro e una bottiglia di un superalcolico, con una risposta multipla, con quattro opzioni). Nello studio italiano [23], il 72% delle donne intervistate non è stato in grado di quantificare in unità standard nessuna delle quattro bevande presentate (cioè un bicchiere di vino standard, una lattina di birra, una bottiglia da un litro di Aperol e una bottiglia di un superalcolico, con una risposta a scelta multipla, con quattro opzioni). Il 25% ha identificato correttamente una o due bevande su quattro e solo il 2,2% ha identificato correttamente tre o quattro delle bevande proposte [23].

L'obesità è stata identificata come un fattore di rischio da una bassa percentuale di donne senza differenze tra i campioni inglese e italiano (vedi Tabella 1). Anche la consapevolezza che l'obesità è un fattore di rischio non è stata associata alcun fattore quale, ad esempio, il peso corporeo.

Tabella 1. Identificazione dei fattori di rischio per il tumore alla mammella da parte di un campione di donne italiane (SG) e inglesi (UKSG) che si sottopongono allo screening per questo tumore

Fattori di rischio correttamente identificati	Donne che si sottopongono a screening per il tumore alla mammella		Differenze tra i due gruppi
	Campione italiano (SG) <sup>23</sup> (n = 160) % (95% CI)	Campione inglese (UKSG) <sup>22</sup> (n = 102) % (95% CI)	SG vs UKSG P-value
<b>Obesità</b>	7.5 (3.4-11.6)	30.4 (21.5-39.3)	<0.0001
<b>Alcol</b>	16.9 (11.1-22.7)	15.7 (8.6-22.7)	0.80
<b>Stile di vita sedentario</b>	38.3 (31.2-46.3)	7.8 (2.6-13.1)	<0.0001
<b>Terapia ormonale</b>	15.6 (10.0-21.3)	12.7 (6.3-19.2)	0.52
<b>Fumo di sigaretta</b>	56.9 (49.2-64.5)	48.0 (38.3-57.7)	0.16

## DISCUSSIONE

Questo studio ha riscontrato che solo il 16,9% di un campione di donne italiane, che aveva aderito al programma di screening per il tumore alla mammella, ha identificato l'alcol come fattore di rischio [23]. Questa percentuale è molto simile a quella riscontrata in un campione di donne inglesi (15,7%) [22].

È interessante notare che entrambi gli studi [22-23] hanno riscontrato una scarsa conoscenza anche degli altri fattori di rischio modificabili. Ad esempio, l'obesità è stata correttamente identificata come fattore di rischio da circa il 30% dei partecipanti allo studio inglese [22] e meno del 10% nello studio italiano [23]. Poiché il tumore alla mammella è il più comune tra le donne [1], è preoccupante che le donne non siano a conoscenza dei fattori di rischio modificabili. I risultati di entrambi gli studi sottolineano l'urgente necessità di condurre adeguati programmi finalizzati ad aumentare le conoscenze delle donne perché possano modificare questi fattori di rischio. Inoltre, questi risultati confermano la necessità di aumentare la conoscenza del contenuto di alcol in unità alcoliche delle bevande più comuni poiché la maggior parte delle donne intervistate (72%) non è stata in grado di quantificare il numero di unità in nessuna delle bevande alcoliche presentate [23].

Uno studio recente ha calcolato che la perfetta adesione alle linee guida sul consumo di alcol del governo francese (non più di 10 unità alcoliche standard per settimana e due al giorno, con una bevanda alcolica pari a 10 g di alcol puro), tra il 2015 e il 2050 impedirebbe più di 61.000 nuovi casi di tumore alla mammella [29]. Ovviamente, per aderire alle linee guida sul consumo di alcol, le donne dovrebbero essere in grado di quantificare il consumo di alcol in unità standard. Al contrario, i risultati

degli studi inglese e italiano mostrano che la maggior parte delle donne non è in grado di quantificare in unità alcoliche alcuna bevanda alcolica [22-23]. Questo aspetto suggerisce l'esistenza di una scarsa consapevolezza del proprio consumo di alcol che possa portare a sottovalutare la quantità assunta.

I fattori di rischio per il tumore alla mammella includono sia fattori modificabili che fattori non modificabili. I fattori di rischio non modificabili comprendono il sesso femminile, l'età, la storia familiare di tumore alla mammella, fattori genetici (p. es., specifici polimorfismi a singolo nucleotide (SNP) e mutazione nei geni BRCA1/2), densità mammografica e fattori riproduttivi principalmente correlati alla esposizione ad estrogeni (ad es., menarca precoce, menopausa tardiva, nulliparità e aver partorito il primo figlio dopo i 30 anni) [7]. I fattori potenzialmente modificabili includono il consumo di alcol, l'obesità, l'inattività fisica, il fumo e la terapia ormonale sostitutiva o anticoncezionale [6]. Al contrario, l'allattamento al seno costituisce un fattore protettivo con effetti positivi correlati alla durata dell'allattamento [6-7]. Un interessante studio ha stimato che adottare misure per migliorare lo stile di vita, controllare il peso, aumentare l'esercizio fisico e moderare il consumo di alcol, potrebbe ridurre il rischio di tumore alla mammella di circa il 30% tra tutte le donne [8]. La mancanza di conoscenza impedisce di modificare questi fattori di rischio. Inoltre, non abbiamo riscontrato una relazione tra la conoscenza dell'alcol quale fattore di rischio e il livello di istruzione del campione di donne analizzato, suggerendo che tale conoscenza è scarsa anche tra le donne con livelli di istruzione elevati. Aumentare la conoscenza dei fattori di rischio potenzialmente modificabili dovrebbe essere una priorità per migliorare lo stato di salute di tutte le donne [6].

In Italia lo screening per il tumore alla mammella prevede una mammografia ogni 2 anni, consigliata e gratuita per le donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni [28]. Questo programma comporta costi notevoli, assolutamente giustificati dalla frequenza e dalle devastanti conseguenze del tumore alla mammella [6]. I risultati degli studi inglese e italiano [22,23] suggeriscono la necessità che ai programmi di screening vengano aggiunti programmi di informazione per aumentare la conoscenza dei fattori di rischi modificabili per il tumore alla mammella. Tuttavia, poiché la maggior parte delle donne non considera il proprio consumo di alcol problematico, è necessario considerare attentamente come erogare un programma di informazione che venga considerato rilevante e non comporti sensi di colpa [30]. Anche gli operatori sanitari potrebbero svolgere un ruolo importante nel migliorare la conoscenza delle donne sui fattori di rischio per il tumore alla mammella in tutte le età e in tutti i contesti sanitari [22]. Considerando che la relazione tra consumo di alcol e rischio di sviluppare il tumore alla mammella è dose-dipendente, con un rischio che aumenta di circa il 10% per ogni unità standard al giorno, sarebbe utile condurre ulteriori studi in cui il consumo di alcol viene misurato in numero di bevande al giorno o grammi di alcol al giorno.

## **CONCLUSIONI**

La conoscenza dei fattori di rischio modificabili per il tumore alla mammella, tra cui il consumo di alcol, è scarsa tra le donne italiane e la maggior parte delle donne non sono in grado di identificare correttamente il numero di unità presenti nelle bevande alcoliche più comuni. Questi risultati indicano la necessità di sviluppare adeguati programmi di comunicazione di salute volti ad aumentare la conoscenza dei fattori di rischio del tumore alla mammella [27]. Tra i vari programmi, si potrebbe utilizzare una app interattiva che stimi il livello di rischio personalizzato e proponga modifiche mirate a ridurre questi livelli di rischio.

### **Per Corrispondenza**

**Agabio Roberta**, M.D., Dipartimento di Scienze Biomediche, Sezione di Neuroscienze e Farmacologia Clinica Università di Cagliari. Telefono: +39 070 6754325. E-mail: [agabio@unica.it](mailto:agabio@unica.it)

## Bibliografia

1. Fitzmaurice C., Allen C., Barber R.M., et al.: Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 32 cancer groups, 1990 to 2015. *JAMA Oncol.*, 3, 524–548, 2017.
2. Jones L., Bates G., McCoy E., et al.: Relationship between alcohol attributable disease and socioeconomic status, and the role of alcohol consumption in this relationship: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pub. Health*, 15:400, 2015.
3. Dreyer M.S., Nattinger A.B., McGinley E.L., et al.: Socioeconomic status and breast cancer treatment. *Breast Cancer Res. Treat.*, 167, 1–8, 2018.
4. Coughlin SS.: Social determinants of breast cancer risk, stage, and survival. *Breast Cancer Res. Treat.*, 177:537–548, 2019.
5. Harbeck N., Gnant M.: Breast cancer. *Lancet* 389, 1134–1150, 2017.
6. Colditz G.A., Bohlke K.: Priorities for the primary prevention of breast cancer. *CA Cancer J. Clin.*, 64, 186–194, 2014.
7. Ginsburg O., Bray F., Coleman M.P., et al.: The global burden of women's cancers: a grand challenge in global health. *Lancet* 389, 847–860, 2017.
8. Howell A., Anderson A.S., Clarke R.B., et al.: Risk determination and prevention of breast cancer. *Breast Cancer Res.*, 16, 446, 2014.
9. Maas P., Barrdahl M., Joshi A.D., et al.: Breast cancer risk from modifiable and nonmodifiable risk factors among white women in the United States. *JAMA Oncol.*, 2, 1295–12302, 2016.
10. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project Expert Report 2018. Alcoholic Drinks and the Risk of Cancer. 2018 <https://www.wcrf.org/sites/default/files/Alcoholic-Drinks>. Pdf (21 February May 2022, date last accessed).
11. Seitz H.K., Pelucchi C., Bagnardi V., et al.: Epidemiology and pathophysiology of alcohol and breast cancer: update 2012. *Alcohol Alcohol.*, 47, 204–212, 2014.
12. Scoccianti C., Lauby-Secretan B., Bello P.Y., et al.: Female breast cancer and alcohol consumption: a review of the literature. *Am. J. Prev. Med.*, 46, S16–S25, 2014.
13. Chen J.Y., Zhu H.C., Guo Q., et al.: Dose-dependent associations between wine drinking and breast cancer risk-meta-analysis findings. *Asian Pac. J. Cancer Prev.*, 17, 1221–1233, 2016.
14. GBD 2016 Alcohol Collaborators.: Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *Lancet* 392, 1015–1035, 2018.
15. Jung S., Wang M., Anderson K., et al.: Alcohol consumption and breast cancer risk by estrogen receptor status: in a pooled analysis of 20 studies. *Int. J. Epidemiol.*, 45, 916–928, 2016.

16. Shield K.D., Soerjomataram I., Rehm J.: Alcohol use and breast cancer: a critical review. *Alcohol Clin. Exp. Res.*, 40, 1166–1181, 2016.
17. Freudenheim J.L.: Alcohol's effects on breast cancer in women. *Alcohol Res.*, 40, 11, 2020.
18. Romieu I., Scoccianti C., Chajès V., et al.: Alcohol intake and breast cancer in the European prospective investigation into cancer and nutrition. *Int. J. Cancer*, 137, 1921–1930, 2015.
19. Agabio R., Sinclair J.M.A.: Mother's ruin'-why sex and gender differences in the field of alcohol research need consideration. *Alcohol Alcohol.*, 54, 342–324, 2019.
20. Slade T., Chapman C., Swift W., et al.: Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women: systematic review and metaregression. *BMJ Open*, 6, e011827, 2016.
21. World Health Organization: Global Status Report on Alcohol and Health 2018. Alcohol consumption, pp. 54–55, 2018 who.int (21 February May 2022, date last accessed).
22. Sinclair J., McCann M., Sheldon E., et al.: The acceptability of addressing alcohol consumption as a modifiable risk factor for breast cancer: a mixed method study within breast screening services and symptomatic breast clinics. *BMJ Open*, 9, e027371, 2019.
23. Agabio R., Madeddu C., Contu P., et al.: Alcohol Consumption Is a Modifiable Risk Factor for Breast Cancer: Are Women Aware of This Relationship? *Alcohol Alcohol.*, agab042, 2021.
24. Saunders J.B., Aasland O.G., Babor T.F., et al.: Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption–II. *Addiction* 88, 791–804, 1993.
25. Bush K., Kivlahan D.R., McDonell M.B., et al.: The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory care quality improvement project (ACQUIP). Alcohol use disorders identification test. *Arch. Intern. Med.*, 158, 1789–1795, 1998.
26. Bradley K.A., Bush K.R., Epler A.J., et al.: Two brief alcohol-screening tests from the alcohol use disorders identification test (AUDIT): validation in a female veterans affairs patient population. *Arch. Intern. Med.*, 163, 821–829, 2003.
27. Reinert D.F., Allen J.P.: The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcohol Clin. Exp. Res.*, 31, 185–199, 2007.
28. Ministero della Salute.: Screening per il tumore della mammella [Screening per il cancro del seno \(salute.gov.it\)](https://www.salute.gov.it) 2022 (21 February 2022, date last accessed).
29. Ren Y., Chase E., d'Almeida T., et al.: Modelling the number of avoidable new cancer cases in France attributable to alcohol consumption by following official recommendations: a simulation study. *Addiction*. 116, 2316-2325, 2021.

30. Chambers S.E., Copson E.R., Dutey-Magni P.F., et al.: Alcohol use and breast cancer risk: a qualitative study of women's perspectives to inform the development of a preventative intervention in breast clinics. *Eur. J. Cancer Care (Engl)*, 28, e13075, 2019.

**Mauro Cibir**, Medico, specialista in Psichiatria e Gastroenterologia Centro Soranzo, Venezia

**Luciano Pasqualotto**, Docente, Dipartimento di Scienze Umane, Università di Verona

**Cristiano Chiamulera**, Docente Cattedra di Farmacologia, Dipartimento Diagnostica e Salute Pubblica, Università di Verona

### ICF e Riabilitazione psicosociale: promuovere la Recovery nei Disturbi da Uso di Alcol

#### Riassunto

La crescita della richiesta riabilitativa, nei Disturbi da Uso di Alcol (DUA) è legata alle caratteristiche della malattia alcolica, alla comorbidità organica e psichiatrica, ed all'invecchiamento della popolazione in trattamento. Introdurre la Riabilitazione Psicosociale nei programmi significa modificare il proprio modo di pensare e di agire orientandosi alla *recovery*, cioè verso il recupero di una condizione di funzionamento personale e sociale soddisfacente. La riabilitazione psicosociale si occupa di salute e stile di vita, delle condizioni abitative, di lavoro e tempo libero, di relazioni e rete sociale oltrechè, più specificamente, dell'uso di alcol/sostanze e del benessere psicofisico attraverso la riabilitazione al piacere. Per la definizione del percorso riabilitativo è necessario valutare i diversi fattori, personali ed ambientali ed i loro cambiamento a seguito degli interventi introdotti. A questo scopo è stato costruito il set di strumenti denominato ICF-Recovery.

#### Parole Chiave

Riabilitazione, recovery, ICF, benessere

#### Abstract

The growth in rehabilitation demand in Alcohol Use Disorders (DUA) is linked to the characteristics of alcoholic disease, organic and psychiatric comorbidity, and the aging of the population being treated. Introducing Psychosocial Rehabilitation into programs means changing one's way of thinking and acting by orienting towards recovery, that is a satisfactory personal and social functioning condition. Psychosocial rehabilitation deals with health and lifestyle, conditions, work and leisure time, relationships and social networks as well as, more specifically, the use of alcohol / substances and psychophysical well-being through rehabilitation for pleasure. To define the rehabilitation process, it is necessary to evaluate the various personal and environmental factors and their changes following the interventions introduced. For this purpose, the set of tools called ICF-Recovery was built.

#### Keywords

Rehabilitation, recovery, ICF, well-being



Gli strumenti della medicina spesso ci permettono di tenere sotto controllo malattie che in passato avrebbero condotto a morte: oggi un gran numero di persone convive con i propri disturbi in un equilibrio più o meno stabile. Spesso queste condizioni “croniche” conducono ad una diminuzione del funzionamento personale e sociale, ad una perdita delle capacità di vita autonome, in definitiva ad una perdita della Qualità della Vita (QdV).

L'evoluzione verso gradi diversi di disagio personale e ambientale è praticamente costante nel contesto dei Disturbi da Uso di Alcol (DUA), ed appare particolarmente marcata in presenza di situazioni psichiatriche comorbili (doppia diagnosi) e di patologie alcol correlate gravi. È dunque importante adottare anche nella cura di queste condizioni un approccio che non veda salute e malattia come polarità contrapposte ma come elementi da tenere in equilibrio in modo soddisfacente per la persona.

Nella cura dell'alcolismo è tradizionalmente prevalso l'atteggiamento secondo il quale una volta raggiunta l'astinenza, considerata come *endpoint* ottimale, il recupero del funzionamento nella vita quotidiana fosse automatico o quasi: da qui la centratura degli sforzi sulla prevenzione della ricaduta e sulla riduzione dei fattori di ricaduta. La pratica clinica ci insegna che spesso le cose non vanno in questo modo: vi sono pazienti che raggiungono l'astinenza ma hanno grosse difficoltà a recuperare livelli di funzionamento accettabili, come pure vi sono pazienti che non raggiungono mai una astinenza stabile.

È per dare una risposta alle frequenti situazioni di questo tipo che è importante introdurre la Riabilitazione Psicosociale anche nei programmi di trattamento dei Disturbi da Uso di Alcol.

Non si tratta della mera proposta di nuovi interventi ma di un modo diverso di pensare al paziente ed al suo percorso. Il cuore della questione non è tanto l'applicare le tecniche validate, pur numerose nella moderna riabilitazione, ma il modificare il proprio modo di pensare e di agire orientandosi alla *recovery*, cioè come recuperare una condizione di funzionamento personale e sociale soddisfacente, anche quando non si è raggiunta l'astinenza.

Per essere autenticamente riabilitativo un programma dovrebbe rispettare le seguenti condizioni [1]:

- essere personalizzato, cioè tarato sulle attese e capacità dell'individuo;
- essere condotto con modalità relazionali di tipo motivazionale centrate sull'empowerment;
- sviluppare abilità spendibili nella vita reale;
- essere programmato e valutato con strumenti obiettivi (es. ICF-Recovery);
- coinvolgere la famiglia e l'ambiente sociale.

Tali condizioni segnano una discontinuità della moderna riabilitazione rispetto ad attività “riabilitative” presenti nei luoghi di cura, spesso scarsamente attente a questi principi ed alla realtà della vita quotidiana.

La riabilitazione psicosociale, secondo le evidenze disponibili, dovrebbe occuparsi certamente di salute e stile di vita, ma anche delle condizioni abitative, di lavoro e tempo libero, di relazioni e rete sociale. Nello specifico dei DUA, occorre prestare attenzione anche all'uso di alcol/sostanze, in funzione della prevenzione della ricaduta, ed al tema del benessere psicofisico attraverso la riabilitazione al piacere.

### **Malattia e disabilità nei Disturbi da Uso di alcol**

I Disturbi da Uso di Alcol (DUA) sono associati ad una notevole carico di malattia e di disabilità [2]. Il *carico di malattia (burden of disease)* è definito come impatto di una malattia su una popolazione in termini di cattivo stato di salute, rischio di decesso, costo delle cure o altri indici accreditati. Il *Disability-adjusted life year (DALY)* è una misura della gravità globale di una malattia, espressa come il numero di anni persi a causa della malattia, per disabilità o per morte prematura. Poiché i DUA spesso non sono fatali, l'indicatore di disabilità DALY è più importante di quello relativo alla mortalità [3].

Nel complesso, data l'elevata prevalenza di DUA e la loro importanza per la salute pubblica, specialmente nei Paesi sviluppati, è sorprendente che siano pochi gli studi che hanno esaminato le disabilità ad essi associate e come i risultati di tali studi siano notevolmente eterogenei [4,5]. Ciò può essere dovuto a vari fattori, quali:

- i diversi studi considerano campioni non omogenei. Se si analizzano popolazioni in trattamento, il carico di malattia e disabilità è molto maggiore rispetto a campioni di popolazione generale reclutati a fini epidemiologici;
- l'alcol ha un impatto causale su numerose condizioni morbose, sia fisiche che mentali. L'osservazione delle malattie e disabilità alcolcorrelate è frammentata tra professionisti/istituzioni diverse sulla base dell'organo/apparato/funzione colpito e questo provoca una notevole difficoltà nella raccolta dei dati;
- solo una parte delle malattie e disabilità alcolcorrelate è totalmente attribuibile all'alcol. In molte situazioni, l'abuso di alcol è un cofattore in situazioni morbose che possono avere etiologia multipla (es. cirrosi epatica, depressione), per cui vi sono differenze tra gli autori nella valutazione del nesso di causalità;
- lo stesso soggetto può presentare livelli assai diversi di disabilità a seconda se la valutazione viene fatta in situazione di intossicazione o di sobrietà. Inoltre, la condizione di disabilità varia in base al contesto di vita, cioè alla presenza o assenza di supporti per lo svolgimento delle comuni attività quotidiane;
- la disabilità associata al DUA varia tra le culture in base alle diversità nei modelli di consumo ed alla risposta sociale al consumo stesso [6].

La corretta e sistematica valutazione del carico di malattia e di disabilità nei pazienti con DUA consentirebbe di impostare correttamente l'attività dei servizi ad essi dedicati. Tuttavia, a fronte della diffusa percezione di una crescita del bisogno di interventi riabilitativi, non risulta che in letteratura questi aspetti siano stati sufficientemente valutati.

### **Recovery, Funzionamento, Empowerment, Qualità della Vita**

La Riabilitazione Psicosociale è definita dall'OMS come un processo in grado di fornire alle persone che abbiano un danno, una disabilità o un handicap dovuto ad un disturbo mentale, tutte le opportunità per raggiungere il miglior livello di funzionamento possibile [7]. Un significato analogo ha il termine *recovery*, che è riduttivo tradurre con "recupero" perché indica il raggiungimento di una condizione di equilibrio con la malattia che consente una vita soddisfacente in ambito personale e sociale.

Se la guarigione clinica rappresenta l'assenza di sintomi e/o la *restitutio ad integrum* anatomico-funzionale, la *recovery* va intesa come "guarigione funzionale" ed è più adeguata in presenza di patologie di lunga durata o avviate alla cronicità, per le quali si rende necessaria la valutazione del funzionamento, cioè la possibilità di svolgere le comuni attività della vita quotidiana, e della qualità della vita [8]. Secondo una famosa definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il costrutto del Quality of Life comprende la percezione che ciascuna persona ha della propria posizione nel contesto dei sistemi culturali e di valori nei quali è inserito e in relazione alle proprie finalità, aspettative, standard ed interessi [9]. La qualità della vita è stata misurata con indicatori oggettivi, riguardanti le condizioni ambientali e sociali, ma oggi si preferiscono metodi soggettivi, centrati sulla personale esperienza delle condizioni di vita.

Nella riabilitazione orientata alla *recovery*, l'efficacia dei processi riabilitativi è condizionata dalla partecipazione attiva del paziente, ben riassunta nel concetto di *empowerment* (valorizzazione, conferimento di importanza, protagonismo), elemento necessario per un processo di crescita basato su autostima, autoefficacia e autodeterminazione. Si tratta di un approccio di salute personalizzato sul singolo individuo, con il quale si definiscono obiettivi di funzionamento con un riguardo particolare all'inclusione sociale.

### **Astinenza, Ricaduta, Recovery**

Nel trattamento dei DUA la astinenza dall'alcol è sempre stato il primo obiettivo ed il presupposto per il raggiungimento di successivi obiettivi riabilitativi. Tuttavia, nella pratica clinica si presentano spesso pazienti che non possono/non vogliono raggiungere l'astinenza. Va considerato, inoltre, che in letteratura vengono frequentemente segnalate situazioni di benessere raggiunte da pazienti non astinenti. Ad esempio, nello studio Combine [10], nella categoria *good clinical outcomes* (definita con un set di indicatori comprendenti sia il consumo di alcol che parametri fisiologici, laboratoristici

e di funzionamento), vengono inclusi sia pazienti che hanno raggiunto e mantengono l'astinenza da alcol sia soggetti che bevono moderatamente senza incorrere in problemi.

D'altro canto, nella pratica clinica non è infrequente il caso di soggetti astinenti da alcol che non possono essere considerati in recovery in quanto conservano rilevanti problemi nel funzionamento personale e sociale, cioè non riescono ad avere uno stile di vita dignitoso, ad adempiere agli obblighi di ruolo (famigliari e lavorativi), etc.

A questo proposito può essere utile ricordare la distinzione operata dagli Alcolisti Anonimi tra *astinenza* (astenersi volontariamente, spesso con sforzo se non addirittura con sofferenza dall'alcol) e *sobrietà*: quest'ultima descrive il raggiungimento della serenità rispetto all'alcol, un atteggiamento di distacco verso tutto ciò che può alterare lo stato mentale, e, nelle forme più evolute, la consapevolezza che il non uso di sostanze non è "un di meno", ma "un di più", un arricchimento personale.

Le conoscenze neurobiologiche sulle *addiction* mettono in guardia da facili entusiasmi rispetto all'astinenza dei soggetti con DUA [11]. È ampiamente accettato che l'alcolismo non sia semplicemente un problema di comportamento legato all'assunzione di alcol, ma una dipendenza, cioè un disturbo ricorrente con ricadute causate da fattori personali ed ambientali che possono innescare il desiderio di alcol e portare alla perdita di controllo [12].

Un importante determinante della ricaduta è la riesposizione all'etanolo (l'effetto cosiddetto "primo bicchiere"), che agisce come innesco per episodi di desiderio compulsivo e perdita di controllo. Il fenomeno è ampiamente noto nei suoi determinanti ambientali e personali e nelle manifestazioni a livello cerebrale [13], che riguardano il neuroadattamento nelle aree limbiche del cervello, che diventano particolarmente reattive anche con basse quantità di alcol [14].

I pazienti che continuano ad assumere alcol, se pur in quantità ridotte, sono comunque esposti ai processi descritti e, quindi, soggetti al rischio di tornare alla situazione di perdita di controllo rispetto al bere.

Le evidenze scientifiche accumulate negli ultimi 10-15 anni sulla memoria di droghe e alcol non fornisce alcuna prova che la riduzione del consumo possa cancellare i ricordi emotivi e appetitivi consolidati durante la dipendenza. La "reversibilità" del comportamento alcolico da compulsivo a controllato - e quindi la reversibilità del sottostante neuroadattamento cerebrale - è una sfida per la ricerca e la clinica, ma attualmente non rappresenta un'opportunità terapeutica disponibile. Van Amsterdam e van der Brink [15] suggeriscono la possibilità di considerare il ritorno al bere sociale come una opportunità da proporre a giovani bevitori con breve storia di abuso alcolico e in assenza di vulnerabilità genetica. Tale ipotesi è interessante ma richiede dati clinici a supporto prima di poter essere applicata nella pratica clinica quotidiana. Diverso è il caso della riduzione del consumo di alcol ottenuto tramite l'assunzione di antagonisti oppioidi quali il naltrexone o il nalmefene. In questo caso la *reduction* va vista come un'utile strategia per agganciare un paziente non motivato

all'astensione, o come "riduzione del danno" per pazienti che non riescono a raggiungere una stabile astinenza; non vi sono invece evidenze che supportino la "riduzione farmacologicamente assistita" come tappa verso il ritorno al bere controllato. Considerando la possibilità che il bere moderato agisca come *trigger* della ricaduta, vi è il serio rischio che la riduzione del consumo non raggiunga l'obiettivo di una stabilizzazione nella assunzione di alcol e nei comportamenti di salute psicosociale correlati.

Pertanto, fermo restando che l'astinenza (o meglio, la sobrietà) rappresenti l'obiettivo del trattamento dell'alcolismo, si pone il problema come curare quei pazienti che non riescono a raggiungere tale condizione. In questi casi, la riabilitazione orientata alla recovery può aiutare poiché l'obiettivo non è la scomparsa del sintomo, ma il raggiungimento di un soddisfacente equilibrio di vita. In altri termini, si rinuncia a perseguire l'astinenza a tutti i costi, come spesso avviene "costringendo" il paziente a lunghi periodi di degenza o esponendolo ai rischi dell'uso di Disulfiram in situazioni di ricaduta, ma si sceglie di intervenire su altri determinanti di benessere e qualità della vita, oltre che sui fattori sociali ed ambientali che alimentano l'alcolismo. Sono da evitare atteggiamenti punitivi, quali l'esclusione dal trattamento, spesso legati più alla frustrazione del terapeuta che al bene del paziente.

### **La Recovery nella Vita Quotidiana**

Secondo la visione biopsicosociale della salute, la malattia e la disabilità sono le risultanti di interazioni complesse tra l'individuo ed il suo ambiente fisico e sociale. Lo stesso sintomo sarà più o meno inabilitante a seconda del contesto in cui si sviluppa: la difficoltà di deambulare, ad esempio, sarà diversa se il terreno è liscio o accidentato, se si supportati o lasciati soli dagli altri; un sintomo psichico o l'uso di sostanze hanno conseguenze assai diverse se affrontati in un ambiente accogliente e rassicurante rispetto ad uno stigmatizzante. Lo stesso effetto dei farmaci cambia a seconda dell'ambiente in cui si realizza: l'efficacia di una terapia per l'alcolismo è minore in un ambiente in cui l'uso di alcol è diffuso ed incentivato.

L'intervento riabilitativo, dunque, non riguarda solo la malattia, le sue cause e manifestazioni, ma deve considerare anche l'ambiente in cui essa si sviluppa. I contesti di vita famigliari, sociali, lavorativi devono essere riprogrammati in vista della recovery della persona, in modo da consentirle di svolgere le comuni attività quotidiane anche in condizioni personali non ottimali.

### **Riabilitazione e Comunità Terapeutica**

Il ricovero di pazienti con DUA in Comunità Terapeutica (CT) ed in altri programmi residenziali è relativamente frequente e riguarda sia soggetti con funzionamento ancora elevato che necessitano di un intervento intensivo in ambiente protetto per interrompere la compulsione al bere e per affrontare problematiche psichiche sottendenti la dipendenza, sia pazienti con basso livello di

funzionamento a causa della dipendenza per i quali la riabilitazione si orienta sul “reimparare” a vivere nel mondo reale senza ricorrere all’alcol.

Le CT per le Dipendenze Patologiche nacquero a seguito alla drammatica “epidemia” dell’eroina degli anni 70-80; in una situazione di assenza di risposte istituzionali vennero importati ed adattati i programmi statunitensi di Synanon e Daytop: comunità residenziali per alcolisti e tossicodipendenti centrate sul self-help. Lo strumento fondamentale di questi percorsi era la vita stessa in comunità, la qualità delle interazioni sociali sviluppate in un ambiente sano e libero da sostanze psicoattive, sotto la guida dei residenti anziani, la riflessione relativa agli eventi quotidiani ed alle relazioni interpersonali. La comunità diveniva una sorta di famiglia sostitutiva in cui crescere durante lunghi periodi di permanenza. Molto importante risultava essere il clima emotivo della comunità: resiliente, di accettazione e di consapevolezza, di relazioni autentiche, di totale fiducia. La comunità rappresentava il “luogo sicuro” contrapposto alla drammaticità del mondo, in cui i residenti imparavano qualcosa su se stessi [16].

L’introduzione di interventi terapeutici (quindi, per definizione, personalizzati) avvenne solo in un secondo tempo, richiedendo una parziale riformulazione del concetto stesso di comunità. Attualmente quasi tutti i programmi comunitari in Italia sono costituiti da un mix di elementi ambientali ed elementi personali, in combinazioni estremamente variabili [1].

L’ingresso degli alcolisti in CT ha contribuito a metterne in discussione il modello fondante. Si tratta di pazienti profondamente diversi: soggetti mediamente di età maggiore rispetto ai tossicodipendenti, con livelli di funzionamento relativamente buoni, con maggiori problemi organici, ma soprattutto pazienti che provenivano dalla lenta esperienza di deterioramento del funzionamento a causa dell’alcolismo mediterraneo, un’esperienza esistenziale assai diversa dalla rapida autodistruzione dell’eroina. Tali pazienti spesso avevano ancora una casa, una famiglia, un lavoro e una prolungata istituzionalizzazione per loro poteva tradursi più in un danno che in un vantaggio. È il periodo in cui si sperimentano programmi residenziali alcologici specifici sia in CT che in strutture ospedaliere pubbliche e private convenzionate: programmi più brevi, con una maggiore componente sanitaria in cui, accanto all’ambiente terapeutico, si mettono in campo strumenti specifici sia farmacologici che psicoterapici che psicoeducazionali, spesso con la partecipazione diretta delle organizzazioni dell’autoaiuto.

Molti di questi programmi sono tuttora attivi e rappresentano la risposta per soggetti che necessitano di un intervento intensivo in ambiente protetto. Alcuni di questi programmi residenziali sono stati applicati ad altre dipendenze, quali cocaina e gioco d’azzardo, che in molti casi hanno caratteristiche simili all’alcolismo.

Questa è anche la storia del Centro Soranzo, un programma residenziale comunitario nato a Venezia nel 2001, ove è stata particolarmente sviluppata la componente psicoterapica applicata alle vicende traumatiche che spesso stanno alla base dell’abuso di sostanze [17].

Nel corso del tempo è emersa la necessità di programmi dedicati ad alcolisti avviati alla cronicità, orientati a far recuperare le capacità di vivere nel mondo reale. A questo scopo sono necessarie strutture riformulate secondo i principi della moderna riabilitazione psicosociale, in grado di offrire degenze lunghe ad impronta più marcatamente riabilitativa. Si tratta di una evoluzione dei modelli di cura che è in corso ma lontana dall'essere completata e diffusa.

È necessario ricordare che la Comunità Terapeutica è per definizione un ambiente artificiale, una palestra che dovrebbe allenare alla "vita reale". L'aspetto maggiormente problematico nella realizzazione di un programma comunitario autenticamente riabilitativo è la dinamica dentro/fuori. Spesso le attività svolte nelle CT sono più funzionali alla vita comunitaria che alla vita reale, mentre la possibilità di uscire e mettersi alla prova nelle situazioni reali è limitata dal timore di ricadute nell'uso di sostanze. Trovare un equilibrio fra necessità di "protezione" ed esposizione ad un rischio controllato e consapevole è un aspetto centrale della riabilitazione in comunità: equilibrio non facile che tocca aspetti professionali ed etici rilevanti. La ricaduta nell'uso di alcol/sostanze non è soltanto un "affare personale", ma un evento che ha profonde ripercussioni sul gruppo dei residenti, determinando spesso ricadute a catena o comunque un turbamento della dinamica comunitaria di non facile gestione.

Le CT riguarda oggi si stanno misurando con altre due sfide, nuove rispetto al passato. La prima riguarda la definizione di percorsi volti a prevenire il deteriorarsi del funzionamento nella vita quotidiana, spostando il focus dei trattamenti dall'astinenza alla recovery. Non secondariamente, cresce la necessità di valutazione degli *outcomes*, sia ai fini del miglioramento continuo sia per la rendicontazione richiesta dai diversi *stakeholders*.

La crescente richiesta di formazione sulla Riabilitazione Psicosociale da parte di CT dell'area delle dipendenze testimonia dello sforzo di cambiamento in corso.

### **Personalizzare l'intervento, Promuovere il Protagonismo**

Nel programmare e valutare gli interventi riabilitativi nell'ottica della recovery bisogna tenere conto delle caratteristiche del paziente, del suo quadro fisiopatologico e comportamentale e delle peculiarità dell'ambiente di vita. È necessario individualizzare i percorsi sulla base di questi elementi personali e contestuali, avendo sempre presente che il successo della riabilitazione si riscontra nella "vita vera" del soggetto.

In un programma strutturato secondo i principi descritti tutto il personale, anche quello non direttamente dedicato alle attività riabilitative in senso stretto, deve essere orientato alla recovery, sia nella applicazione delle tecniche terapeutiche che nello spirito che anima il gruppo di lavoro. Ad esempio, una farmacoterapia *recovery-oriented* deve tenere presente gli obiettivi di funzionamento definiti con il paziente, cercando un equilibrio tra la necessità di attenuare i sintomi e quella di non interferire con le capacità del paziente e con la sua motivazione al trattamento. Si tratta di una pratica

non facile sia perché richiede al medico di reimpostare il proprio atteggiamento clinico, sia perché spesso si scontra con le richieste istituzionali e delle famiglie di avere un paziente che non crei problemi. In un contesto riabilitativo è molto importante stimolare la acquisizione da parte del paziente di un ruolo attivo anche rispetto alla farmacoterapia: fornire accurate informazioni sul farmaco che si intende utilizzare, motivare la scelta di quel farmaco a quel dosaggio, in quelle condizioni (ad esempio la scelta di affidare la somministrazione ad una persona di fiducia), stimolare il paziente ad osservarne gli effetti ed a suggerire modificazioni, individuare situazioni in cui la farmaco-terapia si è rivelata particolarmente utile (ad esempio, situazioni ad alto rischio superate grazie alla copertura farmacologica). In questo modo il paziente acquisisce sempre maggiore competenza nella gestione del farmaco, permettendone così un utilizzo più efficace e sempre più mirato sulle situazioni a rischio.

### **La prevenzione della Ricaduta**

Il mantenimento nel tempo della astinenza dalle sostanze psicoattive richiede una serie di interventi volti ad aumentare la capacità della persona a fronteggiare la ricaduta. L'obiettivo di tali interventi è la prevenzione della ricaduta (*Relapse Prevention* – RP) che viene perseguito aiutando il paziente ad individuare i processi che lo riavvicinano alle sostanze, in particolare le situazioni ad alto rischio e ad elaborare strategie di fronteggiamento. Nell'ambito delle dipendenze, la ricaduta va considerata un elemento quasi inevitabile e va elaborata per “imparare dall'errore”. Non è utile, pertanto, un atteggiamento sanzionatorio, quale per esempio l'allontanamento del paziente dal trattamento.

Un aspetto fondamentale della prevenzione della ricaduta è la gestione del *craving*, basata sull'accoppiamento di strumenti farmacologici e psicoeducativi. Per *craving* (o appetizione patologica) si intende il desiderio irrefrenabile di assumere una sostanza, desiderio che se non soddisfatto provoca sofferenza fisica e psichica, accompagnata da astenia, anoressia, ansia e insonnia, irritabilità, aggressività, depressione o iperattività. Il *craving* può comparire dopo anni di astinenza e viene tipicamente scatenato dalla prima assunzione della sostanza o, comunque, da situazioni associate all'uso.

Alcuni studi hanno evidenziato l'efficacia della meditazione (*Mindfulness*) nella prevenzione della ricaduta [18], al punto che oggi la forma maggiormente accreditata di prevenzione della ricaduta è la MBRP (*Mindfulness Based Relapse Prevention* – Prevenzione della ricaduta basata sulla *Mindfulness*). Si tratta di un protocollo di intervento che combina il programma cognitivo-comportamentale di prevenzione delle ricadute messo a punto da Marlatt nel 1985 con la pratica *Mindfulness*.

Per inserire la RP nei programmi riabilitativi orientati alla recovery occorre, anche in questo caso, agire in maniera personalizzata, rinunciando a percorsi uniformi e rigidamente strutturati per tararsi, invece, sulle attese e le capacità individuali, adottando modalità relazionali di tipo motivazionale,



fornendo abilità spendibili nella vita reale (dove avviene la ricaduta), con il coinvolgimento della famiglia e del contesto sociale. Come si è compreso l'astinenza è irrealizzabile quanto l'alcolista è solo o emarginato e deve "imparare" a vivere da sobrio in un ambiente che non lo è.

Ancor una volta non si tratta di acquisire nuove tecniche o strumenti, ma di applicare quelle già note nello spirito della recovery: sembra poco, ma non è così.

### **La riabilitazione al Piacere**

La lesione della capacità di sperimentare gratificazione nel proprio contesto di vita (anedonia) viene riscontrata in moltissime condizioni mediche e psichiatriche, dalle malattie neurodegenerative a vari disturbi mentali come, ad esempio, quelli dell'umore, i disturbi psicotici, i disturbi da uso di sostanze, alcuni disturbi della personalità, i disturbi da stress posttraumatico (PTSD). L'anedonia è una componente centrale anche della astinenza alcolica protratta [19].

La capacità di provare piacere è fondamentale nei processi decisionali. In condizioni fisiologiche normali, gli stimoli del piacere provocano una attivazione dei sistemi cerebrali preposti alla genesi delle emozioni (sistema mesolimbico: area ventrale tegmentale, nucleo accumbens, amygdala), i quali dialogano con i sistemi motori, dando il segnale "questa cosa è buona, cercala, consumala". Vi è anche un intervento della corteccia prefrontale che "valuta" l'informazione sensoriale ed i suoi correlati, stabilendo il rapporto tra costi e benefici dell'azione necessaria per ottenere il piacere, come pure l'opportunità sociale o morale di questa azione.

I processi descritti avvengono attraverso il "confronto" tra i dati sensoriali attuali e le esperienze immagazzinate nella memoria. Questi processi consentono di non prendere decisioni dettate dall'impulso, dalla spinta appetitiva, ma mediate dalla esperienza.

Sul piano neurobiologico si possono distinguere due tipi di piacere: quello appetitivo, dopaminergico, ed il piacere consumatorio, endorfinico, corrispondenti alle due fasi della acquisizione di un obiettivo correlato alla ricompensa, la ricerca e la fruizione.

Questi elementi sono utili a spiegare che le comuni gratificazioni della vita non sono semplicemente un "piacevole" intermezzo ma svolgono una funzione importantissima e la loro mancanza comporta gravi alterazioni della motivazione e del *decision making*.

A partire da Aristotele fino alla psicologia positiva si sono distinte due ingredienti del benessere: la edonia e la eudaimonia. Mentre vi è accordo sul fatto che edonia corrisponda alla fruizione del piacere, il concetto di eudaimonia è più complesso perché corrisponde agli aspetti emotivi e cognitivi di una vita "ben vissuta", piena di significato. La felicità eudaimonica è legata alla "fioritura umana", all'autorealizzazione virtuosa, in linea con gli obiettivi vitali e con le concezioni etiche dell'individuo e della società.

Mentre la base neurale del piacere edonico è sostanzialmente quella già descritta, il piacere eudaimonico coinvolge funzioni cerebrali complesse, solo in parte chiarite, che sarebbero basate

sulla interazione tra i già descritti sistemi del *reward* ed il Default Mode Network (DMN- connettività funzionale intrinseca). Si tratta di una rete neurale distribuita in diverse regioni corticali e sottocorticali, che viene generalmente attivata durante le ore di riposo e di attività “passive”, mentre si disattiva quando al cervello è richiesto di svolgere compiti che richiedono un’attenzione focalizzata. Le strutture corticali e sottocorticali che fanno parte di questa rete possono in parte variare da individuo a individuo, ma in generale sono riconducibili ad alcune aree principali: ippocampo, giro para-ippocampale, corteccia prefrontale mediale, regioni temporali laterali e temporo-parietali, cortecce posteriori mediali (corteccia cingolata posteriore e precuneo) [20].

Edonia ed eudaimonia sono coinvolti in maniera stretta e non così facilmente distinguibile nella percezione di benessere. Entrambe le componenti risultano deficitarie nelle situazioni di anedonia legata all’uso di alcol/sostanze; la perdita del piacere eudemonico si colloca all’interno della generale perdita del senso della vita e delle relazioni che caratterizza questi disturbi.

La genesi della anedonia nei Disturbi da Uso di alcol e sostanze è ben conosciuta. Tutte le sostanze psicoattive, pur tra loro molto diverse per altri aspetti, hanno in comune la capacità di stimolare in maniera molto forte il sistema del reward, generando un piacere “artificiale” che viene memorizzato insieme al contesto emotivo, corporeo ed ambientale in cui avviene l’uso; il ritorno a quel contesto attiva il comportamento di ricerca della gratificazione. Allo stesso tempo, le sostanze psicoattive sono in grado di deprimere la funzionalità dei sistemi corticali della programmazione e del controllo. La risultante di queste azioni è il progressivo spostamento del comportamento verso la impulsività, la risposta diretta agli stimoli, mentre la capacità di valutare le conseguenze delle azioni e di prendere decisioni ponderate declina. È ciò che accade quando si guida dopo aver bevuto anche piccole quantità di alcol: si tende ad andare più forte, sottovalutando il rischio di sanzioni o di incidenti.

Se la assunzione di sostanze psicoattive si ripete, un po’ alla volta il cervello si adatta alla nuova situazione per fenomeni neuroplastici e lo spostamento verso il registro dell’impulsività diviene stabile: vi è un cambiamento di aspetti di personalità che impronta tutta la vita della persona con addiction, anche al di fuori dei periodi di intossicazione, fino ad arrivare a gravi deficit dei processi di decision making. In questa situazione le sostanze ed i comportamenti di addiction si sostituiscono alle gratificazioni fisiologiche, ai piaceri che danno colore emotivo alla vita quotidiana, quali nutrizione, sessualità, cura del corpo, relazioni affettive.

In molti casi il recupero della capacità di provare piacere è intrinseco al processo di recovery e va di pari passo con la attenuazione dei sintomi e la ripresa del funzionamento nella quotidianità. In altri casi è invece necessario prevedere, all’interno del programma di cura, interventi di “riabilitazione al piacere” che riattivino questa fondamentale funzione. Gli interventi centrati sul benessere possono essere direttamente parte del programma terapeutico (es. gruppo di yoga all’interno di un Servizio), come pure essere reperiti sul territorio. È tuttavia molto importante che siano oggetto di verbalizzazione e di mentalizzazione all’interno del percorso, come elemento importante della

psicoterapia o del counselling. In altre parole, si dovrebbe aver chiaro che motivare, costruire un piano concreto di interventi per il benessere, monitorare questi interventi, aiutare a mentalizzare l'accaduto, inserirli nel contesto del recovery personale e sociale, monitorare i risultati sono compiti terapeutici importanti, fortemente correlati al buon esito del percorso.

Aree di intervento centrate sul benessere che hanno un sufficiente livello di validazione scientifica e che quindi possono avere un ruolo nella Riabilitazione al benessere sono le seguenti [21]:

- nutrizione ed integrazione alimentare;
- attività fisica;
- mindfulness;
- yoga e altre pratiche contemplative basate sul movimento;
- arte, musica.

Si tratta di proposte assai eterogenee, per ognuna delle quali sarebbe necessaria una trattazione specifica. Qui si precisa che l'uso integrato e personalizzato di questi dispositivi può costituire la base di ottimi percorsi riabilitativi.

### **Gli Strumenti Icf-Recovery per l'assessment del Paziente e la valutazione degli interventi**

Per la definizione del percorso riabilitativo è necessario valutare in fase iniziale i diversi fattori, personali ed ambientali, e disporre di strumenti che offrano evidenze sul loro cambiamento a seguito degli interventi introdotti.

A questo scopo è stato costruito il set di strumenti denominato ICF-Dipendenze, validato presso i SerD di Dolo e Mirano [22] di cui ICF-Recovery è l'evoluzione [23].

Si tratta di strumenti sviluppati a partire dalla *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute* (ICF), prodotta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità [7]. L'ICF nasce come strumento di classificazione, con finalità di tipo descrittivo, tuttavia, la stessa OMS ne ha incoraggiato l'utilizzo anche in funzione valutativa, in particolare per l'elaborazione di Profili di Funzionamento che consentono di descrivere la complessa relazione tra le condizioni di salute di un individuo, le sue attività e la partecipazione sociale, i fattori personali e il contesto in cui egli vive. La modalità più diffusa a livello internazionale di utilizzo della Classificazione ICF consiste nel selezionare, tra gli oltre 1500 item individuati dall'OMS, quelli più attinenti ad uno specifico target o più interessanti per descrivere/valutare il funzionamento/disabilità conseguenti ad un particolare tipo di condizione di salute.

*ICF-Recovery* è un set organico di strumenti che non hanno una funzione diagnostica ma sono finalizzati a definire percorsi riabilitativi ed alla loro valutazione secondo un approccio basato sulle evidenze. Tali strumenti capitalizzano l'esperienza maturata nelle dipendenze dal 2013, spostando con maggiore decisione il focus dalla malattia alla persona, riconosciuta come titolare del proprio percorso di cura e riabilitazione secondo il modello della recovery.

Gli strumenti ICF-Recovery possono essere utilizzati con giovani ed adulti con dipendenza da alcol/sostanze, comportamenti additivi e disturbi mentali. La valutazione risulta efficace anche su soggetti con lievi disabilità intellettive, doppia diagnosi e, più in generale, su adulti in condizione di marginalità sociale o svantaggio socio-culturale.

Gli strumenti sono disponibili gratuitamente sul sito: [www.icf-recovery.it](http://www.icf-recovery.it).

Si tratta di:

- un Questionario di Osservazione per gli operatori;
- un Questionario per l'Autovalutazione da parte della persona;
- un Questionario per la Valutazione da parte dei Familiari;
- una piattaforma web che genera una valutazione definita *Profilo biopsicosociale di Funzionamento*, un'elaborazione utile alla definizione di un *Progetto terapeutico-riabilitativo*, una *comparazione dei dati a distanza di tempo*, anche tra Servizi diversi, con il coinvolgimento attivo del paziente.

Un' importante valore aggiunto della valutazione con ICF-Recovery è rappresentato dalla considerazione del contesto di vita come determinante del funzionamento individuale, secondo il modello biopsicosociale dell'OMS. È fondamentale, quindi, operare una approfondita analisi dei Fattori Ambientali (FA) e Personali (FP) implicati nelle diverse attività quotidiane per comprendere le difficoltà che una persona sperimenta.

Una volta raccolte le informazioni richieste è possibile generare un Profilo di Funzionamento (PdF) tramite una piattaforma gratuita ([www.icfapplicazioni.it](http://www.icfapplicazioni.it)), finanziata dall'Università di Verona attraverso uno specifico progetto di ricerca, nella quale, dopo la creazione di un account personale, è possibile inserire i dati dei diversi questionari. Sono sufficienti i dati di un singolo questionario (operatore, paziente, familiari) per la produzione automatica del PdF.

La piattaforma ICF Applicazioni è programmata per consentire di confrontare questionari che riguardano la stessa persona realizzati a distanza di tempo. La funzione è disponibile in automatico e permette di scegliere quali questionari comparare, offrendo un'immediata visualizzazione di ciò che si è modificato tra il T<sup>0</sup> e il T<sup>1</sup>. È una funzione molto utile per monitorare gli interventi e per dare evidenza degli esiti dei percorsi terapeutico-riabilitativi nelle diverse dimensioni della vita quotidiana. A questo scopo sono stati sviluppati i seguenti indicatori, elaborati automaticamente dalla piattaforma:

- a) il livello di funzionamento complessivo, indicatore assoluto espresso in percentuale;
- b) l'indice di inclusione, ricavato secondo il modello teorico che considera rilevanti nei processi di inclusione/esclusione sociale sia l'azione del soggetto, sia l'accoglienza offerta dal territorio di appartenenza;
- c) l'indice di sostegno sociale, che fornisce una misura del supporto che il soggetto riceve dalla rete sociale, formale e informale.

Se vengono inseriti più questionari sulla stessa persona nello stesso arco di tempo, la piattaforma consente di generare un profilo che integra le diverse valutazioni, compara le valutazioni (es. degli operatori e del paziente, di due operatori diversi), calcolando in automatico l'indice di accordo. Nel Pdf sono riportate a sintesi le valutazioni di Performance (PF) e Capacità (CAP) per ciascuna delle nove dimensioni di Attività e Partecipazione, oltre ad una rappresentazione analitica e colorata di tutti gli item del questionario elaborato (Figura 1).

## Attività e Partecipazione

Sintesi delle aree di vita		Perf	Cap	Analisi delle aree di vita						
Apprendimento e applicazioni delle conoscenze	D1	Yellow	Green	d160 3 2	d166 1 0	d170 1 0	d175 3 2	d177 3 2		
Compiti e richieste generali	D2	Yellow	Yellow	d220 0 0	d230 3 3	d2400 2 1	d2401 3 3	d2402 3 3		
Comunicazione	D3	Green	Green	d350 0 0	d355 0 0	d360 0 0				
Mobilità	D4	Green	Green	d450 0 0	d455 0 0	d4602 0 0	d470 0 0	d475 0 0		
Cura della propria persona	D5	Red	Green	d510 2 0	d540 2 1	d5701 3 2	d5702 3 2			
Vita domestica	D6	Green	Green	d610 0 0	d620 2 0	d630 2 0	d640 1 0			
Interazioni e relazioni interpersonali	D7	Yellow	Green	d7202 3 2	d730 0 0	d740 1 0	d750 1 0	d760 2 1	d770 2 0	
Aree di vita fondamentali	D8	Green	Green	d810 0 0	d820 9 9	d840 0 0	d8450 1 0	d8451 2 0	d865 2 2	d870 3 3
Vita sociale, civile e di comunità	D9	Yellow	Green	d920 1 0	d998 3 2					

Figura 1 - sezione del Pdf: Attività e Partecipazione

Il Pdf restituisce anche un'elaborazione dei fattori contestuali attraverso i due grafici della Rete di Supporto e dei Fattori Ambientali (Figura 2).

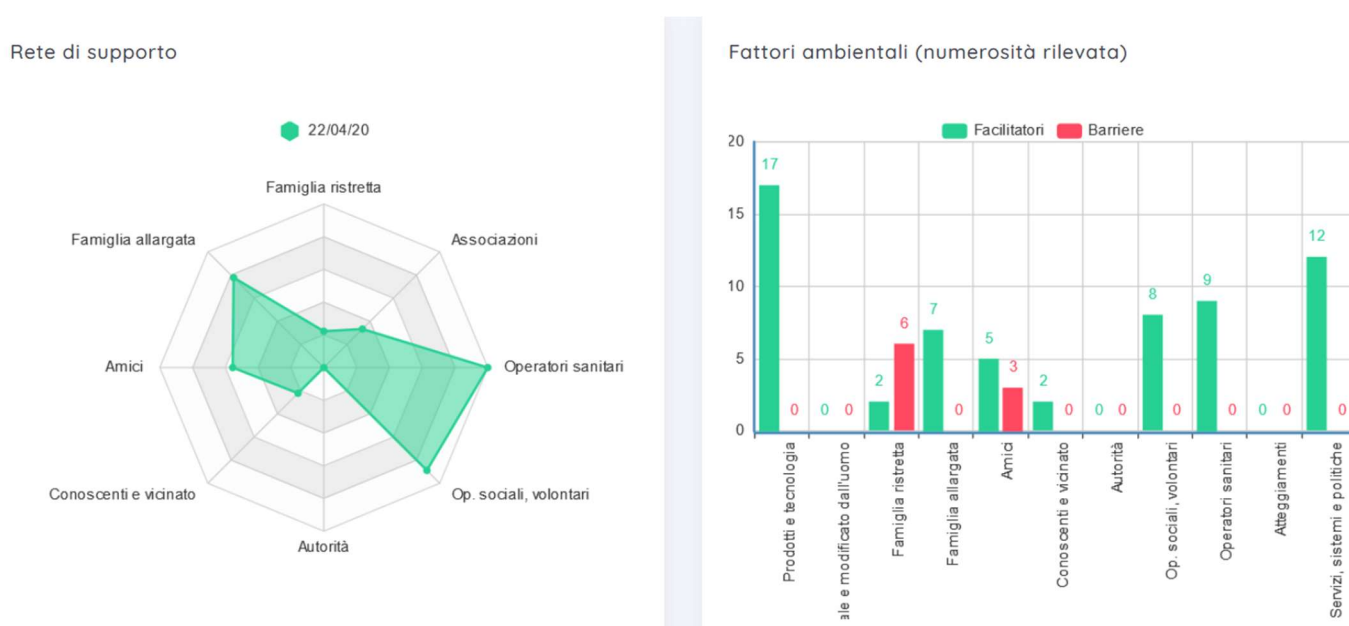


Figura 2 - sezione del Pdf: Fattori Contestuali

La piattaforma ICF Applicazioni dispone di un'ulteriore funzione, denominata "Progetto", che facilita la traduzione degli elementi raccolti con il questionario in obiettivi di recovery. Per orientare questa operazione, l'elaborazione dei dati restituisce una rappresentazione grafica della condizione del soggetto nelle cinque dimensioni su cui si fonda la qualità della vita adulta (Autodeterminazione, Vita indipendente, Cittadinanza attiva, Relazioni e vita affettiva, Lavoro/Occupazione) (Figura 3).

### DIMENSIONI DELLA VITA ADULTA

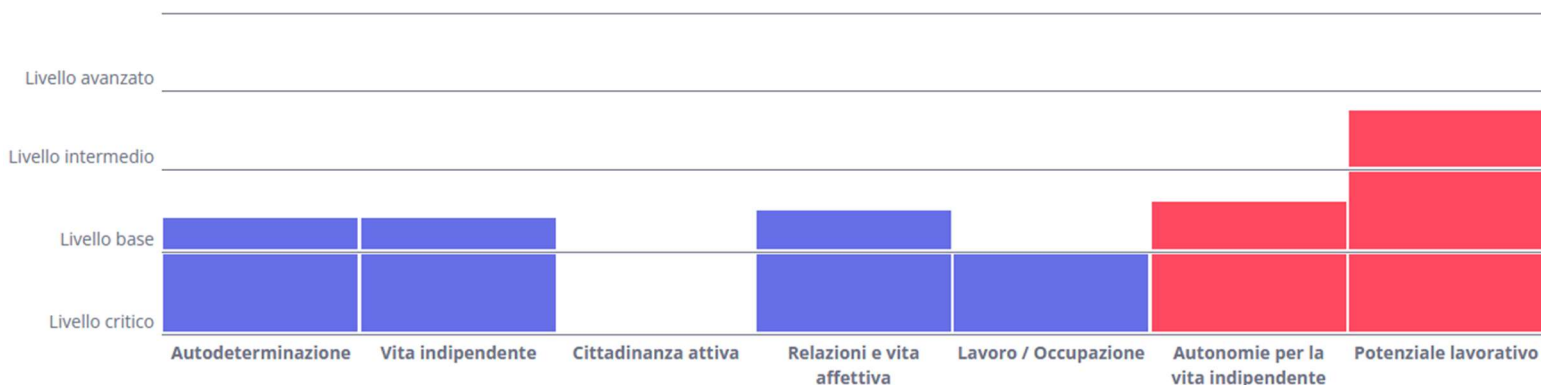


Figura 3 – Analisi delle dimensioni della vita adulta

Per promuovere la recovery, occorrerà definire obiettivi ed interventi sulle dimensioni meno sviluppate. Per la definizione dei percorsi terapeutico-riabilitativi rimangono comunque utili i dati del Profilo di Funzionamento, articolati nelle nove dimensioni della vita quotidiana, nella rappresentazione della rete di supporto e delle barriere che ostacolano i funzionamenti, nell'analisi delle condizioni della mente e del corpo.

## **CONCLUSIONI**

La riabilitazione psicosociale negli ultimi quindici anni ha subito una vera rivoluzione, divenendo oggi una disciplina basata sull'evidenza, anche a seguito della pubblicazione nel 2001 della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) e agli strumenti di valutazione sviluppati su di essa. Anche nel trattamento dei Disturbi da uso di alcol si assiste ad una crescita della richiesta riabilitativa, legata sia alle caratteristiche intrinseche della malattia alcolica, sia alla comorbilità organica e psichiatrica, sia all'invecchiamento della popolazione in trattamento.

È importante che anche in quest'ambito si comprenda appieno la portata innovativa dei concetti che sono al centro del pensiero riabilitativo moderno ed in particolare del concetto di recovery: aspetti che rendono gli approcci riabilitativi concettualmente diversi e in parte innovativi rispetto ai "tradizionali" modelli clinici. Tuttavia, non si tratta della mera introduzione di nuove tecniche, ma di riconsiderare gli obiettivi della riabilitazione, il ruolo del paziente nei percorsi di cura, gli elementi che sono ritenuti necessari per la definizione di percorsi personalizzati di trattamento, senza trascurare la necessità di monitorare gli esiti secondo un approccio basato sulle evidenze.

### **Per corrispondenza**

**Mauro Cibir**, Medico specialista in Psichiatria e Gastroenterologia Centro Soranzo, Venezia.  
E-mail: [m.cibir@libero.it](mailto:m.cibir@libero.it)>

## Bibliografia

1. Cibir M, Ricerca ed innovazione in Comunità Terapeutica: una sfida per il futuro. MDD- Medicina delle Dipendenze, X, 38, 11-18, 2020.
2. WHO. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, Switzerland: WHO; 2008
3. Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, Sempos C, Jernigan D. Alcohol as a riskfactor for global burden of disease. Eur Addict Res. 2003; 9:157–164. [PubMed: 12970584]
4. Samokhvalov AV, Popova S, Room R, Ramonas M, Rehm J Disability associated with alcohol abuse and dependence, Alcohol Clin Exp Res. 2010 Nov;34(11):1871-8. doi: 10.1111/j.1530-0277.2010.01275.x.
5. Rehm J , Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, Probst C, Roerecke M, Room R, Samokhvalov AV, Shield KD, Shuper PA. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. Addiction. 2017 Jun;112(6):968-1001. doi: 10.1111/add.13757.
6. Room R, Rehm J, Trotter RI, Paglia A, Uestuen T, Cross cultural views on stigma, valuation parity and societal values towards disability, In Uestuen e col, Disability and culture: Universalism and Diversity Seattle: Higreffe & Huber, 2001.
7. WHO. International classification of functioning, disability and health. Geneva, Switzerland: WHO;2001.
8. Cibir M, Oltre la diagnosi, quale riabilitazione? La recovery come obiettivo di benessere. in Pasqualotto L, Carozza P, Cibir M, ICF, Salute Mentale e Dipendenze, Carocci, Roma, 2020
9. WHO, The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization, Soc Sci Med. 1995 Nov;41(10):1403-9. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-k.
10. Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, et al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial JAMA. 2006 May 3;295(17):2003-17. doi: 10.1001/jama.295.17.2003.
11. Chiamulera C, Cibir M, Drinking reduction and reversibility of neuroadaptation in alcoholism Journal of Psychopharmacology , 2014, Vol. 28(8) 810–812 DOI: 10.1177/0269881114538544
12. Monti PM, Rohsenow DJ and Hutchison KE. (2000) Toward bridging the gap between biological, psychobiological and psychosocial models of alcohol craving. Addiction 95 Suppl 2: S229–236.
13. Martin-Fardon R and Weiss F (2013) Modeling relapse in animals. Curr Top Behav Neurosci 13: 403–432.
14. de Wit H (2000) Laboratory-based assessment of alcohol craving in social drinkers. Addiction 95 Suppl 2: S165–169.



15. Van Amsterdam J, van den Brink W, Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence, *J Psychopharmacol* 2013 Nov;27(11):987-97.doi: 10.1177/0269881113495320.
16. De Leon G, *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method* , Springer Publishing Company, 2000.
17. Cibir M, Sgualdini L, Hinnenthal I, Trauma, alcol, sostanze: l'esperienza del Centro Soranzo, *Alcologia* 35, 2019, 34-41.
18. Bowen S., Chawla N., Marlatt GA, (2013) *Mindfulness e comportamenti di dipendenza. Guida pratica per la prevenzione delle ricadute*, Raffaello Cortina
19. Caputo F, Cibir M, Loche A, De Giorgio R, Zoli G, The recognition and management of protracted alcohol withdrawal may improve and modulate the pharmacological treatment of alcohol use disorders. *J Psychopharmacol*, 1-5, 2020.
20. Greicius m. d. et al. (2009), Resting-State Functional Connectivity Reflects Structural Connectivity in the Default Mode Network, in "*Cerebral Cortex*", 19 (1), January, pp. 72-8.
21. Chiamulera C, Cibir M, *Aftercare & Post-Prevention nelle Addiction. Verso il benessere*, Publiedit, Roma-Cuneo, 2020.
22. Pasqualotto L, *icf-Dipendenze. Un set di strumenti per programmare e valutare la riabilitazione nelle dipendenze patologiche*, Erickson, Trento, 2016
23. Pasqualotto L, Carozza P, Cibir M, *ICF, Salute Mentale e Dipendenze*, Carocci, Roma, 2020

**Maria Raffaella Rossin**, Psicologa - Psicoterapeuta – collabora con l'ambulatorio per il disagio giovanile di Casa Pediatrica Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano.

**Lina Galvagno**, Dirigente medico, psicoterapeuta, facente funzioni Responsabile NOA Perini – UOC Dipendenze – Dipartimento Psichiatra – Dipendenze – ASST Fatebenefratelli – Sacco – Milano.

### I GIOVANI E I RITI DI PASSAGGIO: IL SIGNIFICATO DELL'ALCOL

#### Riassunto

L'analisi storica dei cambiamenti che, in Italia, negli ultimi secoli hanno radicalmente modificato il percorso adolescenziale dei ragazzi e delle ragazze viene spesso poco considerata quando si analizzano le problematiche comportamentali dei giovani con le sostanze alcoliche. In questo articolo le autrici riportano le riflessioni emerse nel corso degli anni attraverso il lavoro clinico con i genitori alcolodipendenti, i loro partner e i figli e la collaborazione con i Servizi territoriali e ospedalieri milanesi sulle difficoltà che i preadolescenti e gli adolescenti evidenziano nei riti di passaggio con l'utilizzo delle bevande alcoliche. Vengono considerati i *Miti da sfatare* riguardo all'alcol e le situazioni problematiche che i ragazzi si trovano ad affrontare quando il contesto familiare non ha gli strumenti adeguati a costruire una rete protettiva adeguata e aiutarli a fare un passaggio armonico nella fase di vita del giovane adulto.

#### Parola Chiave

adolescenza – riti di passaggio- alcol e miti da sfatare

#### Abstract

The historical analysis of the changes that have radically modified the adolescent journey of boys and girls in recent centuries in Italy is often poorly considered when analysing the behavioural problems of young people with alcoholic substances. In this article, the authors report the reflections that emerged over the years through clinical work with alcohol-dependent parents, their partners and children and the collaboration with the Milanese territorial and hospital services on the difficulties that pre-adolescents and adolescents highlight in the rites of transition with the use of alcoholic beverages. The *Myths to be dispelled* with regard to alcohol and the problematic situations that young people face when the family context does not have the appropriate tools to build an adequate protective network and help them make a harmonious transition in the life phase of young adults are considered.

#### Keywords

adolescence - rites of transition – alcohol and myths to be dispelled

## **L'alcol e i cambiamenti socio –culturali dal XIX secolo ad oggi.**

In Italia i ragazzi si avvicinano alle bevande alcoliche da giovanissimi spesso abbinandole ad altre sostanze come i cannabinoidi naturali (marijuana, hashish) e sintetici, la nicotina, gli inalanti, gli allucinogeni, ed in alcuni casi anche associando cocaina, oppiacei o farmaci. Sappiamo che l'iniziazione alcolica avviene prevalentemente in famiglia con i brindisi conviviali passando il messaggio di positività soprattutto del vino, da sempre considerato, in Italia, più un alimento che una bevanda tossica, potenzialmente cancerogena che crea tolleranza e dipendenza. Per leggere il rapporto dei giovani con l'alcol partiamo dal significato dei *riti di passaggio* [1] nel nostro contesto socio-culturale. È noto che il significato antropologico del vino è molto complesso e collega riti e religioni perché parlare della storia del vino è come parlare della storia dell'uomo. Come bevanda sacra per eccellenza rappresenta un legame con il sangue e le sue iniziazioni; il vino collega Dioniso a Cristo. Nell'antichità l'ebbrezza era considerata un modo per arrivare ad uno stato d'estasi; così, attraverso il significato religioso [2], le persone potevano evadere dalle loro preoccupazioni quotidiane credendo addirittura di avvicinarsi alla divinità. «Nell'antichità, si credeva infatti che per avere la forza di manifestarsi i morti dovessero bere il sangue dei sacrifici. Allo stesso modo i viventi attingono le loro forze dal vino, sangue della terra..... Ma il vino è anche, e soprattutto, il simbolo della trasformazione spirituale» [3] Per parlare dei giovani e del bere alcolici in età pre-adolescenziale e adolescenziale partiamo dal cambiamento che la società italiana ha attuato dal secondo dopoguerra. [4] Dagli anni Cinquanta in poi, gradualmente, gli argini sociali molto definiti che caratterizzavano il percorso di crescita dei ragazzi e delle ragazze sono andati via via modificandosi. Le ribellioni del sessantotto si sono espresse in un contesto sociale in cui il boom economico della ricostruzione ha consentito di modificare il modello familiare [5] mettendo in discussione anche molte regole religiose che definivano il percorso dell'adolescente e del giovane adulto non solo nell'avvio al lavoro ma anche nella scelta del partner, del corteggiamento e del passaggio alla regolarizzazione della coppia. «...l'ingresso massiccio delle donne nel mercato del lavoro, lo sviluppo del movimento femminista e l'accesso femminile a livelli d'istruzione pari (o superiori) a quello degli uomini sono considerati i fattori che più ampiamente hanno avuto ripercussioni sui nuovi comportamenti demografici e familiari .....» Inoltre «...le trasformazioni femminili nel mercato del lavoro sono avvenute in un clima di mutamento culturale più generale che nel corso degli anni settanta ha visto per la prima volta le donne costituirsi ed autodefinirsi come un soggetto autonomo, portatore di propri diritti e libertà », favorendo «... l'emergere di una coppia dai ruoli meno asimmetrici sia fuori che dentro la famiglia..» » [6] L'opposizione alle regole genitoriali che caratterizza la positiva fase evolutiva degli adolescenti [7] si è inserita in una trasformazione socio-culturale che l'assenza di guerre e la prosperità economica hanno favorito aiutando le nuove generazioni a sperimentare modelli relazionali volti a tracciare un nuovo percorso per diventare adulti, coppia e genitori.

## **I Riti di Passaggio.**

Con il termine “Rito di passaggio”, dovuto agli studi dell’antropologo francese Arnold Van Gennep, nel 1909, si definiscono i comportamenti ritualizzati e simbolici caratteristici del contesto culturale in cui il ragazzo o la ragazza vivono. Sono presenti in tutte le culture fin dai tempi antichissimi per consentire ai giovani di entrare nella vita adulta [8 -9]. Nelle società antiche ma anche nelle culture occidentali fino agli anni Sessanta, i giovani erano accompagnati nei riti di passaggio dai rigidi argini della società, della religione e della famiglia che non venivano messi in discussione e continuavano ad esprimere un potere consolidato che consentiva ai giovani di avere delle tappe chiare e controllate da attraversare per diventare dei cittadini adulti e consapevoli. Nel 1800, in Europa, dopo quasi duecento anni di graduale evoluzione dello sguardo repressivo per dimostrare l’illegittimità della violenza individuale » [10] nasce il concetto di adolescenza moderna che ha sostituito i riti primitivi di passaggio con attività come lo studio, il servizio militare, il servizio civile, il volontariato. I maschi non devono più soltanto addestrarsi nell’arte delle armi per difendere il proprio stato ma diventano studenti per poter arricchirsi di conoscenze e migliorare con il loro contributo la società. Questo accade gradualmente anche per le femmine, nonostante le notevoli difficoltà a causa dell’oppressione della politica e delle istituzioni che tendono a mantenere differenziati, fino al secondo conflitto mondiale, i percorsi culturali degli uomini e delle donne. Il rito di passaggio (fare il servizio militare, entrare in società a 18 anni, vestirsi in modo più adulto, avere più permessi) comporta l’assegnazione di nuovi compiti e di responsabilità e prevede la possibilità di fare azioni che prima non erano consentite. Quando pensiamo agli adolescenti [11-12] Carmen Giorgio, La comunicazione nella famiglia affettiva, Psicologia Contemporanea, giugno 2021

e ai loro eccessi (in Italia nel 1991 è stata ratificata e resa esecutiva la Convenzione sui Diritti dell’Infanzia e dell’Adolescenza approvata dall’ONU nel 1989 e dal 1997 al 2001 l’attenzione del legislatore si è concentrata sulla tutela dell’infanzia perché i bambini, già nel secolo breve, sono diventati un bene prezioso), non dobbiamo dimenticare che in questa fase storica le ragazze e i ragazzi per diventare giovani adulti devono confrontarsi con un modello genitoriale (la madre per le femmine; il padre per i maschi) che non è più tutelato da rigide regole come in passato ma dalla metà del novecento è diventato più raggiungibile e aggredibile nelle sue incoerenze [13].

Negli ultimi quarant’anni i media e poi i social hanno contribuito, con la diffusione di programmi e informazioni, a rendere sempre più definibile nel significato e nei comportamenti un sano rapporto genitori – figli togliendo poco a poco la sacralità delle figure genitoriali e mettendo in evidenza le fragilità e le contraddizioni delle stesse. Ma questo ha determinato sia per i ragazzi che per i genitori un percorso nuovo da costruire per trovare un’armonia tra il compito educativo e la ribellione giovanile nei riti di passaggio [14]. L’alcol è sempre stato presente nella vita delle famiglie italiane e i messaggi positivi che vengono trasmessi dai genitori ai figli con il vino e la birra in tavola veicolano nei ragazzi un messaggio simbolico di sostanza sicura, che porta allegria e che serve a socializzare,

a fare gruppo, a festeggiare in famiglia e con le persone care. Sono, infatti, molti i miti da sfatare connessi atavicamente con le bevande alcoliche. Gli adolescenti che iniziano a contrapporsi al mondo adulto si trovano a confronto con le proprie peculiarità fatte di estremi e di colori forti che ancora non riescono a maneggiare con disinvoltura [15]. L'impasto *interiore* che li caratterizza e che nel periodo adolescenziale si esprime in modo chiaro non sempre trova il consenso degli adulti che possono rivedere sé stessi nei figli ribelli e problematici mostrando un rifiuto sordo verso comportamenti che andrebbero, invece, compresi e collocati nel contesto relazionale e familiare in cui avvengono [16]. Il rito di passaggio è caratterizzato da: riti di separazione; riti di sospensione; riti di aggregazione. Il compito degli adulti, e soprattutto della figura di riferimento del giovane o della giovane, è di accompagnare i figli, senza sostituirsi, nella separazione dall'infanzia, dai genitori, confrontandosi con loro nella ribellione alle regole familiari e della società. Il periodo di sospensione che i ragazzi vivono per passare nella vita adulta può essere formativo ma anche pericoloso e drammatico e questa differenza dipende molto dalle figure di riferimento e dalla rete familiare in cui il giovane è cresciuto e vive. Anche il rito di aggregazione può essere formativo ma anche pericoloso se la ribellione al contesto familiare non viene gestita da adulti maturi che hanno costruito con i figli fiducia e buone relazioni affettive. Questo è possibile se i genitori hanno le idee chiare sul proprio percorso di evoluzione dall'adolescenza alla vita adulta.

### **I Miti da Sfatare sulle Bevande Alcoliche**

Nel 2020, il 18,2% dei ragazzi e il 18,8% delle ragazze fra gli 11 e i 17 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica anche con "abbuffate alcoliche"; le statistiche ci dicono che il 10% di loro continuerà ad assumere alcol in modo patologico diventando dipendenti. In Italia i ragazzi crescono in un contesto familiare e sociale costellato di falsi miti rispetto all'alcol e alle sue proprietà. Ci sono vari esempi in proposito. "*Il vino fa buon sangue*": forma moderna del latino "Vinum bonum laetificat cor hominis" è uno dei numerosi detti popolari che dimostra la rilevanza da sempre attribuita alla bevanda di Bacco. Sin dall'antichità si è diffusa l'idea che moderate quantità di alcol potessero essere protettive per la salute dell'uomo. È stato dimostrato nel corso degli anni e da diversi studi scientifici che alcune sostanze contenute nella buccia dell'uva come il resveratrolo e polifenoli e nei semi dell'uva come i procianidolici, posseggono dimostrati effetti antiossidanti e protettivi rispetto ad alcune patologie ischemiche coronariche. Ma va anche considerato che il resveratrolo presente nel vino è nell'ordine di grandezza dello 0,0001% e che l'alcol è invece presente in un ordine di grandezza 100.000 volte superiore (10%). Inoltre, è stato dimostrato che il resveratrolo non viene assorbito nell'uomo in presenza di alcol e che per avere una concentrazione minimamente efficace di resveratrolo (simile a quanto si vede in laboratorio) occorrerebbe bere almeno quaranta litri di vino al giorno. Sarebbe quindi più utile assumere tale sostanza in forma di integratore visto che in una sola compressa di vasoprotettori venduti in farmacia c'è la stessa quantità di antiossidanti presente

in 400 litri di vino. Senza dimenticare poi che il consumo di alcol anche moderato (pari a 10 gr die) è associato contemporaneamente ad un incremento del rischio relativo per numerose condizioni patologiche, tra cui sette diversi tipi di cancro e può essere responsabile di varie forme di anemia. L'anemia è provocata dalla dieta inadeguata, dal malassorbimento dei nutrienti e dal cattivo funzionamento epatico che caratterizza i bevitori. Il mancato assorbimento e la conseguente carenza di vitamina B12 o di acido folico può provocare anemia macrocitica, una condizione clinica caratterizzata dalla produzione di un minor numero di globuli rossi ma di dimensioni maggiori e con una ridotta capacità di trasporto dell'ossigeno. Quindi, come dice Testino nel libro "Alcol, bugie e verità" [17] «...Se pur ci fosse una correlazione tra effetto benefico cardiovascolare e assunzione di moderate quantità di alcol l'azione tossica e cancerogena dell'alcol è ormai un dato certo e dimostrato. Non è quindi di buon senso e né è eticamente accettabile sostituire una patologia con altre.» E ancora «...Nell'ambito della prevenzione dell'ischemia miocardica, sarebbe opportuno indicare una dieta equilibrata, riduzione del sale, riduzione del peso, abolizione del fumo, aumentare il movimento e non utilizzare un voluttuario come l'alcol che favorisce altre patologie e il cancro. .... L'unico messaggio corretto e responsabile è quello che l'etanolo contenuto nel vino, nella birra o nei superalcolici è una sostanza tossica, cancerogena, teratogena, che può dare dipendenza e, inoltre, che non esiste dal punto di vista scientifico il concetto di 'bere moderato', in quanto non esiste una quantità sicura.» Un altro mito è "*L'alcol aiuta a riprendersi da uno shock*": una persona turbata da una forte situazione emotiva assumendo una bevanda alcolica ha un effetto sedativo con una attenuazione del senso di affaticamento e della percezione del dolore sia emotivo che fisico. Questo momentaneo sollievo dovuto all'alcol è però accompagnato da una vasodilatazione periferica dei capillari che determina un diminuito afflusso di sangue alla cute, agli organi interni, ai muscoli e soprattutto al cervello riducendo i tempi di reazione e ideazione ed impedendo alla persona scioccata di fronteggiare la situazione di dolore o pericolo. "*Le bevande alcoliche aiutano a sentirsi più sicuri e a socializzare*" è un altro falso mito; come effetto momentaneo disinibiscono, eccitano, creano euforia, annullano le preoccupazioni ma essendo l'alcol un potente depressivo del sistema nervoso centrale provoca ben presto una caduta verso il basso che porta a depressione e aumento del dolore interno rendendo la persona sempre più insicura. Gli adulti insegnano ai ragazzi anche che "*Le bevande alcoliche sono dissetanti*"; in realtà queste disidratano l'organismo perché l'alcol richiede una maggiore quantità di acqua per il suo metabolismo, in quanto provoca un blocco dell'ormone antidiuretico; quindi, fa urinare di più aumentando la sensazione di sete. Un'altra informazione errata che va per la maggiore è che "*L'alcol sia un afrodisiaco*" senza contare che questo falso mito è determinato dall'iniziale effetto disinibente della bevanda alcolica che riduce l'ansia e la paura creando un temporaneo aumento della libido. In realtà se l'alcol viene assunto per lunghi periodi ed in quantità elevate diminuisce il livello di testosterone nel sangue provocando riduzione del desiderio sessuale, difficoltà di erezione, disfunzione erettile (impotenza), calo nella libido, anorgasmia e

frigidità quindi un'inibizione della funzione sessuale. Un altro effetto fuorviante delle bevande alcoliche è collegato alla "*Facilitazione del sonno*". L'iniziale effetto rilassante dell'alcol porta ad addormentarsi velocemente ma lascia il posto, in breve tempo, all'incapacità di dormire bene [18]. Infatti, l'assunzione cronica di alcol provoca alterazione della normale successione delle 4 fasi del sonno, agendo e soprattutto disturbando quella REM in cui si sogna, una delle più ristoratrici del sonno. Se questa fase viene interrotta al risveglio ci si sente assonnati, deconcentrati e stanchi e anche parti di memoria vengono ad essere compromesse. Inoltre, il consumo di alcolici può portare a stati di apnea notturna e se, quando si dorme, la respirazione viene interrotta o si arresta per un breve attimo diminuisce la quantità di ossigeno che arriva al cervello [19] e al resto dell'organismo con il rischio di problemi cardiaci gravi, come attacchi di ipertensione o problemi miocardici. Tutte queste false informazioni che, in Italia, fanno parte del patrimonio socio-culturale unite alla scarsa conoscenza degli effetti delle bevande alcoliche che caratterizza la maggior parte delle famiglie contribuiscono ad avvicinare i giovani all'utilizzo di alcol senza i necessari strumenti di protezione.

### **Genitori e bevande alcoliche nella società del XXI secolo**

L'esperienza clinica che ci vede protagonisti da molti anni nei Servizi di Alcologia (NOA) di Milano in collaborazione con i Consulenti Familiari, i Servizi Sociali, i Servizi psichiatrici territoriali (CPS) e il Reparto di Pediatria dell'Ospedale Fatebenefratelli ha fatto emergere tre tipologie di contesti familiari e relazionali che possono caratterizzare il percorso degli adolescenti e l'alcol [20]. Se una ragazza o un ragazzo sperimentano le sostanze alcoliche ma hanno buone difese interiori e una rete familiare attiva e protettiva l'alcol può rappresentare un elemento di trasgressione temporaneo anche se molto pericoloso. Nel secondo caso pur essendoci una rete familiare attiva e protettiva l'adolescente può essere interiormente fragile, troppo sensibile, vulnerabile e può attraversare momenti difficili cercando nelle bevande alcoliche un aiuto "anti vuoto", per socializzare meglio, per non pensare alle difficoltà che sta attraversando. Le relazioni affettive positive costruite con la famiglia e con le figure genitoriali gli consentono, però, di chiedere aiuto e di mettere in discussione le scelte disfunzionali che sta facendo anche se questa fase può intervenire dopo episodi alcolici rischiosi. Nel terzo caso se i ragazzi sono particolarmente fragili e vulnerabili senza una rete familiare attiva e protettiva e, magari, con una familiarità alcolica, l'alcol diventa il sostegno e il "compagno di viaggio" per sostituire gli affetti che mancano [21]. Il 10% dei/delle adolescenti, che le statistiche ci dicono continuano a bere in modo eccessivo da giovani adulti, ha una realtà familiare caratterizzata da gravi disfunzionalità relazionali con figure di riferimento fragili o eccessivamente autoritarie spesso affette da dipendenze tenute nascoste. Nel nostro contesto culturale affrontare l'adolescenza con gli strumenti adeguati significa dotare i ragazzi di informazioni corrette anche sulle sostanze pericolose per la loro salute cerebrale e fisica. Troppo spesso l'alcol viene considerato estraneo a questa categoria perché, come si è detto, fa parte, attraverso la storia del vino, della nostra cultura fin

dall'antichità. Le figure familiari di riferimento che si devono occupare di accompagnare il/la giovane nel percorso accidentato dei riti di passaggio per arrivare armonicamente nell'età adulta, per svolgere bene questo compito hanno bisogno, a loro volta, di alcune competenze che sono connesse con un lavoro interiore che il genitore dovrebbe considerare necessario quando decide di crescere un figlio [22]. Addestrarsi ad avere una comunicazione verbale e non verbale chiara e coerente ed essere capaci di autocritica e di auto rettifica consente al genitore attento di fare costantemente "manutenzione" al proprio ruolo. In questo modo può riflettere, anche con il partner, su ciò che ha o non ha funzionato nella comunicazione in famiglia; può facilitare il confronto tra genitori e figli discutendo dei problemi da affrontare e prendendo decisioni insieme; può aiutare i figli a comunicare in modo chiaro e coerente mostrando loro lo sforzo che, come genitore, fa per evitare comportamenti sbagliati. Il padre o la madre che hanno strumenti adeguati non temono l'affetto espresso; costruiscono regole chiare e le sostengono; gratificano i figli e valorizzano le loro capacità; evidenziano chiaramente i comportamenti adeguati e quelli inadeguati; imparano, insieme ai figli, ad affrontare le loro difficoltà; non hanno paura di chiedere scusa. Il genitore alcol dipendente e il suo partner sono sprovvisti di questi strumenti ma con un adeguato percorso psicoterapeutico possono acquisirli. Troppo spesso, invece, i genitori che non hanno problemi di dipendenza ma si trovano ad affrontare i difficili comportamenti di un/una figlio/a adolescente dovrebbero, a loro volta, interrogarsi sul lavoro educativo che hanno svolto [23- 24]. Costruire strumenti adeguati per rapportarsi alle varie fasi evolutive dei figli significa rispettarli nella loro individualità (bisogna aiutarli a diventare quello che sono non quello che il genitore vuole che siano); creare con loro una relazione di alleanza e solidarietà coinvolgendoli nelle difficoltà quotidiane e responsabilizzandoli attraverso un clima familiare in cui la serenità e l'ironia siano le parole chiave anche per trovare le soluzioni più efficaci. Un genitore che si interroga non ha paura di dimostrare ai figli le proprie debolezze; sa chiedere aiuto evitando di esigere dai figli comportamenti che i genitori per primi non sono disposti a compiere come ad esempio il rispetto delle regole, degli orari e degli altri. In questo modo anche parlare dell'abuso di alcol che un giovane sta mettendo in atto diventa un'esperienza utile e costruttiva per tutta la famiglia e non un comportamento deviante da nascondere o da evitare.

### **Per corrispondenza**

**Lina Galvagno**, dirigente medico, psicoterapeuta, facente funzioni Responsabile NOA Perini.  
E-mail: lina.galvagno @asst-fbf-sacco.it



## Bibliografia

1. M.R.Rossin – P.G. Franceschi, *Giovani Indipendenti, I problemi del bere alcol in eccesso*, Erickson Live, 2019
2. Joseph Campbell, *Mito e modernità*, RED, 2007
3. L. Charpentier, *Il mistero del vino, Mito e storia della bevanda sacra agli dei*, Età dell'Acquario, 2000
4. Yehuda Elkana, *Antropologia della conoscenza*, Laterza, 2000
5. *Padri e madri* – Aldo Naouri, Einaudi, 2005
6. Manuela Naldini, *Trasformazione dei modelli familiari in Europa e in Italia*, C.I.R.S.De, Università Studi Torino, 2000
7. Vanna Boffo, *genitorialità e adolescenza: alla ricerca di una identità*, Rivista Italiana di Educazione Familiare, n°1, 2007, p. 37-46
8. AA.VV., *Antropologia del rito*, Bollati Boringhieri, 2007
9. Joseph Campbell, *Il potere del mito*, Neri Pozza, 2012
10. R. Muchembled – *Storia della violenza* – Odoya- 2008
11. Marshall B. Rosenberg, *Le parole sono finestre*, Esserci, 1998
12. Carmen Giorgio, *La comunicazione nella famiglia affettiva*, Psicologia Contemporanea, giugno 2021
13. Francesco Mancuso, *I genitori del pre-adolescente*, Psiba, gennaio-giugno 2021.
14. [Anna Oliverio Ferraris, *Dai figli non si divorzia*, BUR, 2006
15. C.S. Lewis – *Diario di un dolore* – Adelphi – 1990
16. *La fragilità che è in noi* – Eugenio Borgna, Einaudi, 2014
17. G. Testino, *Alcol, bugie e verità, tutti i rischi del bere*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2013.
18. *Le passioni del cervello* – Margriet Sitskoorn , Castelvechi, 2014
19. Fausto Caruana, Anna Borghi, *Il cervello in azione*, Il Mulino, 2016
20. Vittorio Grecchi, *Psicoterapia e neuroscienze*, Guerini e Associati, 2007
21. A. Bateman, P. Fonagy – *Il trattamento basato sulla mentalizzazione* - Cortina – 2006
22. Joseph Campbell, *Percorsi di felicità*, Cortina, 2012
23. Robert P. Harrison, *L'era della giovinezza, una storia culturale del nostro tempo*, Donzelli, 2014
24. Luca Ricolfi, *La società signorile di massa, La nave di Teseo*, 2019

**Paola Trotta**, Psichiatra, psicoterapeuta. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Azienda USL Toscana Centro. Ser.D. Sud Est 1. Ponte a Niccheri (FI).

**Giuseppe Roberto Troisi**, Psicologo, psicoterapeuta, Formatore, Didatta Centro di Studi e di Applicazione della Psicologia Relazionale. Prato.

**Laura Angelica Berni**, Tossicologa, psicoterapeuta. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Azienda USL Toscana Centro. Ser.D. Sud Est 2. Figline Valdarno (FI).

**Massimo Lupi**, Operatore della Comunità Terapeutica pubblica Poggio Ascianto. Figline Valdarno (FI).

**Luca Bacci**, Operatore della Comunità Terapeutica pubblica Poggio Ascianto. Figline Valdarno (FI).

**Sonia Degli Innocenti**, Operatore della Comunità Terapeutica pubblica Poggio Ascianto. Figline Valdarno (FI).

**Walter Tuberoni**, Operatore della Comunità Terapeutica pubblica Poggio Ascianto. Figline Valdarno (FI).

**Valentina Cappelletti**, Operatore della Comunità Terapeutica pubblica Poggio Ascianto. Figline Valdarno (FI).

**Leonardo Pallecchi**, Operatore della Comunità Terapeutica pubblica Poggio Ascianto. Figline Valdarno (FI).

**Nadia Ricceri**, Operatore della Comunità Terapeutica pubblica Poggio Ascianto. Figline Valdarno (FI).

**Samuela Morandi**, Operatore della Comunità Terapeutica pubblica Poggio Ascianto. Figline Valdarno (FI).

**POGGIO ASCIUTTO E IL VIRUS SARS-COV-2.  
L'ESPERIENZA DI UNA COMUNITA' TERAPEUTICA PUBBLICA PER  
ALCOLDIPENDENTI E TOSSICODIPENDENTI IN DUE ANNI DI PANDEMIA.  
2020-2022**

**Riassunto**

La Comunità Terapeutica pubblica Poggio Ascianto è nata nel luglio 1986. Ha svolto ininterrottamente la sua attività per oltre 35 anni adeguando i suoi protocolli ai bisogni degli utenti con problematiche alcol correlate e di tossicodipendenza. Nel 2020 la pandemia da Sars-CoV-2 ha evidenziato la crescente e mutevole multidimensionalità del disagio giovanile e la necessità di dare a questo una risposta. Nel presente articolo elencheremo le cose che sono cambiate nella Comunità in questi due anni, sia a livello strutturale che procedurale, e analizzeremo il motivo di tali necessari adattamenti

**Parole Chiave**

Comunità Terapeutica, problematiche alcol correlate e tossicodipendenza, COVID-19

**Abstract**

The public Rehabilitation Centre Poggio Ascianto was born in July 1986. It worked continuously for over 35 years adapting its protocols to the needs of its patients with alcohol related problems and drug addiction. In 2020 the Sars-CoV-2 pandemic highlighted the growing and changing of youth distress multidimensionality and the need to answer this. In this article we will list the things that have changed in the rehabilitation centre in these two years, both structurally and procedurally, and we will analyze the reason for these necessary adaptations.

**Key Word**

Rehabilitation centre, alcohol related problems and drug addiction, COVID-19.

## INTRODUZIONE

La Comunità Terapeutica Poggio Ascianto (Immagine 1) è una struttura residenziale terapeutico-riabilitativa a gestione diretta dell'Azienda USL Toscana Centro nata nel luglio del 1986 nell'ex USL 20/B ed è situata a Figline Valdarno, in provincia di Firenze [1].



Immagine 1. La Comunità Terapeutica Poggio Ascianto, 2021.

Da oltre 35 anni accoglie pazienti alcol/tossicodipendenti, adulti, di entrambi i sessi, non affetti da problematiche psichiatriche gravi, che non si trovino in stato di detenzione.

Nel corso di questo tempo sono stati numerosi i cambiamenti che il protocollo operativo della struttura ha subito per dare risposta alla mutevole multidimensionalità del disagio degli utenti che, nei decenni, si sono rivolti ai Servizi per le Dipendenze [2], ma, in questi ultimi due anni, una potente e improvvisa spinta ha indotto la Comunità a velocissime modifiche. Questa spinta, ovvero la pandemia da COVID-19 (causata dal virus Sars-CoV2), ha evocato risposte e reazioni sul breve e sul lungo termine.

Eventi di tale portata necessitano di una valutazione a posteriori, difficile trarre conclusioni o valutarli obiettivamente nel momento in cui si vivono; proprio per tale motivo, in questo articolo, intendiamo esaminare semplicemente cosa è successo a Poggio Ascianto e quali siano state le risposte e le reazioni a cui abbiamo sopra accennato, in un periodo che va dal marzo 2020, mese del primo *lockdown*, al gennaio 2022 facendo anche un raffronto con ciò che è avvenuto nel biennio precedente.

### **I risvolti psico-sociali della pandemia da Sars-CoV-2**

Gli studi evidenziano un sostanziale raddoppiamento dei problemi legati alla salute mentale durante la pandemia COVID-19, a livello globale, con un impatto particolare sui giovani, tra i quali

uno su quattro soffre di gravi sintomi depressivi e uno su cinque soffre di gravi sintomi legati all'ansia e depressione a seguito del *lockdown* e delle varie restrizioni sociali; i dati italiani risultano allineati con quelli internazionali [3]. Negli ultimi anni sono stati posti in luce livelli di sofferenza progressivamente più ampi e profondi nella popolazione giovanile; la pandemia ha determinato una crescita del disagio ed esacerbato malesseri e vulnerabilità preesistenti. Ancor prima del COVID-19 i dati relativi ai disturbi alimentari, a comportamenti disfunzionali, a casi di Hikikomori e, infine, alle problematiche di dipendenza, mostravano una curva in crescita [3,4], ma fattori quali: isolamento, senso di incertezza, ansia, angoscia, rabbia e aggressività, conseguenti al "confinamento", spesso in situazioni familiari già connotate da modalità relazionali disfunzionali, hanno reso bambini e adolescenti più vulnerabili. Le ricadute sono state, non di rado, disturbi del sonno, difficoltà alla concentrazione, depressione, agiti autolesivi, ritiro sociale, aggressività, somatizzazioni e sviluppo di dipendenze. Vari studi hanno segnalato che i *lockdown* hanno influito sulla salute mentale dei più giovani andando ad inasprire sintomi pregressi. Un'indagine conoscitiva ISTAT (2021), pur non rilevando un aumento significativo del *trend* rispetto al periodo pre-pandemico, ha evidenziato, durante il *lockdown*, che il consumo di alcol nelle ragazze ha subito "un progressivo aumento, che ha allineato i livelli di consumo a quelli dei coetanei maschi. In particolare, nel 2020, si è registrato tra le ragazze un aumento di 2 punti percentuali rispetto al 2019" [3].

La diffusione dell'uso di alcol, soprattutto tra i giovani, appare particolarmente problematico non solo per gli effetti disinibenti e facilitanti comportamenti a rischio, ma anche in relazione al significato che ha assunto il suo consumo: l'uso di alcol non è più codificato quale strumento di aggregazione sociale, ma come fine, quello di bere e "sballarsi", anche mediante assunzione di altre sostanze psicotrope [3].

La pandemia sembra inoltre aver modificato il mercato degli stupefacenti che "è cambiato diventando sempre più capillare sul territorio, con costi delle droghe sempre più bassi e, dall'inizio dell'epidemia Covid, c'è una nuova forma di approvvigionamento, quella dei siti web" (ANSA 2020) [3].

I pazienti affetti da Disturbo da Uso di Alcol e di Sostanze hanno patito gli effetti collaterali di questa emergenza; in tali pazienti sono talvolta presenti sintomi di ordine psichiatrico più o meno severi. Ciò ha aggravato, e aggrava, il disagio correlato al distanziamento e all'isolamento sociale [5].

Uno studio su 754 adulti, negli Stati Uniti, ha dimostrato che lo stress psicologico causato dalla pandemia da COVID-19 si è associato ad un incremento dell'uso di alcol. Le persone bevono durante una crisi perché l'effetto inibitorio dell'alcol procura, a livello del sistema nervoso centrale, un temporaneo sollievo da ansia, rabbia, disturbi del sonno, depressione e disturbi post traumatici da stress associati al *lockdown* [6].

Dai risultati di una revisione narrativa della letteratura scientifica e della letteratura grigia di riferimento del mese di marzo 2021 è emerso che, in Italia, *“la percentuale di alcol consumato nell’ultimo anno è salita al +447%. In modo particolare, l’aumento del consumo di alcol, nella fascia d’età dai 18 ai 24 anni, è stato del +209%”* [7].

Abbiamo deciso di fermarci per una riflessione sul significato della pandemia a Poggio Asciuoto, ovvero sul suo impatto sia sul programma residenziale terapeutico-riabilitativo, sia sulle persone - operatori, utenti, famiglie - e su come essa ci abbia indotto e ci induca ad adeguarci stando al suo passo e a progettare un nuovo modo di accogliere, assistere e reinserire sul territorio i pazienti che accedono alla Comunità.

Sono il senso educativo in generale, sentirsi accolti, visti, sostenuti, incoraggiati, riconoscere le proprie sensazioni, gestire le emozioni, riscoprire in sé capacità da tempo dimenticate, considerarsi al di fuori di un tutt’uno con la sostanza, percepire la soddisfazione di saper fare e di pensare e riuscire a stare nel presente con consapevolezza, i valori/risorse di cui gli utenti dei nostri giorni sembrano essere carenti – e quindi bisognosi. In una Comunità ci dobbiamo preparare a far fronte a nuove forme di presa in carico in cui è importante ripristinare dei ruoli e definire dei confini sia attraverso il lavoro operatori-utenti, che guidando l’auto-aiuto utenti-utenti. Ciò è possibile attraverso la ricerca, lo studio, l’aggiornamento, la formazione e il confronto continuo in maniera da individuare prassi di trattamento sempre più adeguate ai nuovi bisogni.

### **L’epidemia da CoronaVirus Disease 19**

Il 31 dicembre 2019 le autorità cinesi hanno notificato un focolaio di casi di polmonite a etiologia non nota, a Wuhan, nella provincia dell’Hubei. Il 9 gennaio 2020 il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie della Cina (China CDC) ha identificato un nuovo virus, provvisoriamente chiamato 2019-nCoV come causa etiologica e confermato il contagio inter-umano. L’11 febbraio l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha annunciato che la malattia respiratoria causata dal 2019-nCoV è stata chiamata COVID-19. Il Gruppo di Studio sul Coronavirus (CSG) del Comitato internazionale per la tassonomia dei virus ha classificato ufficialmente con il nome di SARS-CoV-2 il virus provvisoriamente chiamato dalle autorità sanitarie internazionali 2019-nCoV, responsabile dei casi di COVID-19 (Corona Virus Disease). Il CSG ha associato formalmente questo virus con il coronavirus responsabile della sindrome respiratoria acuta grave (Sars-CoVs – Severe Acute Respiratory Syndrome coronaviruses) classificandolo come Severe Acute Respiratory Syndrome coronavirus 2 – SARS-CoV-2 [8].

In poche settimane il virus ha iniziato diffondersi in Europa e l’epidemia ha assunto le caratteristiche di una pandemia e tale è stata dichiarata l’11 marzo 2020 dall’Organizzazione Mondiale della Sanità.

In Italia i primi focolai si sono manifestati nel lodigiano, a Bergamo e nella provincia di Verona. Il picco epidemico si è toccato il 23 marzo 2020. Il Governo italiano, per contrastare e prevenire la diffusione incontrollata del contagio con le relative ricadute sul Sistema Sanitario Nazionale (SSN), ha adottato misure drastiche e generalizzate. Il 10 marzo 2020 è entrato in vigore un nuovo DPCM sottoscritto dal Presidente del Consiglio Giuseppe Conte per cui tutta l'Italia è diventata zona protetta [8]; sono state disposte misure e strumenti diversificati di prevenzione e contenimento del contagio principalmente orientate ad una drastica riduzione, se non all'azzeramento in certi casi, della socialità e dei rapporti interpersonali. È stato imposto un distanziamento sociale di circa un metro tra gli individui e per circa 45 milioni di italiani è stato stabilito il confinamento a casa fino al giorno successivo al ponte del 1° maggio 2020 [4]. Tra tutto ciò la stampa introduceva nelle case notizie e immagini di sofferenza e morte. Fin dalle prime ore dell'arrivo del Coronavirus, in Italia, giornali, televisioni, radio, cartelli appesi alle vetrine dei negozi, sui mezzi di trasporto e nei luoghi di lavoro ancora aperti ci hanno riportato dati, messaggi e informazioni riguardanti il virus. I dettagli della diffusione hanno potuto aiutare a raccogliere prove a supporto delle decisioni da prendere in tema di salute pubblica [9]. Ancora oggi vengono quotidianamente resi noti, attraverso i canali di informazione, i report relativi ai contagi, all'occupazione dei posti nelle terapie intensive e ai decessi.

Tutti i Servizi territoriali, compresi quelli per le Dipendenze e le Comunità Terapeutiche pubbliche ad essi afferenti, si sono trovati improvvisamente travolti da una situazione che ha imposto sia aggiustamenti nelle modalità di presa in carico, sia una continuità delle cure, con la consapevolezza della necessità di veloce adeguamento [10].

## **METODI**

In questo articolo esamineremo la risposta di una Comunità Terapeutica pubblica alla pandemia presentando i dati dell'ultimo biennio, posti a confronto con quelli del biennio precedente, descriveremo le modifiche apportate via via al programma e le nostre osservazioni sulle modalità di relazione e di reazione dei pazienti in questo particolare momento storico.

Nel periodo marzo 2020 – gennaio 2022 Poggio Ascutto ha ospitato 22 utenti, 5 femmine e 17 maschi, con un'età media di 28 anni. Nel periodo in esame sono stati dimessi, con programma concluso, 8 utenti e con programma interrotto 8 utenti. 6 utenti, maschi, stanno tuttora svolgendo il programma.

Abbiamo voluto fare un raffronto con i precedenti due anni, 2018 e 2019, esaminando le giornate di presenza (grafico 1), i pazienti totali nell'anno e i nuovi ingressi, (grafico 2), i programmi conclusi e i programmi interrotti (grafico 3) e il tempo medio di permanenza in struttura per gli utenti che hanno interrotto il programma (grafico 4). In Tabella 1 sono schematizzati tali dati: 3307 giornate nel 2018 con 15 pazienti totali nell'anno, 7 nuovi ingressi, 1 programma concluso e 4 programmi

interrotti con un tempo medio di permanenza, degli interrotti, di 5 mesi; 3384 giornate nel 2019 con 17 pazienti totali nell'anno, 7 nuovi ingressi, 4 programmi conclusi e 3 programmi interrotti con un tempo medio di permanenza, degli interrotti, di 7 mesi; 3019 giornate nel 2020 con 16 pazienti totali nell'anno, 6 nuovi ingressi, 3 programmi conclusi e 5 programmi interrotti con un tempo medio di permanenza, degli interrotti, di 14 mesi prima del *lockdown* (gen-feb 2020) e di 3 mesi dopo il 4 maggio; 2563 giornate di presenza nel 2021 con 15 pazienti totali nell'anno, 7 nuovi ingressi, 5 programmi conclusi e 5 programmi interrotti con un tempo medio di permanenza, degli interrotti, di 3 mesi.

Tabella 1.

ANNO	TOTALE GIORNATE DI PRESENZA	TOTALE UTENTI NELL'ANNO	NUOVI INGRESSI	PROGRAMMI CONCLUSI	PROGRAMMI INTERROTTI	TEMPO MEDIO DI PERMANENZA NEI PROGRAMMI INTERROTTI (in mesi)
2018	3307	15	7	1	4	5
2019	3384	17	7	4	3	7
2020	3019	16	6	3	5	14 pre-ld e 3 post-ld
2021	2563	15	7	5	5	3

Grafico 1.

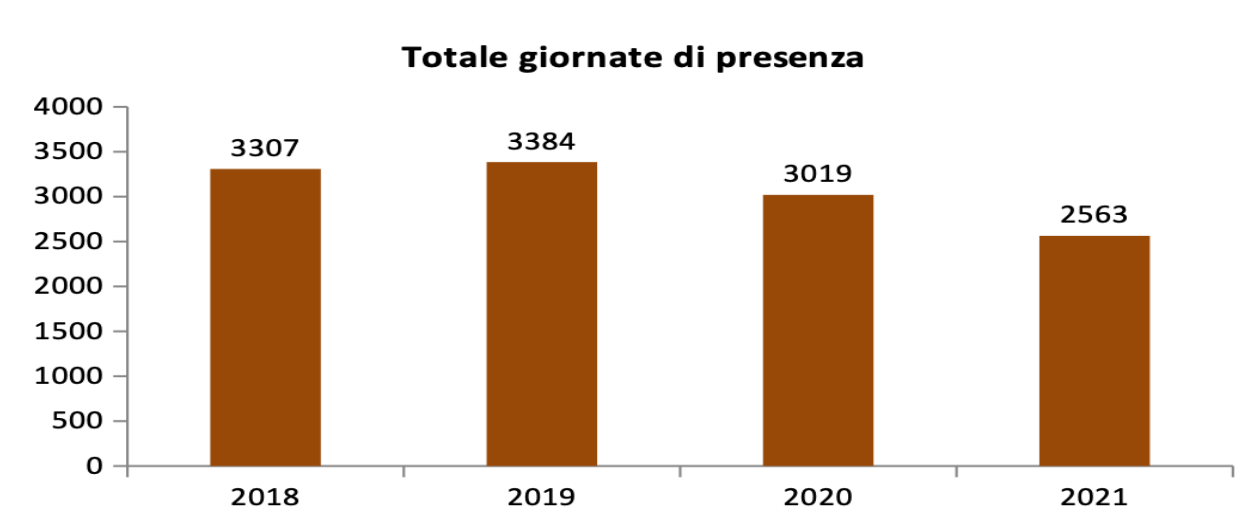


Grafico 2.

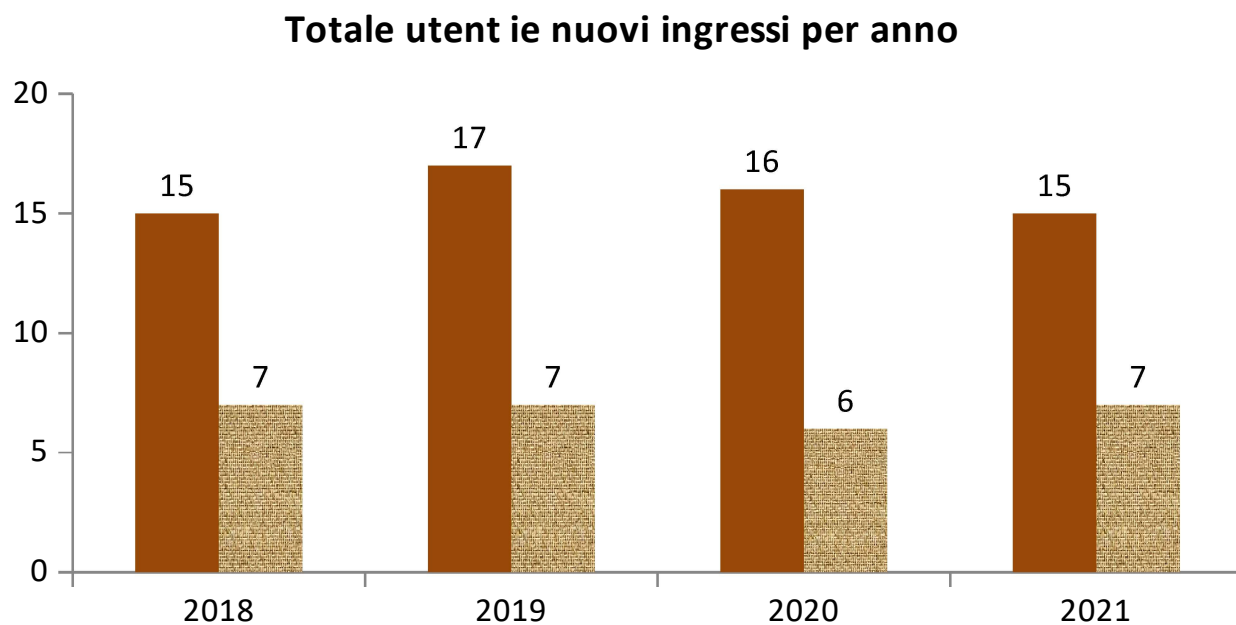




Grafico 3.

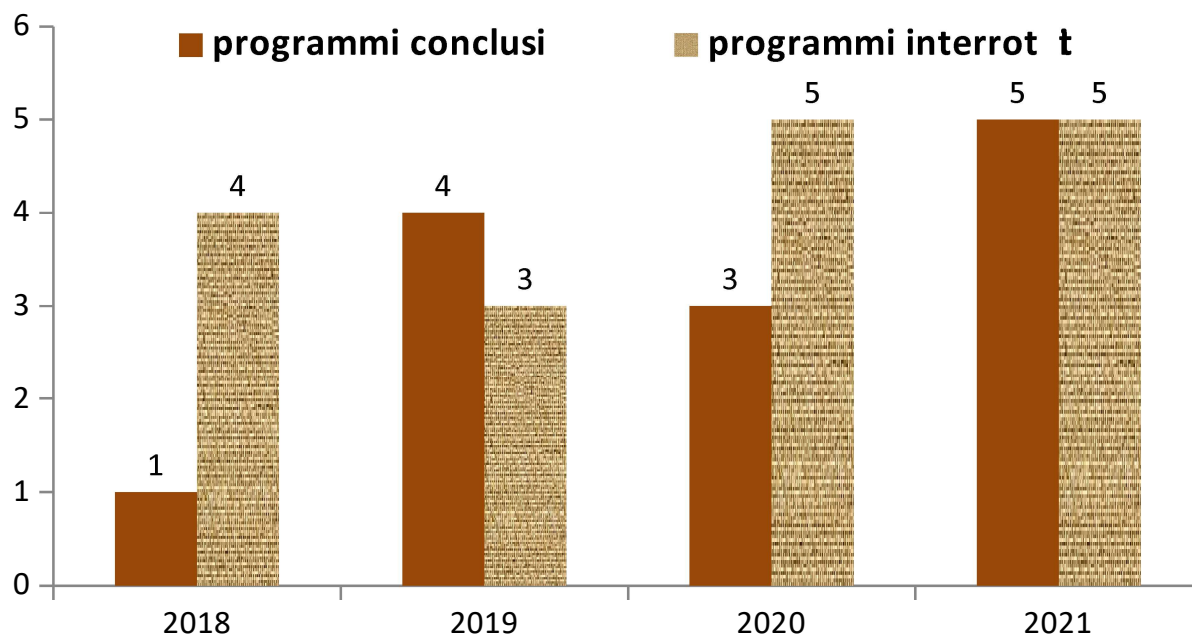
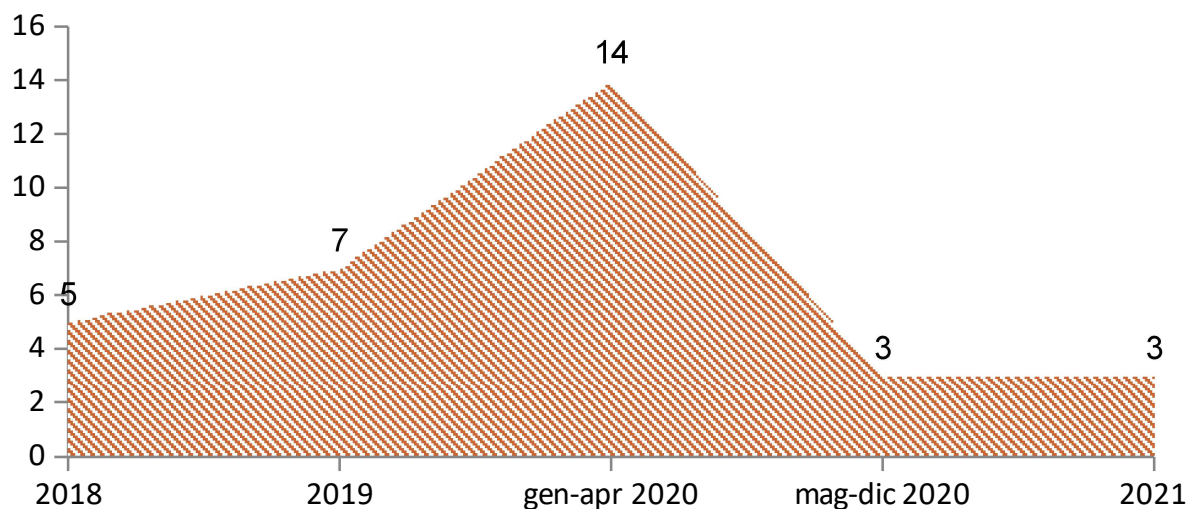


Grafico 4.

#### Tempo medio di permanenza nei programmi interrotti (mesi)



Sebbene Poggio Asciuoto non abbia grandi numeri, potendo ospitare un massimo di 12 utenti, non sembra ci siano state variazioni significative nel numero totale di ospiti per anno, dal 2018 al 2021. Per quanto riguarda invece i programmi conclusi si notano delle differenze; infatti, se ne sono registrati 5 nel biennio 2018-2019 e 8 nel biennio 2020-2021; lo stesso per ciò che concerne i programmi interrotti che nel biennio 2018-2019 sono stati 7 e nel biennio 2020-2021 sono stati 10;

le uscite dalla struttura, sia per conclusione positiva del programma che per interruzione, hanno registrato un aumento rispetto al biennio precedente. Ciò può essere spiegato, nel caso dei programmi conclusi, con l'impossibilità, a causa del COVID-19, di offrire un reinserimento sul territorio alla *vecchia maniera* in cui vi erano frequenti e lunghi periodi a casa, IST sul territorio o frequenza di corsi scolastici o professionali in esterno, corsi per la patente o corsi di Teatro o frequenza di una palestra, ecc. Oggi, a differenza di ieri, gli utenti concludono il programma, dimessi con buon esito dalla Comunità, dopo una fase di reinserimento che in generale si svolge in tempi più contenuti. Nel caso dei programmi interrotti, invece, abbiamo pensato che la permanenza dei pazienti sia andata a ridursi a causa dell'eccessiva *vicinanza* dovuta alle restrizioni sociali e che forse questo abbia rappresentato una condizione intollerabile per coloro che portano in sé un disagio sempre più grave e sfaccettato. Su questo abbiamo molto riflettuto: è stato il motivo principale per cui abbiamo deciso di identificare entro la prima settimana, e non dopo 40 giorni, l'operatore di riferimento e di supportare tutti gli utenti con una psicoterapia che inizi entro il primo mese, come specificheremo di seguito più in dettaglio.

### **Poggio Asciutto durante la prima fase della pandemia**

Il 16 marzo 2020 l'Italia registrava 27.980 casi confermati di infezione da SARS-CoV-2, con 2.158 morti, una percentuale di mortalità del 7,7% e si attestava quale secondo paese al mondo tra quelli colpiti dal virus, dopo la Cina con i suoi 81.077 casi, 3.218 morti e una mortalità del 4,4% e prima dell'Iran con i suoi 14.991 casi, 853 morti e una percentuale di mortalità del 5,7% [11].

Nello stesso momento, a Poggio Asciutto, a causa delle restrizioni dovute al COVID-19, abbiamo invitato tre utenti che si trovavano in una fase avanzata *del reinserimento* sociale e familiare, a decidere se rimanere in Comunità o trattenersi nelle proprie case per il periodo di isolamento. I tre ragazzi hanno optato per restare nella propria abitazione mantenendo contatti con gli operatori della Comunità e il loro Ser.D. Si sarebbero recati al Ser.D. di appartenenza per il monitoraggio tossicologico e le terapie, ma non avrebbero potuto *fisicamente* fare rientro in Comunità neanche per un giorno. Questi tre utenti, una femmina e due maschi, con il supporto a distanza degli operatori della Comunità e del loro Ser.D., hanno concluso, nei mesi successivi, il programma residenziale di Poggio Asciutto con buon esito e ad oggi permangono in uno stato di benessere generale e tossicologico. Il distacco improvviso di queste tre persone dalla struttura è stata una delle prime conseguenze tangibili del COVID-19. I tre pazienti e le loro famiglie si sono ritrovati *senza Poggio Asciutto* da un giorno all'altro: la relazione terapeutica con gli operatori, e in particolar modo con l'operatore di riferimento, è continuata in un modo nuovo, a distanza, ed è scomparso il valore aggiunto del gruppo degli altri utenti, tra i quali i tre non avrebbero più svolto il ruolo di *utente anziano*, tappa fondamentale dell'elaborazione del proprio percorso. Data la repentinità del cambiamento temevamo che non fossero pronti. Oltretutto, nel caso di due dei tre

utenti, con la stessa rapidità e per i medesimi motivi, si è interrotto anche l'inserimento socio-terapeutico (IST). Fortunatamente le nostre paure sono risultate infondate: giorno dopo giorno abbiamo potuto constatare che riuscivano a gestire con buon equilibrio le relazioni e il confinamento e questo è stato rassicurante sia per gli utenti che per gli operatori.

Gli eventi relativi a questi tre ragazzi sono stati i primi che ci hanno chiamato a nuove riflessioni e nuove procedure. Poggio Ascianto si stava trasformando: dal marzo 2020 ha iniziato il suo processo di adattamento ad un evento epocale. Nella sua storia la Comunità Terapeutica non era stata testimone di niente di simile. Come tutti noi.

La pandemia ci ha portato, in maniera veloce, ad un innovativo approccio con l'utenza e ad una revisione sostanziale del protocollo di intervento.

Attraverso l'applicazione dei DPCM, delle Procedure Regionali, Aziendali e di Dipartimento per la prevenzione del contagio, riunioni e sedute di formazione, che hanno visto maggiormente coinvolti gli operatori, o attraverso un lavoro di gruppo, colloqui individuali e familiari e sedute di psicoterapia che hanno visto coinvolti gli utenti, siamo riusciti ad adeguarci a ciò che accadeva nella Comunità e a rapportarci con ciò che succedeva fuori di essa. E perlopiù seguendo l'andamento ciclico del virus, "confinati" con gli utenti dentro la Comunità per buona parte dell'anno, stando in un presente di incertezza globale e di paura, abbiamo adattato l'intervento residenziale in maniera da permettere ai ragazzi di immaginare e ricostruire un futuro.

Da marzo a maggio 2020 i pazienti, costretti a aderire a regole della Comunità e a regole dettate dalla prevenzione del contagio da Sars-Cov2, hanno affermato, in più casi, che la chiusura forzata generalizzata gli ha rivelato il limite e fatto percepire un senso di protezione e di cura in maniera forse più intensa che nel periodo pre-covid. Durante il *lockdown*, sapendo che tutta l'Italia era in casa e che nessuno poteva circolare se non per validi e specifici motivi, per alcuni utenti si sono abbassati i livelli di craving e di aggressività ed è aumentata l'accessibilità ai colloqui. In altri, per motivi che cercheremo di vedere in seguito, ciò non è avvenuto.

L'epidemia ci ha colti di sorpresa, non avevamo le mascherine, non avevamo procedure scritte per la prevenzione del contagio. Non c'era il vaccino. È tutto arrivato dopo. Solo successivamente, infatti, sono state disponibili le procedure per la gestione degli ingressi nelle Comunità e distribuite le mascherine chirurgiche e FFP2, un monitoraggio con i tamponi antigenici e la vaccinazione.

Come gruppo di lavoro ci siamo resi conto che dovevamo apportare delle modifiche al programma di Poggio Ascianto, che non rispondeva più all'attuale momento storico, recuperando attività messe da parte e ideandone delle nuove mantenendo l'equivalenza al *prima* e l'efficacia.

Come tutti abbiamo subito una situazione di shock, ma, allo stesso tempo, abbiamo dimostrato di avere risorse di resilienza, proprio come quelle che cerchiamo di attivare nei nostri ospiti.

I primi cambiamenti, pensati e attuati dal maggio 2020, sono stati i seguenti.

- Abbiamo ripristinato il laboratorio informatico e implementato la potenza della ricezione della rete perché gli utenti potessero seguire lezioni o fare ricerche ed effettuare colloqui con le famiglie o con il proprio Ser.D. on-line.
- Abbiamo creato la possibilità di inserimenti socio-terapeutici nella struttura. Gli utenti hanno partecipato attivamente a questo con creatività e professionalità, c'è stato chi, con adeguate competenze in merito, ha tenuto lezioni di cucina e pasticceria, chi si è cimentato nell'insegnamento della musica, chi si è dedicato ad attività artistiche, chi di manutenzione, chi di segreteria. Tutti hanno potuto percepire un gettone di presenza come per un normale IST sul territorio. L'obiettivo era quello di fargli acquisire coscienza di un movimento in avanti, che la Comunità non rimaneva paralizzata e così potevano fare loro.
- Abbiamo deciso di inserire tutti gli utenti in una psicoterapia individuale e per farlo abbiamo dovuto identificare nella Comunità uno spazio per le sedute che fino ad allora si erano svolte al Ser.D. di Figline.
- È stata creata una *zona di quarantena* con camera e bagno dedicato, isolata dal resto della casa, per poter separare chi si contagiava e per i nuovi ingressi.

Nonostante molti operatori fossero a Poggio Ascianto da decenni non hanno avuto paura di cambiare, adattarsi e inventare un nuovo stile terapeutico dimostrando quella flessibilità che fa la differenza nella cura.

### **Gli ingressi e i drop-out dopo lo scoppio della pandemia**

Nel periodo in esame sono entrati a Poggio Ascianto 13 utenti. Da giugno 2020 ad agosto 2021 8 utenti hanno invece interrotto il programma.

Nessuna di queste interruzioni è avvenuta durante il *lockdown* del marzo-maggio 2020, come del resto, in quelle settimane, non vi sono stati accessi o conclusioni positive del percorso. La prima auto-dimissione è stata a giugno 2020, l'ultima ad agosto 2021.

Il primo ingresso dell'era covid è avvenuto il 5 giugno 2020, ha previsto 14 giorni di quarantena. È stata molto dura per l'utente, tra l'altro un giovane di 24 anni. Non sappiamo se anche la quarantena abbia pesato sulla sua decisione di abbandonare il programma un mese dopo averla conclusa. Al pari, come precedentemente evidenziato, non abbiamo elementi per affermare con certezza se anche l'impossibilità di programmare attività sull'esterno o il senso di chiusura abbiano influito su questa e altre uscite, o se, a fronte di una crescente multi problematicità, durante il confinamento in struttura, in uno *spazio vitale* ancora sconosciuto e ristretto, l'aspetto relazionale non si sia tramutato in un ostacolo insormontabile; forse chi non aveva le risorse per instaurare una relazione terapeutica è arrivato alla rottura perché l'idea stessa del *lockdown* ha amplificato problematiche interne preesistenti. Anche in coloro che, dal marzo 2020, hanno portato avanti la

maggior parte del programma o che l'hanno concluso abbiamo osservato un cambiamento nella natura della relazione, i legami sono apparentemente più solidi di prima, ma gli utenti, paradossalmente, più fragili; l'accettazione e l'incoraggiamento amorevole hanno grande significato, viceversa si riscontra una sempre minor tolleranza alle frustrazioni. Sembra evidente, anno dopo anno, che i nuovi utenti, degli anni '10 e ora degli anni '20, abbiano vite sempre più caratterizzate da vissuti traumatici, da disturbi dell'attaccamento, da carenza educativa, neglect e deprivazione affettiva e spesso non abbiano conosciuto la *gentilezza*, ovvero il sentire una presa in carico sincera. Chi, attingendo alle proprie risorse, ha riscoperto abilità nello stabilire un senso di appartenenza nella comunità e nella relazione con l'altro ha beneficiato dell'amplificato senso di vicinanza ed è andato avanti, ma anche per questi pazienti la mancanza di una sperimentazione sull'esterno rischiava di interferire con il processo di differenziazione e di svincolo dalla Comunità, dall'operatore di riferimento e dal gruppo.

A fronte dei *drop-out* e a sostegno dei programmi abbiamo pensato di variare alcuni aspetti delle procedure interne. La principale modifica, come precedentemente accennato, è stata quella di individuare *l'operatore di riferimento* dopo una settimana dall'ingresso del paziente. Nell'era pre-covid l'operatore di riferimento veniva identificato *dopo* la ricostruzione della storia, quindi dopo circa 40 giorni, indipendentemente dal fatto che fosse stato lui a raccogliere la storia del nuovo arrivato. I nostri pazienti, anche molto giovani, sono confusi, soli e trascurati. Abbiamo osservato che la loro multi-problematicità non gli permette di riuscire a gestire un'attesa così lunga. Trenta, venti, dieci, cinque anni fa forse era possibile lasciarli un mese abbondante in questo limbo, ora non più e questo il periodo COVID l'ha reso decisamente evidente. Da aprile 2021 l'operatore di riferimento è quello che fa la raccolta della storia della persona appena giunta.

Accanto a questa svolta *storica*, un'altra si è resa necessaria con particolare evidenza, per gli stessi motivi: la psicoterapia per tutti gli utenti.

Prima del *covid* Poggio Ascitutto concordava con l'utente e il Ser.D. inviante se e quando iniziare una psicoterapia. Molti Servizi decidevano che l'utente la svolgesse presso di loro anche a fine programma. Da maggio 2020 la psicoterapia inizia per tutti alla fine della raccolta della storia, dopo che l'utente ha stabilito una relazione abbastanza significativa con l'operatore di riferimento.

Negli ultimi due anni si è registrato un sensibile aumento di episodi di ansia, di attacchi di panico, di scarsa o assente capacità di gestione della rabbia e la slatentizzazione di disturbi dell'alimentazione. Gli utenti riportano, in molti casi, storie personali e familiari di trascuratezza, di neglect, di mancanza di attenzione ai loro bisogni primari, di abbandono e di abusi. Spesso più disturbi si sovrappongono e vanno a costituire quadri patologici complessi e di difficile diagnosi; la persona ha di solito vissuto in condizioni di continuo allarme ed è stata vittima di situazioni traumatiche ripetute [2]. A fronte di questo e della chiusura dovuta alle restrizioni, abbiamo proposto a tutti una psicoterapia. Gli utenti sanno che arriverà l'inizio delle sedute e anche questo

rappresenta di per sé un *movimento* psicologico pur nell'immobilità della pandemia. La psicoterapia, come parte costitutiva del trattamento ormai strutturata nel programma, ha lo scopo di condurre ad un aumento della compliance, maggiore capacità di riconoscere le proprie fragilità e chiedere aiuto, riduzione di conflittualità e di agiti violenti e riduzione del drop-out [2]. A corollario di questo si è venuta delineando una sempre maggior collaborazione con gli psichiatri del territorio a garanzia di una globale assistenza.

### **Il vaccino, i tamponi e la riduzione del tempo di quarantena.**

Da febbraio 2021 gli utenti di Poggio Ascianto vengono sottoposti a vaccinazione, se non già vaccinati, per il virus Sars-CoV2. La vaccinazione è stata accolta senza particolari problemi dagli ospiti della struttura ed effettuata su tutti a partire dal febbraio 2021. Per quanto concerne i tamponi antigenici rapidi Poggio Ascianto, sempre nel febbraio 2021, si è resa indipendente: gli infermieri e il medico del Ser.D. Sud est 2 di Figline Valdarno effettuano i tamponi antigenici rapidi in struttura ad utenti ed operatori mensilmente. In caso di uscite previste dal programma, con permanenza in famiglia per più giorni, l'utente effettua un tampone prima del rientro e lo ripete dopo tre giorni di isolamento fiduciario nella zona di quarantena. Così è anche per i nuovi ingressi, non è più necessario un tempo di quarantena di 14 giorni. Quali altri cambiamenti ci richiederà tutto questo?

### **CONCLUSIONI**

La pandemia ci ha spinto velocemente in una nuova dimensione. Già da qualche anno era evidente che l'utenza della Comunità portava in sé una multidimensionalità della sofferenza diversa dalle generazioni precedenti. Il confinamento dovuto al COVID -19, che si prolunga a volte per settimane, catalizza la slatentizzazione di disturbi più o meno gravi relativi a stati di ansia, depressione o aggressività che fuori venivano coperti e auto-curati con la sostanza.

La presa in carico di utenti, spesso con vissuti di neglect e solitudine, di traumi e abusi da anni si stava delineando come progressivamente più complessa e questo è da tempo testimoniato anche da una vasta letteratura sull'argomento, ma l'avvento della pandemia ha reso ancor più intricato questo confuso intreccio di fili e di fatto però lo ha reso esplicito. Dare un senso e una risposta sarà possibile adottando nuovi modi di accogliere e prendere in carico, offrendo trattamenti multidimensionali che si adattino alla crescente sofferenza dei giovani con problematiche alcol correlate e tossicodipendenza. Il programma della Comunità pubblica di Poggio Ascianto, in questi ultimi due anni, è cambiato in alcune parti fondamentali e ciò è stato necessario sia per migliorare la qualità dell'assistenza, ma anche per ridurre i tempi e i relativi costi del programma residenziale terapeutico-riabilitativo. Un utente ha definito così il suo stato d'animo in rapporto al Covid in

Comunità: *“non è stato facile, ma sono riuscito a starci. Con rabbia e pesantezza. Ho avuto momenti no, ma li ho ripresi in tempo e sono riuscito ad arrivare ad oggi”.*

### **Per Corrispondenza**

**Paola Trotta**, Psichiatra, psicoterapeuta. Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Azienda USL Toscana Centro. Ser.D. Sud Est 1. Via dell'Antella 58, Ponte a Niccheri (FI), fax 055.6936236. E-mail: [paola.trotta@uslcentro.toscana.it](mailto:paola.trotta@uslcentro.toscana.it)

### **Bibliografia**

1. Paolo Costantino, Laura Angelica Berni, Paola Trotta, et al. La Comunità Terapeutica pubblica di Poggio Ascianto. Presentazione della struttura e analisi di dati. Anni 2010-2015. <http://www.cesda.net/?p=10837>. Ultima consultazione 22.7.2020.
2. Laura Angelica Berni, Giuseppe R. Troisi, Paola Trotta. La psicoterapia del trauma in Comunità Terapeutica: uno studio su utenti tossicodipendenti e alcolodipendenti. *Alcologia*. N. 44. 2021 pag 71-86.
3. Patrizia Santovecchi, Marco Tumietto. Giovani e pandemia COVID-19: risvolti psicosociali. *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza*. Vol XV – Numero Unico. Gennaio-Dicembre 2021. Pagg 131-141.
4. Marianna Coppola, Giuseppe Masullo. Autoisolamento sociale volontario ed emergenza COVID-19: uno studio netnografico tra i giovani Hikikomori italiani durante la pademia. In *Cambio*. Rivista sulle trasformazioni sociali. OpenLab on Covid-19. DOI:10.13128/cambio-10399.
5. Gianni Testino. Disturbi da uso di alcol e pandemia da Sars-CoV2. *Alcologia*. N° 40. 2020. Pagg 5-8.
6. Alessio Gili, Mauro Bacci, Kyriaki Aroni, Alessia Nicoletti, Angela Gambelunghe, Isabella Mercurio, Cristiana Gambelunghe. Changes in drug patterns during the Covid-19 pandemic in Italy: monitoring a vulnerable group by hair analysis. *Int J Environ Public Health*. 2021 Feb. 18(4): 1967. Published online. Ultima consultazione 15/2/2022.
7. Giuseppe Ferrari, Giorgia Martori. Disagio psichico, dipendenze e suicidio nella popolazione durante la pandemia da COVID-19: una revisione narrativa della letteratura. *AIPMeL*, anno 1, n° 1. 2021. Pagg. 12-21.
8. ISS. Tutto sulla pandemia di SARS-CoV-2. <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2>. Ultima consultazione 15/2/2022.
9. Xu Bo et al. Epidemiological data from the COVID-19 outbreak, rela-time case information.

Nature.com/Scientific data. 7:106. <https://doi.org/10.1038/s41597-020-0448-0>. [Ultima consultazione 27/4/2020](#).

10. Adriana Iozzi, Laura Angelica Berni, Laura Calviani, Paola Trotta. I Servizi per le Dipendenze dell'Area Fiorentina e la pandemia. L'esperienza di due Ser.D. fiorentini attraverso alcuni casi clinici. Toscana Medica. aprile-maggio 2021. Pagg 75-76.
11. Lazzerini Marzia e Putoto Giovanni. COVID-19 in Italy: momentous decisions and many uncertainties. 18 Marzo 2020. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30110-8](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30110-8). [Ultima consultazione web 27/4/2020](#)



**Claudia Gandin**, Osservatorio Nazionale Alcol. Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità

**Emanuele Scafato**, Osservatorio Nazionale Alcol. Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità

### LA NECESSITÀ DI STRUMENTI INTERNAZIONALI DIAGNOSTICI E DI SCREENING PER IL DISTURBO DA GIOCO (*GAMING*): IL PROGETTO COLLABORATIVO DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ

#### Riassunto

La mancanza e l'urgenza di disporre di strumenti diagnostici e di screening per il disturbo da gioco d'azzardo – *gambling* e in particolare, per il disturbo da gioco - *gaming*, di recente incluso nella sezione dei disordini del comportamento legati a dipendenze (“*disorders due to addictive behaviours*”) della Classificazione Internazionale delle Malattie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. È questo il principale obiettivo del Progetto collaborativo dell'OMS sullo sviluppo di nuovi strumenti diagnostici e di screening internazionali per il disturbo da gioco e da gioco d'azzardo (*gambling / gaming*) denominato “*WHO collaborative project on the development of new international screening and diagnostic instruments for gaming disorder and gambling disorder*” al quale partecipa l'Istituto Superiore di Sanità, attraverso l'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale Dipendenze e Doping.

L'articolo sintetizza i diversi passaggi del progetto, attualmente in corso, che si concluderà nel 2023.

#### Parola Chiave

Disturbo da gioco, screening, diagnosi, OMS

#### Abstract

The lack and urgency of having diagnostic and screening tools for gambling and in particular, gaming, recently included in the section “disorders due to addictive behaviors” of the International Classification of Diseases of the World Health Organization. This is the main objective of the “*WHO collaborative project on the development of new international screening and diagnostic instruments for gaming disorder and gambling disorder*” with the active participation of the National Alcohol Observatory of the National Center for Addiction and Doping of the Istituto Superiore di Sanità. The article summarizes the different steps of the project, currently underway, which will end in 2023.

#### Keywords

Gaming, screening, diagnosis, WHO

## INTRODUZIONE

Il disordine da gioco online "**Internet gaming disorder**", segnalato nel 2013 dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, V edizione, dell'American Psychiatric Association-DSM-5 come una condizione che richiede ulteriori studi, è stato successivamente incluso, nel 2019, nell'XI revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-11) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità tra i disordini del comportamento legati a dipendenze (**Disorders due to addictive behaviours**) [1-2].

"**Il gaming**" (disturbo da gioco: videogiochi e giochi online) è definito nell'ICD-11 come una condizione caratterizzata da una serie di comportamenti di gioco, a schema **persistente o ricorrente, online o offline** ("gioco digitale" o "videogioco" – "digital/video-gaming"- sebbene adottati principalmente su Internet) manifestati da:

- a) **Una compromissione del controllo sul gioco** (ad esempio esordio, frequenza, intensità, durata, risoluzione, contesto);
- b) **Una crescente priorità attribuita al gioco** al punto che questo diventa più importante delle attività quotidiane e sugli interessi della vita;
- c) **Una continua escalation del gioco nonostante il verificarsi di conseguenze negative** personali, familiari, sociali, educazionali, occupazionali o in altre aree importanti.

Il comportamento di gioco, **per essere considerato patologico, si deve reiterare per almeno 12 mesi** sebbene la durata richiesta per la diagnosi possa essere abbreviata se soddisfatti tutti i requisiti diagnostici e se i sintomi sono severi.

Il gioco online è un'attività ricreativa diffusa in tutto il mondo, in particolare tra i giovani. Negli ultimi anni, c'è stato un crescente interesse sul fatto che alcuni modelli disadattivi correlati al gioco per alcuni giocatori portano a compromissione funzionale e disagio psicologico [3-6].

In diversi paesi, questo problema ha generato preoccupazioni per la salute pubblica [7-8], ancor più importanti considerando i limiti degli strumenti esistenti [9-11], da cui la necessità di strumenti che si riferiscano ai criteri diagnostici e più idonei a distinguere, tra lo spettro dei comportamenti di gioco, i soggetti che praticano un "gioco regolare e altrimenti salutare" da quelli con "gioco dannoso" e quelli con "disturbo da gioco" [12].

Sebbene il *gaming* sia diventato un importante argomento di salute pubblica, non esiste ancora un accordo scientifico rispetto alla formulazione clinica del disordine, incluse le sovrapposizioni con i disordini di comportamento legati a dipendenze da sostanze. Ciò nonostante, sono sempre più evidenti i danni correlati al gioco, soprattutto negli adolescenti, gli aspetti disfunzionali del comportamento associati al gioco, della vita di relazione, delle priorità date rispetto ad altre aree

importanti della loro quotidianità, con serie ricadute sulla salute psicologica e anche fisica. È quindi di estrema importanza definire con chiarezza il danno correlato al gioco, gli aspetti patologici del gioco e la diagnosi precoce del disturbo per evitare che il gioco diventi un comportamento patologico [13-14].

Diverse le questioni aperte tra cui, ad esempio, il fatto che i criteri per la diagnosi di gaming si basano su quelli da uso di sostanze e sul gambling e che altri modelli eziologici, oltre alla dipendenza, possono essere proposti, quali i meccanismi di compenso.

Al contrario che per il gaming, il **gambling** “disturbo da gioco d’azzardo” è da molto tempo incluso nella classificazione delle malattie e numerosi sono gli strumenti diagnostici e di screening sviluppati per valutare il disturbo da gioco d’azzardo. Tuttavia, la maggior parte si basa sui criteri del DSM-IV e sono stati sviluppati e/o validati prevalentemente su campioni di soggetti adulti nordamericani [15]. Con l’inclusione ufficiale del gaming come categoria diagnostica nell’ICD-11, una delle priorità è poter disporre di strumenti consistenti con i criteri diagnostici. Una recente rassegna ha evidenziato 32 strumenti per la diagnosi di disturbo da gioco in 320 studi, strumenti proliferati rapidamente con una media di circa 2,5 strumenti all’anno a partire dal 2013. Tuttavia, in più del 50% dei casi gli strumenti non sono abbinati ai criteri diagnostici dell’ICD-11 sebbene la maggior parte, sia che siano allineati al DSM 5 che all’ICD-11 sono d’accordo sul fatto che è importante focalizzare sullo screening della perdita di controllo rispetto al gioco nonostante le conseguenze negative e gli aspetti disfunzionali [10].

La lettera pubblicata su *Addiction* di recente è una breve panoramica del **Progetto collaborativo dell’OMS sullo sviluppo di nuovi strumenti diagnostici e di screening internazionali per il disturbo da gioco e da gioco d’azzardo (gambling / gaming)**. Più in particolare, la lettera informa sulla nuova progettualità dell’OMS sviluppata dopo che il gaming e il gambling sono stati inclusi nella sezione Disordini del comportamento legati a dipendenze- “*disorders due to addictive behaviours*” e dopo che è emersa la mancanza e l’urgenza di poter disporre di strumenti diagnostici e di screening [16].

*Le fasi del progetto collaborativo dell’Organizzazione Mondiale della Sanità sul gambling / gaming*

L’idea del progetto nasce nel 2017 con una serie di attività ed iniziative fino al 2019 quando iniziarono formalmente i lavori per lo sviluppo degli strumenti diagnostici per il gambling e il gaming. A quest’ultimo riguardo, tra le due condizioni, si è deciso di iniziare con il gaming considerata l’urgenza di disporre di una chiara diagnosi clinica, di stime di prevalenza nel mondo e di avviare protocolli terapeutici standardizzati. Lo stesso processo sarà quindi ripetuto per il gambling in un momento successivo.

L’Istituto Superiore di Sanità, attraverso l’Osservatorio Nazionale Alcol contribuisce alle attività, guidate dall’OMS, di un gruppo di lavoro costituito da 18 membri e composto da esperti clinici e di

ricerca internazionali nella classificazione nosologica, in psichiatria, psicologia clinica, medicina interna, medicina generale, epidemiologia, neurobiologia e salute pubblica.

Tale progetto permetterà quanto di seguito riportato:

- facilitare l'identificazione e la diagnosi del disturbo da gioco e del disturbo da gioco d'azzardo
- contribuire al monitoraggio del fenomeno fornendo stime di prevalenza comparabili
- facilitare la formazione di operatori esperti con capacità specifiche
- supportare la pratica clinica e gli studi di popolazione
- aiutare a sviluppare e valutare percorsi terapeutici/interventi per i pazienti ed a supporto dei parenti.

Oltre a ciò, l'implementazione di tale progetto richiamerà l'attenzione dei decisori politici e l'inclusione della problematica tra le priorità delle agende sanitarie nazionali rispetto ai servizi a supporto del fenomeno e sensibilizzerà l'opinione pubblica sulle conseguenze negative del gioco e del gioco d'azzardo.

Il protocollo sviluppato prevede 10 passaggi ed il suo completamento entro la fine del 2023.

I diversi passaggi sono sequenziali e sono costruiti grazie alle conoscenze ed ai risultati ottenuti dalle attività delle fasi precedenti.

Allo stato attuale è in corso il quarto passaggio. Più in particolare, il **primo e secondo passaggio**, completati, prevedevano una rassegna delle evidenze sugli strumenti e i materiali di screening disponibili in letteratura (in lingua inglese e non) e lo sviluppo di una banca di strumenti per l'identificazione del disturbo da gioco problematico nonché l'analisi di casi clinici di pazienti con disturbo da gioco.

Il **terzo passaggio**, la conduzione di focus group con giocatori e le interviste ad informatori chiave, non è stata portata a termine a causa della pandemia da COVID-19.

Il **quarto passaggio**, quello attualmente in corso, prevede lo sviluppo di un'intervista diagnostica strutturata per lo screening del gaming.

I **successivi passaggi** comprenderanno la traduzione delle interviste strutturate in varie lingue, i test sul campo, lo sviluppo, traduzione e implementazione sul campo di un'intervista clinica e quindi lo sviluppo di strumenti e relative metodologie.

## **Per Corrispondenza**

**Claudia Gandin**, Osservatorio Nazionale Alcol. Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità. E-mail [claudia.gandin@iss.it](mailto:claudia.gandin@iss.it)

## **Bibliografia:**

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
2. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th revision. Geneva: Switzerland: World Health Organization, 2019. <https://icd.who.int/en>
3. Saunders J B, Hao W, Long J King D L, Mann K, Fauth-Bühler M, Poznyak V. Gaming disorder: Its delineation as an important condition for diagnosis, management, and prevention. *J Behav Addict* 2017; 6: 271-279.
4. King D L, Delfabbro P H, Doh Y Y, Wu A M S, Kuss D J, Mentzoni R, Sakuma H. Policy and prevention approaches for disordered and hazardous gaming and Internet use: An international perspective. *Prev Sci* 2018; 19: 233-249.
5. Wölfling K, Müller K W, Dreier M, Ruckes C, Deuster O, Batra A, Beutel M E. Efficacy of short-term treatment of internet and computer game addiction: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2019; 76: 1018-1025.
6. Billieux J, Stein DJ, Castro-Calvo J, Higuchi S, King DL. Rationale for and usefulness of the inclusion of gaming disorder in the ICD-11. *World Psychiatry* 2021; 20: 198-199.
7. World Health Organization. Public health implications of excessive use of the internet, computers, smartphones and similar electronic devices. Geneva: Switzerland: World Health Organization, 2014.
8. Humphreys G. Sharpening the focus on gaming disorder. *Bull World Health Organ* 2019; 382-383.
9. King D L, Haagsma M C, Delfabbro P H, Gradisar M, Griffiths M D. Toward a consensus definition of pathological video-gaming: a systematic review of psychometric assessment tools. *Clinical Psychology Review* 2013; 33: 331-342.
10. King D L, Chamberlain S, Carragher N, Billieux J, Stein S, Mueller K, Delfabbro P H. Screening and assessment tools for gaming disorder: A comprehensive systematic review. *Clin Psychol Rev* 2020; 77: 101831.
11. Castro-Calvo J, King DL, Stein DJ, Brand M, Carmi L, Chamberlain SR, Billieux J. Expert appraisal of criteria for assessing gaming disorder: An international Delphi study. *Addiction* 2021; 116: 2463-2475.

12. Billieux J, Flayelle M, Rumpf H-J, & Stein DJ (2019). High involvement versus pathological involvement in video games: A crucial distinction for ensuring the validity and utility of gaming disorder. *Curr Addict Rep* 2019; 6: 323-330.
13. Hodgins D C, Stea J N, Grant J E. Gambling disorders. *Lancet* 2011; 378: 1874–1884.
14. Potenza M N, Balodis I M, Derevensky J, Grant J E, Petry N M, Verdejo-Garcia A, Yip S. W. Gambling disorder. *Nat Rev Dis Primers* 2019; 25: 5: 51.
15. Dowling N A, Merkouris S S, Manning V, Volberg R, Lee SJ, Rodda S N, Lubman D I. Screening for problem gambling within mental health services: a comparison of the classification accuracy of brief instruments. *Addiction* 2018; 113: 1088-1104.
16. Carragher N, Billieux J, Bowden-Jones H, Achab S, Potenza M, Rumpf H-J, Long J, Demetrovics Z, Gentile D, Hodgins D, Aricak O, Baigent M, Gandin C, Rahimi-Movaghar A, Scafato E, Assanangkornchai S, Siste K, Hao W, King D, Babor T, Saunders JB, Higuchi S, Poznyak V. Brief overview of the WHO Collaborative Project on the Development of New International Screening and Diagnostic Instruments for Gaming Disorder and Gambling Disorder (Letter). *Addiction*, 2021; DOI: 10.1111/add.15780. PMID: 34882889

**Aniello Baselice**, Medico Psicoterapeuta - Gruppo LOGOS Salerno

**Flavia Russo**, Psicologa Clinica - Gruppo Logos Salerno

**Sara Buccafusca**, Psicologa Clinica - Gruppo Logos Salerno

**Immacolata Lettieri**, Counselor - Gruppo LOGOS Salerno

**Teresa Volino**, Psicologa Clinica - Gruppo LOGOS Salerno

### LA CONDIZIONE DELLA DONNA NEL SISTEMA FAMILIARE CON I CONGIUNTI CON DGA: LA SOMMINISTRAZIONE DEL CER-SURVEY NEI PROGRAMMI DI TRATTAMENTO DEL GRUPPO LOGOS SALERNO.

#### Riassunto

Nell'ambito degli studi sul Disturbo da Gioco d'Azzardo, poca rilevanza viene data al rapporto – diretto o indiretto – tra le donne ed il gioco stesso. Alla luce di un approccio ecologico che tenga conto dell'intero sistema familiare nella presa in carico del disagio, lo studio presentato ha inteso approfondire gli stati affettivi, cognitivi e relazionali delle donne coinvolte nei programmi trattamentali offerti dal Gruppo Logos.

Restando ferma la necessità di continuare a lavorare su assertività, costruzione di relazioni supportive e gestione della rabbia - specialmente con le mogli di persone con DGA -, la somministrazione dell'intervista CER-Survey, strutturata ad hoc, fa emergere che la partecipazione a tali programmi costituisce un fattore di protezione rispetto a potenziali esiti clinicamente disfunzionali.

#### Parola Chiave

Gioco d'azzardo, donne, ecologia sociale

#### Abstract

In the context of gambling studies, little relevance is given to the bond – direct or indirect – between women and gambling itself. In the light of an ecologic approach that considers the entire family system in the assessment of the difficulties, the present study has sought to deepen the affective, cognitive and relational states in the women involved in treatment programs provided by Gruppo Logos. There is an evident need to continue the work on assertiveness, on building supportive relationships and on anger management – especially with GD men wives -, the CER-Survey interview, specifically structured, reveals that the participation in such programs represents a protection factor for clinically dysfunctional potential outcomes.

#### Keywords

Gambling, women, social ecology

## INTRODUZIONE

Il Gruppo LOGOS Salerno è un Ente del Terzo Settore che, dal 1989, ha accolto e sostenuto oltre 600 tra persone e famiglie con problemi di *addiction* chimiche e comportamentali provenienti dalla Campania e da altre regioni limitrofe.

A partire dal 2001 il Gruppo Logos ha strutturato un programma di trattamento complesso per le persone e le famiglie con Disturbo da Gioco d'Azzardo – da qui in avanti indicato con DGA- e disturbi additivi e/o psicopatologici correlati inizialmente denominato FUORIGIOCO.

Tale programma, oggi evoluto nella versione denominata PR.I.S.M.A (Programma di Intervento Sistemico Multidimensionale sulle Addiction), rappresenta un percorso di positiva ed efficace sperimentazione dell'applicabilità dell'Approccio Ecologico Sociale di Vladimir Hudolin nel campo del *Gambling*.

L'Approccio Ecologico Sociale [1] è stato ideato ed applicato dallo psichiatra croato Vladimir Hudolin per il trattamento dei problemi alcolcorrelati, sulla base di un percorso originale che muove dai principi teorico-pratici della psichiatria sociale e dalla medicina di comunità del secondo Novecento e che può essere sperimentato per affrontare altri problemi comportamentali.

Il metodo ecologico-sociale affonda le sue radici nella Teoria dei Sistemi e nelle esperienze della Comunità Terapeutica di Maxwell Jones, dei gruppi di auto-aiuto di Alcolisti Anonimi, della terapia di gruppo delle comunità terapeutiche USA per tossicodipendenti e alcolisti e dei club socio-psichiatrici di J.Bierer. La più recente attualizzazione del modello ecologico-sociale si ritrova nel lavoro dei Club Alcologici Territoriali, comunità multifamiliari territoriali che si occupano del trattamento dei problemi psico-sociali e relazionali legati al consumo di alcolici e rappresentano il sistema di trattamento non istituzionale più diffuso in Italia e attualmente presente in 35 Paesi del mondo. Il modello ecologico-sociale sposa la concezione di una comunità di uomini capace di esprimere un potenziale terapeutico per se stessa non identificabile in una specifica tecnica di psicoterapia di gruppo ma piuttosto come esperienza di trasformazione sociale secondo i principi della psichiatria sociale o di comunità, al cui interno possono convivere metodi diversi: il trattamento familiare congiunto dell'intera famiglia, il trattamento familiare esteso o di rete e la comunità terapeutica multifamiliare. Nell'approccio ecologico-sociale applicato al Disturbo da Gioco d'Azzardo, come anche ad altre forme di *addiction sine substantia*, la famiglia non è solo portatrice di disturbi ma anche un sistema dotato di proprie risorse anche inesprese e inserito nella sua comunità, con cui è capace di interscambio, secondo i principi della Teoria dei Sistemi. In conseguenza di ciò, l'approccio privilegia il trattamento multifamiliare aperto al coinvolgimento della comunità di vita della persona. L'approccio ecologico-sociale individua, infatti, le cause e lo sviluppo dei problemi e delle patologie azzardo-correlate dentro la comunità e tenta di contrastarli agendo al suo interno. L'attenzione si sposta dunque dalla famiglia alla comunità locale, in quanto il gioco problematico viene letto come esito di un'alterazione degli equilibri ecologici nella comunità



sociale. Alla luce di tali postulati, il gioco d'azzardo viene concepito come uno stile di vita che si colloca in un continuum che va dal gioco cosiddetto sociale all'*addiction* conclamata.

L'Approccio Ecologico Sociale, in una prospettiva di promozione della salute, intende sviluppare programmi che siano in grado di:

- dare risposte ai bisogni della persona, nel contesto delle relazioni significative sia di tipo familiare che comunitario, delle famiglie e delle comunità locali;
- porre al centro il protagonismo della persona ed il suo senso di responsabilità (empowerment);

Sulla base del lavoro effettuato fino ad oggi, il programma PR.I.S.M.A ha finora prodotto i seguenti risultati:

- accessibilità ai programmi, facilitata da una buona rete informativa territoriale e da un'accoglienza offerta cinque giorni su sette nell'arco di 12 ore e senza liste di attesa;
- *compliance* al trattamento, in termini di astinenza stabilizzata e miglioramento degli indici di funzionamento psico-sociale (59% delle famiglie seguite anche dopo i primi 5 anni);
- personalizzazione dei percorsi di accoglienza e trattamento in funzione dei bisogni delle persone e delle famiglie provenienti dalla Regione Campania e da quelle limitrofe;
- progressiva valorizzazione delle competenze esperienziali e culturali delle famiglie nei programmi di promozione della salute;
- attenzione paritaria sia ai programmi di trattamento che a quelli di prevenzione, formazione, promozione della salute in cooperazione con altre agenzie sociosanitarie pubbliche e private, sia locali che nazionali.

I punti cardinali del programma PR.I.S.M.A sono:

- Il lavoro di consapevolezza sulla condizione di *addiction*, attraverso un approccio psico-educazionale che coinvolge in varia misura e per la diversità dei ruoli tutti i membri della famiglia;
- La partecipazione attiva e costante della famiglia al trattamento e ai programmi di sensibilizzazione ed educazione all'autotutela da altre forme di *addiction*;
- Il monitoraggio della situazione economica della famiglia con la ricostruzione del debito e la formulazione di un piano di rientro e di gestione assistita all'uopo tramite un tutor interno o esterno (amministratore di sostegno);

- La valutazione periodica del trattamento sulla base di indicatori relativi alla stabilizzazione dell'astinenza, all'esplorazione e all'assunzione di consapevolezza e all'elaborazione di processi di contrasto/superamento di altri fattori di rischio.

Attualmente, i servizi per il trattamento del DGA nelle relazioni familiari sono due:

- 1) le Comunità "La Zattera" e "Il Sentiero".
- 2) I Club "Famiglie in Gioco" (Club Hudolin).

Si tratta di programmi non residenziali articolati in due sedute settimanali, che coinvolgono tutti i membri della famiglia, nonché la rete relazionale significativa del *gambler*, dal momento che il problema si ripercuote, nei suoi aspetti affettivi, sociali ed economici, su chi fa parte della rete relazionale prossima e significativa della persona; come dice Mauro Croce (2001) [2] "[...] chi paga i costi non è solo l'individuo, ma è anche la sua famiglia. I debiti, le incomprensioni, le promesse [...]". Lo scopo del coinvolgimento multifamiliare è, dunque, esplorare le complesse dinamiche familiari e favorire il cambiamento del giocatore e della famiglia nei confronti del problema correlato al gioco d'azzardo. I due programmi sono articolati su livelli crescenti di approfondimento e di esplorazione, per cui si parte dalla definizione di protocolli volti a monitorare il mantenimento dell'astinenza – "La Zattera" -, per arrivare ad indagare la motivazione e le dimensioni emotive e relazionali coinvolte nel disturbo – "Il Sentiero".

Il secondo servizio offerto dal Gruppo LOGOS per il trattamento del DGA è costituito dai Club "Famiglie in Gioco (*Club Hudolin*)", piccole comunità formate da 10-12 famiglie che condividono i problemi ma anche la speranza di superare i disagi legati al *gambling*, associato o meno ad altre *addiction*. I Club fanno capo all'omonima Associazione "Famiglie in Gioco" nata nel 2005. Si incontrano con cadenza settimanale per fronteggiare una situazione difficile, soddisfare bisogni condivisi, modificare comportamenti ed atteggiamenti, condividere emozioni e stati d'animo, creare legami di amicizia e solidarietà fondati sull'ascolto reciproco, sulla comunicazione, sulla fiducia e sul rispetto. Gli incontri si tengono sempre nello stesso posto ed alla stessa ora e sono coadiuvati da un facilitatore, denominato Servitore Insegnante, specificamente formato secondo l'approccio eco-sistemico e addestrato a tale funzione.

### **Premessa**

Il presente lavoro di ricerca nasce dalla volontà dell'equipe di professionisti del Gruppo LOGOS di allargare lo sguardo di indagine alla popolazione femminile inserita nei programmi di trattamento del centro, che risulta legata, più o meno direttamente, al gioco d'azzardo.

Come sottolineano Prever e Bowden-Jones (2021) [3] la diffusione del gioco d'azzardo tra le donne è un fenomeno sottostimato e poco studiato: i dati sono incerti e spesso dedotti da studi condotti su campioni a prevalenza maschile, il che impedisce di comprendere appieno la problematicità del fenomeno. Le donne, inoltre, sembrano avere più difficoltà nell'accesso ai servizi territoriali (*ivi*), probabilmente anche perché questi non offrono programmi specificamente dedicati al segmento femminile della popolazione.

L'indagine condotta dai professionisti del Gruppo Logos si inserisce, dunque, nel solco di questa consapevolezza e tenta di compiere un ulteriore passo in avanti nella comprensione di un fenomeno che deve interrogare quanti operano in questo settore: il legame con l'azzardo investe le donne non solo in quanto giocatrici, ma anche – e soprattutto – in quanto mogli, madri, sorelle, compagne, zie di giocatori. Considerare il valore del gioco d'azzardo alla luce delle dinamiche familiari e dei ruoli che in esse si muovono, risulta fondamentale se si assume che la famiglia costituisce quello spazio fisico e simbolico di costruzione della realtà nel quale gli eventi acquisiscono significato e diventano esperienza condivisa (Saraceno, Naldini, 2007) [4].

## **MATERIALE E METODI**

L'indagine si è svolta nel settembre 2021 ed è stata condotta mediante somministrazione e lettura del CER-Survey (Indagine su Cognizioni-Emozioni-Relazioni), uno strumento costruito *ad hoc* dai professionisti del Gruppo Logos per approfondire stati affettivi, stili relazionali e convinzioni associate al gioco d'azzardo delle donne coinvolte nella ricerca.

Esso risulta costituito dai seguenti questionari:

- **QUESTIONARI GAD-7 e PHQ-9** (*General Anxiety Disorder e Patient Health Questionnaire*, Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke et al, 1999) [5] [6], per indagare l'eventuale presenza di Disturbo d'ansia e Disturbo depressivo attraverso il riferimento ad una sintomatologia riferibile alle due settimane precedenti la somministrazione;
- **SCALA DELL'AUTOSTIMA DI ROSENBERG** (Rosenberg, 1965. Prezza, Trombaccia, Armento, 1994) [7];
- **QUESTIONARIO BARQ** (*Behavioral Anger Response Questionnaire*, Miers, A.C., Rieffe, C., Meerum Terwogt, M., Cowan, R. & Linden, W., 2007) [8], per la valutazione delle risposte comportamentali messe in atto di fronte alla rabbia;
- **QUESTIONARIO SULLE RELAZIONI** (adatt. Bartholomew, K. & Horowitz, L. M., 1991) [9], per analizzare lo stile relazionale d'elezione delle donne partecipanti;
- **QUESTIONARIO SULLE CONVINZIONI ASSOCIATE AL GIOCO D'AZZARDO**, strutturato appositamente per la presente indagine; esso si compone di 22 affermazioni relative al gioco d'azzardo rispetto alle quali il soggetto deve esprimere il proprio grado di

accordo su una scala Likert a quattro punti. Gli item sono stati tratti da “Quando il gioco diventa un problema. Una guida per le famiglie.”

- **DOMANDE APERTE**, orientate ad indagare la percezione del cambiamento di ruolo e l'esperienza di partecipazione ai programmi.

A causa di restrizioni ancora in atto legate al Covid-19 e di difficoltà, per alcune utenti, nel raggiungere la sede fisica del Gruppo Logos, il CER-Survey è stato diffuso in versione digitale affinché potesse arrivare a tutte le donne che, in vesti differenti, risultano inserite nei programmi di trattamento del centro. I questionari pervenuti – 19 in totale, tutti anonimi – sono stati poi sottoposti a siglatura per una lettura e valutazione dei risultati.

## **RISULTATI E DISCUSSIONE**

Il primo dato su cui è stata posta l'attenzione riguarda la composizione del campione (Fig. 1): delle 19 donne partecipanti circa il 40% è rappresentato dalle mogli, seguite dalle madri, dalle sorelle, dalle giocatrici e, in equa percentuale, da una fidanzata, una cognata e una zia. Le mogli, dunque, risultano essere le donne che più frequentemente accompagnano e sostengono i giocatori d'azzardo nel loro percorso di cambiamento.

Per ciò che riguarda i tempi di permanenza nei programmi di trattamento (Fig. 2) – Comunità *La Zattera*, Comunità *Il Sentiero*, Club *Famiglie in Gioco* -, il 37% delle partecipanti risulta inserito da un periodo compreso tra 1 anno e 3 anni, il 27% da più di 5 anni, il 16% ha iniziato in un periodo compreso tra 3 anni e 5 anni fa, il 10% è inserito da 6 mesi o 1 anno e solo il 5% è nel programma da circa 3/6 mesi; resta, infine, un 5% che non ha fornito questo dato.

Risulta interessante notare che, delle 19 donne partecipanti, 11 hanno dichiarato di aver iniziato il percorso nello stesso periodo in cui avevano scoperto del legame con il gioco d'azzardo dei propri congiunti, mentre 8 donne hanno evidenziato uno scarto tra il momento della scoperta e l'inizio del trattamento; scarto che, nel 21% dei casi, si assesta, in media, intorno ai 3 anni di “ritardo”.

L'analisi dei questionari GAD-7 e PHQ-9 ha rivelato che il Disturbo d'ansia e il Disturbo depressivo non rappresentano un tratto distintivo delle donne partecipanti all'indagine (Fig. 3 e Fig. 4) e che non c'è una correlazione significativa tra i livelli di ansia e di depressione riferiti e i tempi di permanenza nei programmi trattamentali. Per ciò che concerne il GAD-7 il 37% ha dichiarato di avere una sintomatologia riferibile a livelli minimi di ansia, mentre nel caso del PHQ-9 il 63% ha fornito risposte riconducibili a livelli minimi di depressione. Vale la pena sottolineare, tuttavia, che 7 delle 11 donne che hanno riferito sintomi di ansia da medio a grave e 4 delle 5 donne che hanno riferito sintomi di depressione da medio a grave sono mogli.

Dalla lettura dei risultati ottenuti alla Scala dell'Autostima di Rosenberg è emersa una situazione non preoccupante (Fig. 5): il 63% delle donne risulta avere un'autostima nella media e circa il 25%

mostra livelli piuttosto elevati di autostima. Anche in questo caso non sussiste una correlazione significativa con il tempo di permanenza nei programmi di trattamento.

Il 39% delle donne che hanno preso parte all'indagine del Gruppo Logos risulta reagire alla rabbia mettendo in atto strategie assertive, come rivelato dall'analisi del questionario BARQ (Fig. 6). Tale percentuale è però superata da un sottogruppo di donne – circa il 46% - che fa appello a strategie di ruminazione e di evitamento, fortemente disfunzionali. Soltanto il 5% ricerca supporto sociale; è la stessa la percentuale di quante scelgono di sfogare verbalmente e/o fisicamente la propria rabbia e di quante riescono a mitigarne l'intensità dedicandosi ad altre attività.

Il Questionario sulle relazioni è un adattamento della versione originale di Bartholomew e Horowitz (1991): i partecipanti sono invitati ad indicare lo stile relazionale che ritengono maggiormente descrittivo delle proprie modalità di interazione sociale, scegliendo tra quattro alternative possibili; essi, inoltre, devono esprimere il proprio grado di adesione anche ai tre stili che non hanno selezionato come "più descrittivo". Dall'analisi dei risultati è emerso che il 39% delle donne partecipanti all'indagine si riconosce nello stile relazionale indicato con la lettera D (Fig. 7): queste donne si dicono a disagio in presenza di relazioni emotivamente strette e desiderano sentirsi indipendenti e autosufficienti, libere anche dalla responsabilità che deriva dal sapere che qualcun altro dipende da loro. Il 28% si è identificato nello stile B, caratterizzato da scarsa fiducia negli altri, difficoltà nel chiedere aiuto e timore di restare feriti. Il 23% non mostra alcun disagio nell'avvicinarsi agli altri, non teme di restare solo e si sente appagato nell'interdipendenza (stile A). Il 10%, infine, desidererebbe avvicinarsi maggiormente agli altri, ma spesso li trova riluttanti a farlo o teme di non essere apprezzato a sufficienza (stile C).

Il Questionario sulle convinzioni associate al gioco d'azzardo, unico questionario di livello del CER-Survey, finalizzato a valutare i contenuti appresi da queste donne durante la partecipazione ai programmi psico-educazionali, è stato costruito appositamente per la presente indagine. I risultati emersi sono stati molto incoraggianti per il lavoro dell'equipe del Gruppo Logos (Fig. 8), poiché la media di risposte corrette è 18/22. Un dato interessante riguarda l'omogeneità nelle risposte errate che sono state fornite: sono stati essenzialmente tre gli item che hanno messo più in difficoltà le partecipanti. Rispetto all'affermazione *Il gioco d'azzardo è sempre illegale* (item 6), il 68% si è detto d'accordo o fortemente d'accordo; tale affermazione, in realtà, è sbagliata, poiché si può considerare illegale soltanto il gioco d'azzardo che non rientra tra quelli regolati dall'AAMS (Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato), come, per esempio, siti internet non autorizzati, bische clandestine o slot machine scollegate. Il 47% si è detto d'accordo o fortemente d'accordo con l'affermazione *Esiste un profilo tipico di giocatore, con caratteristiche ben riconoscibili* (item 9); anche questa affermazione è errata, poiché non è possibile in alcun modo identificare un unico profilo di giocatore, ma chiunque, potenzialmente, può sviluppare un Disturbo da gioco d'azzardo. Infine, il 37% ha dichiarato di essere in disaccordo o fortemente in disaccordo

con la frase *Avere in famiglia una persona con DGA o con problemi alcol-correlati aumenta il rischio di sviluppare un problema con il gioco d'azzardo* (item 11). Tale frase invece risulta essere vera, poiché numerosi sono gli studi che dimostrano che la familiarità con il Disturbo da gioco d'azzardo o con problemi alcol-correlati o con altri legami di dipendenza, ossia la presenza in famiglia di tali comportamenti e la maggior esposizione ad essi, aumenta negli altri membri – soprattutto quelli che si trovano in fase evolutiva - la probabilità di sviluppare simili problemi in futuro.

L'ultima parte del CER-Survey è articolata in due domande aperte che consentissero all'equipe di analizzare, in maniera più approfondita, i vissuti emozionali e cognitivi delle partecipanti (Fig. 9).

Il primo quesito mira ad indagare l'eventuale cambiamento di ruolo percepito dal momento della scoperta del DGA del proprio congiunto. 12 donne su 19 partecipanti hanno dichiarato di aver esperito una modifica del proprio ruolo all'interno della famiglia e, specificamente, nella relazione con la persona con DGA. Di queste, 2 non hanno attribuito a tale cambiamento alcuna valenza di tipo positivo o negativo, fermandosi ad una rilevazione del fenomeno; 3 sono le donne che, invece, hanno evidenziato un'involuzione nel proprio ruolo e nel rapporto con la persona con DGA: si tratta di due mogli, che riferiscono di essere diventate sorveglianti e perciò nemiche e quasi madri dei propri mariti, e una fidanzata, che ammette di sentir gravare troppo su di sé il peso di sostenere ed accompagnare il proprio compagno. Questo risultato appare molto coerente con quanto sottolinea la Capitanucci (2010) [10]: laddove in una famiglia caratterizzata da un buon adattamento la genitorialità è caratterizzata da una funzione differenziale, per la quale la modalità materna e quella paterna sono presenti in entrambi i genitori, seppur con accentuazioni diverse, garantendo un buon funzionamento del sistema, in una famiglia in cui è presente il Disturbo da gioco d'azzardo tale funzione scompare, poiché è solo l'adulto che non gioca a caricarsi di tutti i ruoli – materno e paterno – non solo nei confronti di eventuali figli, ma anche con il proprio partner giocatore, trattandolo, di fatto, al pari di un adolescente, con tutto ciò che ne deriva per entrambe le parti.

Sette donne, invece, riferiscono un cambiamento positivo, soprattutto a seguito della partecipazione ai programmi di trattamento: ciò che emerge è una riscoperta più autentica del proprio familiare, un rinnovato atteggiamento protettivo e supportivo, una presenza più consapevole nelle decisioni familiari, una maggiore condivisione di vita, accompagnata dalla propria messa in discussione, un'attenzione più focalizzata sulle necessità emotive del familiare con DGA, maggiore calma nell'affrontare i problemi e, come conseguenza, capacità di fornire un aiuto più adeguato.

Il secondo e ultimo quesito del CER-Survey chiede alle partecipanti di fornire tre parole descrittive della propria esperienza di partecipazione ai programmi trattamentali del Gruppo Logos. I termini scelti dalle donne partecipanti all'indagine possono essere suddivisi in cinque gruppi tematici che definiscono altrettante dimensioni, nel complesso altamente rappresentative (Fig. 10). Un primo

gruppo tematico include tutte quelle parole che rimandano alla dimensione relazionale dell'esperienza, a quel vissuto di sostegno e di riconoscimento reciproco che nasce tra chi sente di condividere qualcosa di simile: *accoglienza, famiglia, rispetto, collaborazione, solidarietà, sicurezza, condivisione, confronto*.

Il secondo gruppo, anch'esso ben rappresentato, fa riferimento agli aspetti professionalizzanti del Gruppo Logos, che ne fanno ambiente di informazione e formazione: *professionale, intelligente, formativa, esplicativa, esauriente, riflessiva, interessante, educativa*.

Rientrano nel terzo gruppo i termini che si riferiscono alla dimensione evolutiva, quella maggiormente connessa al cambiamento, che chiama in causa un impegno personale e che riconosce la maturazione: *accrescitiva, impegnativa, costruttiva, nuova, inaspettata, difficile, arricchente*.

Il quarto gruppo è costituito da quelle espressioni che mettono l'accento sulla prospettiva emotiva dell'esperienza, vera linfa di ogni percorso: *confortante, forte, emozionante, ricca di emotività nascosta, serenità*.

Chiude il quinto gruppo, composto da parole di valenza più neutra, ma che comunque rimandano un feedback molto efficace: *essenziale, positiva, importante, gradevole, utile*.

## **CONCLUSIONI**

Le donne maggiormente coinvolte nei percorsi e nei programmi di trattamento risultano essere le mogli – 8 su 19 partecipanti. Esse, al contempo, sono quelle che mostrano maggiori ricadute sul piano psicopatologico, come emerso dai dati relativi al GAD-7 e al PHQ-9; probabilmente ciò deriva dal fatto che le mogli vivono a più stretto contatto con l'uomo con DGA e ne devono affrontare in maniera diretta le conseguenze dal punto di vista emotivo, relazionale, lavorativo ed economico. Appare chiaro, dunque, che un'attenzione specifica va dedicata a queste donne, in termini di prevenzione secondaria, immaginando la possibilità di prevedere ed implementare percorsi di supporto dedicati ad esse.

Nonostante il forte stress a cui sono sottoposte, le donne che hanno partecipato all'indagine riflettono un profilo globalmente adattivo e funzionale – ansia e depressione a livelli minimi, autostima nella media -, il che rende ragionevole ipotizzare che la partecipazione ai programmi di trattamento, la condivisione dell'esperienza con altre famiglie, il supporto percepito tra i membri agisca da fattore di protezione, o comunque di contenimento rispetto a potenziali esiti molto disfunzionali sul piano personale e relazionale. Questo rappresenta un elemento di verifica e di monitoraggio delle azioni molto positivo per l'equipe del Gruppo Logos.

Dall'analisi del questionario BARQ risulta disomogenea, tra le partecipanti, la scelta di una strategia comportamentale di gestione della rabbia che possa dirsi davvero funzionale: diverse sono soprattutto le donne che mettono in atto processi ruminativi o di evitamento, e molto bassa è

la percentuale di chi si attiva per ricercare risorse sociali di supporto. Appare necessario lavorare, all'interno dei programmi trattamentali, servendosi di training sull'assertività e sull'acquisizione di competenze sociali.

Coerentemente con ciò, emerge come, in termini di stili relazionali, la maggior parte di queste donne sia abituata a "fare da sé", a contare sulle proprie forze, a non dipendere da nessuno; nella consapevolezza di quanto ciascuna storia costituisca caso a sé, è possibile ipotizzare che queste donne abbiano sviluppato una forte tendenza all'autosufficienza dopo aver sperimentato la difficoltà nel fare affidamento sulla persona con DGA e nel fidarsi di lei, soprattutto se questa è il partner (le mogli/fidanzate si riconoscono soprattutto negli stili B e D). In tal senso la partecipazione alle Comunità e ai Club costituisce già di per sé un'"esperienza emozionale correttiva", ma all'interno dei percorsi è bene porre l'accento sullo sviluppo di relazioni familiari paritetiche, reciprocamente supportive, nell'ambito delle quali imparare a chiedere aiuto, a delegare e a condividere.

Elemento molto positivo risulta essere il processo di crescita, in termini formativi, in cui sono inserite queste donne; le ottime prestazioni registrate nel questionario dimostrano che la struttura dei programmi consente di incidere sulle teorie ingenuie e sulle convinzioni che spesso le persone con DGA e i loro familiari si costruiscono, anche a causa delle opinioni veicolate dalla società e dai mass media. Fornire loro una formazione completa e corretta sul gioco d'azzardo, sui comportamenti a rischio, sul cambiamento degli stili di vita è la chiave per quell'evoluzione nei ruoli, nelle capacità di gestione dello stress e di risoluzione dei problemi e nella comunicazione, che esse stesse hanno rilevato.

### **Per corrispondenza**

**Aniello Baselice**, Medico Psicoterapeuta - Gruppo LOGOS Salerno.  
E-mail: [aniellobaselice@gmail.com](mailto:aniellobaselice@gmail.com)



## Bibliografia

1. L'Approccio Ecologico Sociale, a cura di Associazione Italiana dei Club Alcolici Territoriali, con il sostegno di Fondazione con il Sud.
2. Croce M.: Il caso del gioco d'azzardo: una droga che non esiste, dei danni che esistono. *Personalità/Dipendenze*, fasc. II, 225-242, 2001.
3. Prever F., Locati V.: L'azzardo al femminile nel contesto italiano, un'esperienza clinica specifica. In *Donne e disturbo da Gioco d'azzardo, una prospettiva internazionale al femminile su trattamento e ricerca*, a cura di Prever F., Bowden-Jones H., Edizioni dEste, Milano, 139-155, 2021.
4. Saraceno C., Naldini M.: *Sociologia della famiglia*. Il Mulino, Bologna, 2007.
5. Spitzer R. L., Williams J. B.W., Kroenke K. et al, *General Anxiety Disorder*, 1999. In [www.adaa.org](http://www.adaa.org) ultima consultazione 12/07/2021.
6. Spitzer R. L., Williams J. B.W., Kroenke K. et al, *Patient Health Questionnaire*, 1999. In [www.adaa.org](http://www.adaa.org) ultima consultazione 12/07/2021.
7. Rosenberg, Rosenberg Self-Esteem Scale, 1965; Prezza, Trombaccia, Armento, *Scala dell'autostima di Rosenberg*, 1994. In <http://www.riabilitazionepsicosociale.it/wordpress> ultima consultazione 12/07/2021.
8. Miers, A.C., Rieffe, C., Meerum Terwogt, M., Cowan, R. & Linden, W., *Behavioral Anger Response Questionnaire*, 2007. In <https://emotivity.my/wp-content/uploads> ultima consultazione 13/07/2021.
9. Bartholomew, K. & Horowitz, L. M., *The Relationships Questionnaire* 1991. In <https://psychology.ucdavis.edu/> ultima consultazione 13/07/2021.
10. Capitanucci D.: *Figli d'azzardo. Gioco d'azzardo patologico e trascuratezza dei figli: un tema di cui occuparsi*. In *Il Gioco d'azzardo patologico. Prospettive teoriche ed esperienze cliniche*, a cura di Picone F.. Carocci Ed., Roma, 2010.

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

**CONOSCENZE SULLA NATURA, LE PROPRIETÀ E GLI EFFETTI ED I RISCHI DEL FUMO DI TABACCO ESPRESSE DAGLI DAGLI/LLE ADOLESCENTI IN FRIULI-VENEZIA GIULIA (AS 2018/19)**

**Riassunto**

La ricerca sullo stile di vita degli adolescenti scolarizzati ha evidenziato l'handicap culturale che li penalizza fin dall'accesso alla BREIMACODA e messo in luce che le conoscenze sulla natura, le proprietà, gli effetti ed i rischi del fumo di tabacco non raggiungono livelli ottimali neanche alla fine della carriera scolastica. I risultati acquisiti suggeriscono di rivisitare la programmazione didattica e di adeguarla ai bisogni culturali espressi dalla comunità scolastica con l'intento di modificare le conoscenze scorrette presenti nel background culturale degli/le studenti/esse in modo da favorire scelte critiche e responsabili nei confronti del fumo di tabacco a favore della salute.

**Parola Chiave**

Adolescenti, fumo di tabacco, conoscenze, natura, proprietà, rischi

**Abstract**

The research on the lifestyle of adolescents in school has highlighted the cultural handicap that penalizes them from the moment they enter BREIMACODA and highlighted that knowledge on the nature, properties, effects and risks of tobacco smoke do not reach optimal levels. not even at the end of the school career. The results obtained suggest revisiting the didactic programming and adapting it to the cultural needs expressed by the school community with the aim of modifying the incorrect knowledge present in the cultural background of the students in order to favor critical and responsible choices towards smoking. of tobacco for health.

**Keywords**

Adolescents, tobacco smoking, knowledge, nature, property, risks

É legittima ed universalmente condivisa la preoccupazione suscitata dal fumo di tabacco, fattore di rischio evitabile per la salute, che penalizza le popolazioni a tutte le latitudini e fa breccia precocemente sulle giovani generazioni che sembrano refrattarie agli interventi di sensibilizzazione, educazione, prevenzione e promozione della salute [1-7].

**SCOPO DEL LAVORO**

Lo studio si propone di far luce sul background culturale e la sua evoluzione con il procedere della carriera didattica espresso dagli/le studenti/esse della Scuola Secondaria di 2° grado (SS2) nei confronti del fumo di tabacco. Il tutto con l'intento di valutare se è il caso, quando e come programmare e mettere in atto interventi mirati di informazione, formazione, sensibilizzazione, prevenzione e promozione della salute finalizzati da un lato a modificare conoscenze e

comportamenti scorretti, mantenere e potenziare uno stile di vita sostenibile a favore della salute, dall'altro a monitorare - ex ante, in itinere e ex post -, l'efficacia del percorso educativo proposto.

## **MATERIALI E METODI**

L'iniziativa si è concretizzata, così come concordato con i Responsabili degli Istituti scolastici aderenti al progetto di ricerca [8,9], nel periodo febbraio - marzo 2019, durante il quale è stato chiesto agli/le studenti/esse, in classe nel corso delle attività scolastiche quotidiane, di rispondere alle domande proposte da una scheda questionario cartacea (SQ) - anonima [10-12], auto somministrata, semi strutturata - riguardanti:

- l'età anagrafica, il genere e la classe scolastica frequentata;
- la conoscenza della normativa italiana che regola le vendite dei prodotti del fumo di tabacco;
- la natura, le proprietà, gli effetti e l'entità dei rischi tabacco/nicotina correlati.

Il materiale raccolto con le SQ è stato acquisito dal Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute di Trieste (GRES) che ha provveduto alla codifica delle risposte fornite dalla popolazione studentesca, alla loro informatizzazione in una matrice Excell e, dopo una attenta revisione critica, alla elaborazione con l'ausilio dello Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) [13-15].

La lettura ed il commento dei risultati hanno tenuto conto delle frequenza assoluta (n) e/o relativa, della media aritmetica campionaria (X) e dello specifico intervallo di confidenza (IC95%).

Le analisi della significatività dei fatti è stata condotta ricorrendo al t-Test di Student per il confronto fra le medie aritmetiche campionarie, mentre per il confronto fra le frequenze assolute è stato utilizzato il test del Chi-quadrato ( $\chi^2$ ) ricorrendo, a seconda delle opportunità, alla correzione di Yates o al metodo esatto di Fisher [16-18].

L'anagrafe della popolazione scolastica rivela che hanno aderito all'indagine conoscitiva riguardante lo stile di vita degli/le adolescenti scolarizzati/e (As 2018/19) nei confronti del fumo di tabacco 447 studenti/esse, in prevalenza maschi (M: 293; F: 154; \*)  $p < 0,0005$ , selezionati "con un campionamento a grappolo" delle classi scolastiche [17-19] di alcuni Istituti Tecnici e Professionali della provincia di Gorizia<sup>1</sup> (Tab. 1).

---

<sup>1</sup> G. Brignoli di Gradisc d'Isonzo (GO), L. Einaudi e G. Marconi di Staranzano (GO), R.M. Cossar- L. da Vinci di Gorizia di seguito indicati come SS2 e/o BREIMACODA.

Maschi n (%)	Femmine n (%)	MF n (%)
293 (65,5%)	154 (34,5%)	447 (100%)

Tab. 1 - Numero (n) e distribuzione percentuale (%), specifico/a per genere, degli /lle studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2018/19).

Al momento il 22,4% (M: 22,9%; F: 21,4%) della popolazione studentesca risultava iscritto/a alla classe prima (Tab. 2), il 20,4% alla seconda (M: 20,1%; F: 20,8%), un altro 19,2% frequentava il terzo anno (M: 19,5%; F: 18,8%), ammontavano al 22,8 gli/lle studenti/esse presenti in quarta (M: 24,2%; F: 20,1%) ed al 15,2% i/lle diplomandi/e (M: 13,3%; F: 18,8%).

Classe scolastica	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
1 <sup>a</sup>	22,9	21,4	22,4
2 <sup>a</sup>	20,1	20,8	20,4
3 <sup>a</sup>	19,5	18,8	19,2
4 <sup>a</sup>	24,2	20,1	22,8
5 <sup>a</sup>	13,3	18,8	15,2

Tab. 2 – Distribuzione percentuale (%), specifica per genere, degli/lle studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti dalla ricerca (AS 2018/19) in funzione della classe scolastica frequentata.

La popolazione BREIMACODA ha dichiarato un'età anagrafica (Tab. 3) che oscilla fra i 13 ed i 21 anni (M: 13-21%; F: 14-21%), un'età media stimata di 16,4aa (IC95%: 14,8-17,9) - la stessa in entrambi i generi (M=>x:16,4aa; IC95%: 14,8-18,3aa. F=>x: 16,4aa; IC95%:13,7-19,0aa) - e per il 72,9% (M: 73,0%; F: 72,7%) è costituita da minorenni (Tab. 4).

Età	Maschi (anni)	Femmine (anni)	MF (anni)
Range	13-21	14-21	13-21
X	16,4	16,4	16,4
SD	1,61	1,59	1,60
ES	0,955	1,318	0,773
IC95%	14,4-18,3	13,7-19,0	14,8-17,9

Tab. 3 - Range, media aritmetica (X), deviazione standard (SD), errore standard (ES) ed intervallo di confidenza della media (C.I.95%), specifici per genere, dell'età anagrafica dichiarata dagli studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti dalla ricerca (AS 2018/19).

Età (anni)	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
13	0,3	0,0	0,2
14	16,0	14,3	15,4
15	33,8	34,4	34,0
16	51,2	53,9	52,1
17	73,0	72,7	72,9
18	92,8	91,6	92,4
19	98,0	98,7	98,2
20	99,3	99,4	99,3
21	100	100	100

Tab. 4 – Distribuzione cumulativa percentuale, specifica per genere, degli studenti BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2018/19) in funzione dell'età anagrafica dichiarata.

## RISULTATI

### La legge italiana vieta la vendita dei prodotti del tabacco i minori di 18 anni<sup>2</sup>?

Sono certi che "la legge italiana vieta la vendita dei prodotti del tabacco ai minori di 18 anni" l'81,2% degli/le studenti/esse coinvolti (Tab. 5), coorte nella quale le ragazze prevalgono decisamente sui compagni di scuola (M: 78,8%; F: 85,7 %;  $p < 0,08$ ). D'altro canto, costituiscono una netta minoranza (V vs F=>M:  $p < 0,0005$ ; F:  $p < 0,0005$ ; MF:  $p < 0,0005$ ) sia il 9,4% dei/le compagni/e, fra i quali gli studenti risultano più numerosi dei/le coetanei/e (M: 11,6%; F: 5,2%;  $p < 0,05$ ), che ritengono non ci sia questo divieto, vuoi l'8,5% degli/le studenti/esse (M: 8,9%; F: 7,8%) che alla domanda rispondono "non so" (V vs NS=>M:  $p < 0,0005$ ; F:  $p < 0,0005$ ; MF:  $p < 0,0005$ ).

Risposte alla domanda...	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Non risponde	0,7	1,3	0,9
Vero (V)	78,8 <sup>*,\$,a</sup>	85,7 <sup>a,£,°</sup>	81,2 <sup>€,^</sup>
Falso (F)	11,6 <sup>*,b</sup>	5,2 <sup>°,b</sup>	9,4 <sup>^</sup>
Non so (NS)	8,9 <sup>\$</sup>	7,8 <sup>£</sup>	8,5 <sup>€</sup>

Tab. 5 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2018/19) in funzione dell'opinione espressa nei confronti dell'affermazione: "la legge italiana vieta la vendita dei prodotti del tabacco ai minori di 18 anni". a)  $p < 0,08$ ; b)  $p < 0,05$ ; \*,°,^,\$,£,&  $p < 0,0005$

Nell'arco del percorso di studi si ha riscontro che ammontano al 77,0% i/le ragazzi/e della prima classe (M: 74,6%; F: 81,8%) sono al corrente che nel nostro Paese la vendita dei prodotti del tabacco è vietata ai minorenni (Tab. 6), opinione che condividono il 78,0% dei/le compagni/e della seconda (M: 74,6 %; F: 84,4%), trova d'accordo il 75,6% degli/le iscritti/e alla terza (M: 77,2%; F: 72,4%), accomuna l'87,3% dei/le colleghi/e della quarta (M: 84,5%; F: 93,5%) ed è fatta propria dall'89,7% degli/le studenti/esse che si accingono al diploma (M: 84,6%; F: 96,6%). La percentuale degli/le studenti/esse a conoscenza della normativa italiana che riguarda la commercializzazione dei prodotti del tabacco in Italia rilevate fra gli/le adolescenti della prima, della seconda e della terza classe si sono rivelate di gran lunga inferiori a quelle dei/le compagni/e della quarta (V=>4<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>:  $p < 0,06$ ; 4<sup>a</sup> vs 2<sup>a</sup>:  $p < 0,08$ ; 4<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>:  $p < 0,05$ ) e dei/le diplomandi/e (V=>5<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>:  $p < 0,05$ ; 5<sup>a</sup> vs 2<sup>a</sup>:  $p < 0,05$ ; 5<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>:  $p < 0,025$ ). Dal confronto tra i generi emerge che, con la sola eccezione delle terze, in ciascuna

<sup>2</sup> Agli/le studenti/esse veniva chiesto per ogni argomento: "Puoi indicare con una X quale delle seguenti affermazioni è vera o falsa?. Le possibili risposte erano: Vero, Falso, Non so.

classe la popolazione femminile al corrente della normativa italiana che regola la vendita dei prodotti del tabacco prevale, in qualche misura, sulla corrispondente popolazione maschile. Fra le ragazze la conoscenza della normativa che regola la vendita dei prodotti del tabacco al pubblico riscuote minori suffragi da parte delle studentesse della prima rispetto alle compagne della quinta ( $V \Rightarrow 1^a$  vs  $5^a$ :  $p < 0,07$ ) e dalle ragazze di terza rispetto sia alle colleghe di quarta ( $V \Rightarrow 3^a$  vs  $4^a$ :  $p < 0,05$ ) che di quelle dell'ultimo anno ( $V \Rightarrow 3^a$  vs  $5^a$ :  $p < 0,025$ ).

Classe scolastica	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
1 <sup>a</sup>	74,6	81,8 <sup>a</sup>	77,0 <sup>b,c</sup>
2 <sup>a</sup>	74,6	84,4	78,0 <sup>d,e</sup>
3 <sup>a</sup>	77,2	72,4 <sup>f,g</sup>	75,6 <sup>h,i</sup>
4 <sup>a</sup>	84,5	93,5 <sup>f</sup>	87,3 <sup>b,d,h</sup>
5 <sup>a</sup>	84,6	96,6 <sup>a,g</sup>	89,7 <sup>c,e,i</sup>

Tab. 6 - Distribuzione percentuale, specifica per genere e classe scolastica, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2018/19) che affermano: "la legge italiana vieta la vendita dei prodotti del tabacco ai minori di 18 anni".

d)  $p < 0,08$ ; a)  $p < 0,07$ ; b)  $p < 0,06$ ; c, e, f, h)  $p < 0,05$ ; g, i)  $p < 0,025$

### La nicotina è uno stimolante?

A proposito delle proprietà del fumo di tabacco e/o dei suoi componenti il 47,7% della popolazione scolastica, maschi e femmine in egual misura (M: 47,8%; F: 47,4%), sono dell'idea che "la nicotina è uno stimolante" (Tab. 7).

Risposte alla domanda...	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Non risponde	1,7	1,9	1,8
Vero (V)	47,8 <sup>a,d</sup>	47,4 <sup>b,e</sup>	47,7 <sup>c,f</sup>
Falso (F)	24,2 <sup>a</sup>	18,8 <sup>b,g</sup>	22,4 <sup>c,h</sup>
Non so (NS)	26,3 <sup>d</sup>	31,8 <sup>e,g</sup>	28,2 <sup>f,h</sup>

Tab. 7 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2018/19) in funzione dell'opinione espressa nei confronti dell'affermazione: "la nicotina è uno stimolante".  
h) p<0,05; e,g) p<0,01; a,b,c,d,f) p<0,0005

In ciascuna delle popolazioni considerate si rivelano decisamente minoritarie sia la coorte dei/le compagni/e di scuola (M: 24,2%; F: 18,8%; MF: 22,4%) che non riconoscono alla nicotina proprietà stimolanti (V vs F=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) sia quella dei/elle coetanei/e (M: 26,3%; F: 31,8%; MF: 28,2) che non hanno una opinione in proposito (V vs NS=>M: p<0,0005; F: p<0,01; MF: p<0,0005). Ancora, gli/le studenti/esse che affermano di non sapere se la nicotina ha o meno proprietà stimolanti prevalgono, talvolta significativamente (NS vs F=>F: p<0,01; MF: p<0,0005), sui/le coetanei/e che non accreditano alla nicotina proprietà stimolanti.

Su questo argomento il 61,0% gli/le adolescenti iscritti al primo anno (M: 56,7%; F: 69,7%) sono d'accordo ad attribuire alla nicotina un effetto stimolante (Tab. 8), parere che viene fatto proprio da una percentuale inferiore pari al 44,0% (M: 45,8%; F: 40,6%) degli/le studenti/esse frequentanti la seconda (1<sup>a</sup> vs 2<sup>a</sup>=> F: p<0,025; MF: p<0,025) e condiviso dal 44,2% dei/le ragazzi/e in terza (1<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>=>F: p<0,005; MF: p<0,025) classe nella quale i maschi prevalgono sulle coetanee (M: 50,9%; F: 31,0%; p<0,07). Sono della stessa idea il 38,2% (M: 36,6%; F: 41,9%) dei/le compagni/e in quarta (1<sup>a</sup> vs 4<sup>a</sup>=>M: 0,025; F: p<0,05; MF: p<0,005) ed il 51,5% dei/le colleghi/e alla fine del percorso didattico (M: 51,3%; F: 51,7%). I diplomandi/e che attribuiscono alla nicotina proprietà stimolanti si rivelano più numerosi dei/le compagni/e di studi del penultimo anno (MF=> 5<sup>a</sup> vs 4<sup>a</sup>: p<0,10).



Classe scolastica	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
1 <sup>a</sup>	56,7 <sup>x</sup>	69,7 <sup>a,b,c</sup>	61,0 <sup>e,f,g</sup>
2 <sup>a</sup>	45,8	40,6 <sup>a</sup>	44,0 <sup>e</sup>
3 <sup>a</sup>	50,9 <sup>*</sup>	31,0 <sup>*,b</sup>	44,2 <sup>f</sup>
4 <sup>a</sup>	36,6 <sup>x</sup>	41,9 <sup>c</sup>	38,2 <sup>g,h</sup>
5 <sup>a</sup>	51,3	51,7	51,5 <sup>h</sup>

Tab. 8 - Distribuzione percentuale, specifica per genere e classe scolastica, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2018/19) che affermano: "la nicotina è uno stimolante".  
h) p<0,10; \*) p<0,07; c) p<0,05; x,a,e,f) p<0,025; b,g) p<0,005

### La nicotina è una sostanza psicoattiva?

Le risposte della comunità scolastica evidenziano che il 42,5% degli/le studenti/esse ammette che la "la nicotina è una sostanza psicoattiva" (Tab. 9). Allo stesso tempo, meno rappresentati/e si rivelano il 19,2% dei/le coetanei/e che non la ritengono tale (V vs F: p<0,0005) e, seppur in misura più contenuta (V vs NS: p<0,05), il 35,3% degli/le adolescenti che ammettono la loro ignoranza in proposito. A ben guardare, la popolazione che afferma di non sapere se la nicotina è o meno una sostanza psicoattiva risultano di gran lunga più numerosi/e (V vs NS: p<0,005) dei/le coetanei/e che non ritengono la nicotina una sostanza psicotropa.

Risposte alla domanda...	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Non risponde	3,4	1,9	2,9
Vero (V)	44,4 <sup>a,d</sup>	39,0 <sup>b</sup>	42,5 <sup>c,f</sup>
Falso (F)	21,2 <sup>a,g</sup>	15,6 <sup>b,h</sup>	19,2 <sup>c,i</sup>
Non so (NS)	31,1 <sup>d,g,*</sup>	43,5 <sup>h,*</sup>	35,3 <sup>f,i</sup>

Tab. 9 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2018/19) in funzione dell'opinione espressa nei confronti dell'affermazione: "la nicotina è una sostanza psicoattiva". f) p<0,05; g,\*) p<0,01; d) p<0,005; a,b,c,h,i) p<0,0005

Una situazione simile si presenta nell'ambito della popolazione scolastica maschile nella quale il 44,4% dei giovani che riconoscono la nicotina come una sostanza psicoattiva prevalgono nettamente sul 21,2% dei compagni che negano questa eventualità (V vs F:  $p < 0,0005$ ) e sul 31,1% dei coetanei che affermano di non saperlo (V vs NS:  $p < 0,005$ ). A loro volta, i ragazzi che non sono in grado di affermare se la nicotina è o no una sostanza psicotropa prevalgono sugli studenti che non le riconoscono proprietà psicoattive (NS vs F:  $p < 0,01$ ).

Nella controparte femminile, il 43,5% delle ragazze che non sanno se la nicotina possiede o meno proprietà psicoattive ed il 39,0% delle coetanee che la definiscono una sostanza psicoattiva hanno il sopravvento (NS vs F:  $p < 0,0005$ ; V vs F:  $p < 0,0005$ ) sul 15,6% delle compagne di studi che negano alla nicotina proprietà psicotrope. Ancora, le ragazze che dicono di non sapere se la nicotina è o non è una sostanza psicomimetica prevalgono nettamente sui compagni di studi (F vs M:  $p < 0,01$ ).

Nel dettaglio del percorso didattico emerge che il 38,0% dei neofiti (M: 40,3%; F: 33,3%) ritengono la nicotina una sostanza psicoattiva (Tab. 10), opinione condivisa dal 50,5% dei compagni della seconda (M: 52,5%; F: 46,9%) più numerosi delle matricole ( $2^a$  vs  $1^a$  => MF:  $p < 0,08$ ), e fatta propria dal 40,7% degli/le adolescenti iscritti/e della terza (M: 45,6%; F: 31,0%). Meno rappresentati, in particolare dei compagni della seconda ( $2^a$  vs  $4^a$  => M: 0,05; MF:  $p < 0,07$ ), e pari al 37,3% (M: 33,8%; F: 45,2%) appaiono i/le giovani della quarta che riconoscono la psicotropicità della nicotina (M: 33,8%; F: 45,2%) eventualità che ottiene il 48,5% dei suffragi (M: 56,4%; F: 37,9%). dai/le ragazzi/e alla fine della carriera scolastica alla SS2 che prevalgono nettamente sui neofiti ( $5^a$  vs  $1^a$  => M:  $p < 0,10$ ).

Classe scolastica	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
1 <sup>a</sup>	40,3 <sup>a</sup>	33,3	38,0 <sup>d</sup>
2 <sup>a</sup>	52,5 <sup>b</sup>	46,9	50,5 <sup>d,e</sup>
3 <sup>a</sup>	45,6	31,0	40,7
4 <sup>a</sup>	33,8 <sup>b,c</sup>	45,2	37,3 <sup>e</sup>
5 <sup>a</sup>	56,4 <sup>a,c</sup>	37,9	48,5

Tab. 10 - Distribuzione percentuale, specifica per genere e classe scolastica, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2018/19) che affermano: "la nicotina è una sostanza psicoattiva". a)  $p < 0,10$ ; d)  $p < 0,08$ ; e)  $p < 0,07$ ; b)  $p < 0,05$ ; c)  $p < 0,025$

### La nicotina è una droga?

Identifica la nicotina con la droga il 68,9% della popolazione scolastica (M: 67,6%; F: 71,4%), idea che viene contraddetta dal 13,9% dei/le coetanei/e (M: 15,4%; F: 11,0%) - una decisa minoranza (V vs F=>M:  $p<0,0005$ ; F:  $p<0,0005$ ; MF:  $p<0,0005$ ) – argomento sul quale una parte minoritaria (V vs NS=>M:  $p<0,0005$ ; F:  $p<0,0005$ ; MF:  $p<0,0005$ ) che ammonta al 15,4% degli/le studenti/esse (M: 15,0%; F: 16,2%) ammette di non avere una risposta (Tab 11).

Risposte alla domanda...	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Non risponde	2,0	1,3	1,8
Vero (V)	67,6 <sup>a,d</sup>	71,4 <sup>b,e</sup>	68,9 <sup>c,f</sup>
Falso (F)	15,4 <sup>a</sup>	11,0 <sup>b</sup>	13,9 <sup>c</sup>
Non so (NS)	15,0 <sup>d</sup>	16,2 <sup>e</sup>	15,4 <sup>f</sup>

Tab. 11 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2018/19) in funzione dell'opinione espressa nei confronti dell'affermazione: "la nicotina è una droga".  
a,b,c,d,e,f )  $p<0,0005$

La distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le studenti/esse BREIMACODA (Tab. 12) che identificano la nicotina con la droga mostra una tendenza crescente con il procedere della carriera scolastica e risulta compresa fra il minimo del 63,0% rilevato fra gli/le iscritti/e alla prima classe ed il 75,0% - il valore più elevato (5<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>:  $p<0,10$ ) - registrato fra i/le ragazzi/e dell'ultimo anno.

Classe scolastica	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
1 <sup>a</sup>	61,2 <sup>a</sup>	66,7 <sup>b</sup>	63,0 <sup>h</sup>
2 <sup>a</sup>	66,1	75,0 <sup>c,d</sup>	69,2
3 <sup>a</sup>	73,7 <sup>*</sup>	51,7 <sup>*,c,e,f</sup>	66,3
4 <sup>a</sup>	64,8 <sup>^</sup>	90,3 <sup>^,b,d,e,g</sup>	72,5
5 <sup>a</sup>	76,9 <sup>a</sup>	72,4 <sup>f,g</sup>	75,0 <sup>h</sup>

Tab. 12 - Distribuzione percentuale, specifica per genere e classe scolastica, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2018/19) che affermano: "la nicotina è una droga".  
d,f,h) p<0,10; a) p<0,09; g) p<0,08; c) p<0,06; \*) p<0,05; ^) p<0,01; b) p<0,025; e) p<0,001

Nella popolazione maschile gli adolescenti convinti che la nicotina è una droga ammontano al 61,2% fra i ragazzi della prima, idea che accomuna il 66,1% dei compagni della seconda, il 73,7% di quelli di terza, condivisa dal 64,8% dei frequentanti la quarta e sottoscritta dal 76,9% dei suffragi, il massimo (5<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>: p<0,09), ricevuti dai colleghi della quinta.

Dal canto loro, associano la nicotina con la droga il 66,7% delle ragazze all'inizio della carriera scolastica, il 75,0% delle giovani che frequentano la seconda, dello stesso parere si rivelano anche il 51,7% delle adolescenti presenti in terza, il 90,3% delle studentesse della quarta ed il 72,4% delle adolescenti prossime al diploma.

I suffragi riscossi dal binomio "nicotina-droga" da parte delle ragazze della quarta sono decisamente superiori a quelli espressi dalle giovani delle altre classi (4<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>: p<0,025; 4<sup>a</sup> vs 2<sup>a</sup>: p<0,10; 4<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>: p<0,001; 4<sup>a</sup> vs 5<sup>a</sup>: p<0,08). Differenze significative sono emerse anche fra le studentesse della terza e della quinta (5<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>: p<0,10) e fra le adolescenti della quarta e della quinta (4<sup>a</sup> vs 5<sup>a</sup>: p<0,08) convinte che la nicotina sia una droga.

Le differenze di genere rilevate in terza mettono in luce che i maschi che riconoscono nella nicotina una droga prevalgono decisamente sulle compagne di classe (3<sup>a</sup>=>M vs F: p<0,05), mentre quelle emerse in quarta evidenziano che sono le femmine convinte che la nicotina è una droga a prevalere nettamente sui maschi (4<sup>a</sup>=>F vs M: p<0,01).

### **Bisogna essere "nicotina dipendenti" per avere problemi di salute tabacco correlati?**

Sono molteplici le patologie tabacco correlate non necessariamente associate alla dipendenza dal fumo di tabacco realtà che trova d'accordo il 43,0% della comunità studentesca (M: 45,4%; F: 38,3%)

(Tab. 13). Quale che sia la popolazione considerata, sono meno rappresentati/e (F vs V=>M:  $p<0,0005$ ; F:  $p<0,01$ ; MF:  $p<0,0005$ ) e ammontano al 26,6% i/le coetanei/e (M: 28,0%; F: 24,0%) che ritengono la dipendenza dalla nicotina “condicio sine qua non” per il verificarsi di una patologia tabacco correlata. Minoritari, talvolta significativamente (F vs NS=>M:  $p<0,0005$ ; MF:  $p<0,0005$ ), si rivelano anche il 27,5% degli/le studenti/esse coinvolti/e, le femmine ben più dei maschi (M: 23,5%; F: 35,1%;  $p<0,01$ ), che ammettono la propria ignoranza sull’argomento rispondendo “non so”.

Risposte alla domanda...	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Non risponde	3,1	2,6	2,9
Vero (V)	28,0 <sup>a</sup>	24,0 <sup>b,f</sup>	26,6 <sup>c</sup>
Falso (F)	45,4 <sup>a,d</sup>	38,3 <sup>b</sup>	43,0 <sup>c,e</sup>
Non so (NS)	23,5 <sup>d,*</sup>	35,1 <sup>f,*</sup>	27,5 <sup>e</sup>

Tab. 13 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2018/19) in funzione dell’opinione espressa nei confronti dell’affermazione: “bisogna essere nicotino dipendenti per avere problemi di salute tabacco correlati”. f)  $p<0,05$ ; \*,b)  $p<0,01$ ; a,c ,d,e)  $p<0,0005$

Si dispiega fra il minimo del 40,7% registrato fra gli/le studenti/esse iscritti/e alla terza classe ed il massimo del 48,5% riferito ai/le compagni/e della quinta (Tab. 14) la popolazione studentesca convinta che le patologie tabacco correlate si possono manifestare anche in fumatori non tabacco dipendenti. Sposano questa opinione il 50,7% dei ragazzi della prima, la condividono il 40,7% di quelli della seconda ed il 45,6% dei compagni della terza, con i quali si dichiarano d’accordo sia il 39,4% dei/le coetanei/e che frequentano la quarta che il 53,8% studenti/esse in procinto di diplomarsi.

Nella controparte femminile sono il 21,2% le ragazze all’inizio del percorso di studi dell’idea che le patologie tabacco correlate non sono esclusivo appannaggio dei tabacco dipendenti, punto di vista che viene sostenuto da una coorte di gran lunga più numerosa e pari al 46,9% delle compagne in seconda (2<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>:  $p<0,05$ ), raccoglie i suffragi del 31,0% delle colleghe in terza, riscuote il 51,6% dei consensi - il più consistente (4<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>:  $p<0,025$ ; 4<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>:  $p<0,10$ ) - da parte delle adolescenti in quarta e viene sottoscritta dal 41,4% delle giovani all’ultimo anno (5<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>:  $p<0,10$ ).

Classe scolastica	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
1 <sup>a</sup>	50,7*	21,2 <sup>a,b,c,*</sup>	41,0
2 <sup>a</sup>	40,7	46,9 <sup>a</sup>	42,9
3 <sup>a</sup>	45,6	31,0 <sup>d</sup>	40,7
4 <sup>a</sup>	39,4	51,6 <sup>b,d</sup>	43,1
5 <sup>a</sup>	53,8	41,4 <sup>c</sup>	48,5

Tab. 14 - Distribuzione percentuale, specifica per genere e classe scolastica, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2018/19) che affermano: "non bisogna essere nicotino dipendenti per avere problemi di salute tabacco correlati". c,d) p<0,10; a) p<0,05; b) p<0,025; \*) p<0,005

### Si può guarire dalla sindrome di dipendenza da Nicotina?

Credono che la guarigione dalla sindrome di dipendenza dalla nicotina "è possibile" il 68,2% degli/le studenti/esse (M: 67,2%; F: 70,1%), certezza che viene negata dall'11,2% degli/le studenti/esse (Tab. 15), che rappresentano una minoranza della comunità scolastica (V vs F=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) nella quale i maschi risultano più pessimisti delle compagne di studi (M: 13,0%; F: 7,8%; p<0,10).

Risposte alla domanda...	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Non risponde	2,4	2,6	2,5
Vero (V)	67,2 <sup>a,d</sup>	70,1 <sup>b,e</sup>	68,2 <sup>c,f</sup>
Falso (F)	13,0 <sup>a,*</sup>	7,8 <sup>b,g,*</sup>	11,2 <sup>c,h</sup>
Non so (NS)	17,4 <sup>d</sup>	19,5 <sup>e,g</sup>	18,1 <sup>f,h</sup>

Tab. 15 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2018/19) in funzione dell'opinione espressa nei confronti dell'affermazione: "si può guarire dalla sindrome di dipendenza da nicotina". \*) p<0,1; g,h) p<0,005; a,b,c,d,e,f) p<0,0005

In contemporanea, meno rappresentati/e (V vs NS=>M:  $p<0,0005$ ; F:  $p<0,0005$ ; MF:  $p<0,0005$ ) e riconducibili al 18,1% della popolazione studentesca (M: 17,4%; F: 19,5%) si rivelano i coetanei/e che di fatto non sanno fornire una risposta. Questi/e ultimi/e, nella popolazione studentesca generale ed in quella femminile (NS vs F=> F:  $p<0,005$ ; MF:  $p<0,005$ ), mostrano di prevalere nettamente sulla corrispondente popolazione che non ritiene si possa guarire dalla sindrome di dipendenza da nicotina.

Ora come ora gli/le studenti/esse convinti che sia possibile affrancarsi dalla dipendenza dalla nicotina costituiscono il 58,0% della popolazione scolastica iscritta alla prima (Tab. 16), il 63,7% dei/le frequentanti la seconda, aumentano decisamente al 72,1% fra i/le compagni/e della terza (3<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>:  $p<0,05$ ), si attestano 69,6% dei/le coetanei/e in quarta e all'82,4% fra i/le ragazzi/e dell'ultimo anno, rivelandosi in assoluto la la coorte più rappresentata (5<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>:  $p<0,0005$ ; 5<sup>a</sup> vs 2<sup>a</sup>:  $p<0,0005$ ; 5<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>:  $p<0,0005$ ; 5<sup>a</sup> vs 4<sup>a</sup>:  $p<0,0005$ ).

Classe scolastica	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
1 <sup>a</sup>	62,7	48,5 <sup>a,b</sup>	58,0 <sup>f,g</sup>
2 <sup>a</sup>	64,4	62,5 <sup>c</sup>	63,7 <sup>h</sup>
3 <sup>a</sup>	75,4	65,5 <sup>d</sup>	72,1 <sup>f,i</sup>
4 <sup>a</sup>	64,8 <sup>*</sup>	80,6 <sup>a,e*</sup>	69,6 <sup>l</sup>
5 <sup>a</sup>	71,8 <sup>^</sup>	96,6 <sup>b,c,d,e,^</sup>	82,4 <sup>g,h,i,l</sup>

Tab. 16 - Distribuzione percentuale, specifica per genere e classe scolastica, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2018/19) che affermano: "si può guarire dalla sindrome di dipendenza da nicotina".

\*)  $p<0,10$ ; e)  $p<0,06$ ; f)  $p<0,05$ ; c,d)  $p<0,005$ ; a,^ )  $p<0,01$ ; b,g,h,i,l)  $p<0,0005$

Se guardiamo al genere, fra i maschi quelli che reputano una possibilità concreta la guarigione dalla dipendenza da nicotina sono il 62,7% degli adolescenti in prima, il 64,4% dei compagni in seconda, rappresentano il 75,4% dei coetanei a metà del percorso didattico, il 64,8% degli adolescenti in quarta ed il 71,8% dei maturandi.

La consapevolezza che la guarigione dalla dipendenza da tabacco è una realtà va crescendo mano a mano che procede la carriera scolastica della popolazione femminile nella quale è fatta propria dal 48,5% delle ragazze all'inizio del percorso didattico, viene condivisa dal 62,5% delle colleghe della seconda, riscuote il consenso del 65,5% delle iscritte alla terza, accomuna una frazione decisamente più elevata è pari all'80,6% delle iscritte alla quarta (4<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>:  $p<0,01$ ) e raccoglie il

96,6% dei consensi - la quasi totalità (5<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>: p<0,0005; 5<sup>a</sup> vs 2<sup>a</sup>: p<0,005; 5<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>: p<0,005; 5<sup>a</sup> vs 4<sup>a</sup>: p<0,06) - delle studentesse prossime al diploma. Seppur in diversa misura, le ragazze del biennio finale del percorso scolastico che ritengono possibile la guarigione dalla sindrome di dipendenza dalla nicotina prevalgono nettamente sui compagni di classe (F vs M=>4<sup>a</sup>: p<0,10; 5<sup>a</sup>: p<0,01).

### Fumare durante la gravidanza è un rischio per la salute del feto?

Ha coscienza del rischio tabacco correlato in gravidanza il 75,2% degli/le studenti/esse coinvolti/e (M: 71,7%; F: 81,8%; p<0,025) fra i/le quali si ha riscontro che le femmine consapevoli che la gravida fumatrice mette a repentaglio la salute del nascituro hanno la prevalenza sui coetanei (Tab. 17).

Risposte alla domanda...	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Non risponde	2,7	1,3	2,2
Vero (V)	71,7 <sup>a,d,*</sup>	81,8 <sup>b,e,*</sup>	75,2 <sup>c,f</sup>
Falso (F)	10,9 <sup>a,^</sup>	3,9 <sup>b,g,^</sup>	8,5 <sup>c,h</sup>
Non so (NS)	14,7 <sup>d</sup>	13,0 <sup>e,g</sup>	14,1 <sup>f,h</sup>

Tab. 17 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2018/19) in funzione dell'opinione espressa nei confronti dell'affermazione: "fumare durante la gravidanza è un rischio per la salute del feto". \*, ^) p<0,025; h) p<0,01; g) p<0,005; a,b,c,d,e,f) p<0,0005

Convivono con questi ultimi e risultano decisamente meno rappresentati (V vs F=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) l'8,5% dei/le coetanei/e, i maschi più tolleranti delle compagne di scuola (M: 10,9%; F: 3,%; p<0,025), che ritengono innocuo il fumo della gestante per il feto. Infine, fanno parte della comunità scolastica della quale costituiscono una componente minoritaria (V vs NS=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) anche il 14,1% degli/le adolescenti (M: 14,7%; F: 13,0%), per altro sempre più numerosi/e dei/delle coetanei/e convinti della innocuità del fumo in gravidanza (NS vs F=>F: p<0,005; MF: p<0,01), che ammettono di non conoscere argomento.

La coscienza del rischio rappresentato dalla gestante fumatrice per la salute del nascituro va consolidandosi con il procedere del percorso didattico, viene recepito dal 68,0% degli/le studenti/esse alle prime esperienze alla SS2 (Tab. 18), dal 72,5% dei/le colleghi/e dell'anno successivo, ammonta al 75,6% fra i/ le coetanei/e delle terze, aumenta in misura significativa fra i/le ragazzi/e di quarta dove ottiene il 78,4% consensi (4<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>: p<0,01; 4<sup>a</sup> vs 2<sup>a</sup>: p<0,05; 4<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>:



p<0,10) ed è fatto proprio, talvolta in misura più marcata rispetto ai coetanei/e (5<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>: p<0,025; 5<sup>a</sup> vs 2<sup>a</sup>: p<0,08), dall'83,8% dei/le giovani prossimi/e a concludere la loro esperienza scolastica.

Classe scolastica	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
1 <sup>a</sup>	68,7	66,7 <sup>a,b</sup>	68,0 <sup>g,h</sup>
2 <sup>a</sup>	67,8	81,3 <sup>c,d</sup>	72,5 <sup>i,l</sup>
3 <sup>a</sup>	78,9	69,0 <sup>e,f</sup>	75,6 <sup>m</sup>
4 <sup>a</sup>	70,4 <sup>*</sup>	96,8 <sup>a,c,e,*</sup>	78,4 <sup>g,i,m</sup>
5 <sup>a</sup>	74,4 <sup>^</sup>	96,6 <sup>b,d,,f,^</sup>	83,8 <sup>h,l</sup>

Tab. 18 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2018/19) che affermano: "fumare durante la gravidanza è un rischio per la salute del feto".  
m) p<0,10; l) p<0,08; d) p<0,06; c,i) p<0,05; h,^) P<0,025; f,g) p<0,01 a,b,e,\*) p<0,005

L'idea che il fumo di tabacco rappresenta un rischio per il feto riscuote anche il 68,7% dei consensi dei ragazzi all'inizio della carriera scolastica ai quali si associano il 67,8% di quelli di seconda, il 78,9% dei coetanei in terza, il 70,4% dei compagni in quarta e ribadita dal 74,4% dei futuri maturandi. L'insalubrità del fumo di tabacco della gestante nei riguardi del feto viene riconosciuta dal 66,7% delle giovani iscritte al primo anno, trova d'accordo l'81,3% di quelle che frequentano la seconda, il 69,0% delle coetanee in terza, viene affermata con forza pressoché da tutte le ragazze del biennio conclusivo del percorso di studi, vale a dire dal 96,8% delle adolescenti in quarta (4<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>: p<0,005; 4<sup>a</sup> vs 2<sup>a</sup>: p<0,05; 4<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>: p<0,005) e dal 96,6% delle diplomande (5<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>: p<0,005; 5<sup>a</sup> vs 2<sup>a</sup>: p<0,06; 5<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>: p<0,01).

Il confronto puntuale fra i generi, in funzione della classe scolastica, mette in luce che le ragazze convinte della pericolosità del fumo di tabacco in gravidanza presenti nell'ultimo biennio risultano assolutamente più rappresentate dei compagni di classe (F vs M=>4<sup>a</sup>: p<0,005; 5<sup>a</sup>: p<0,025).

### **Fumare durante l'allattamento è un rischio per la salute del lattante?**

Si trovano d'accordo sul fatto che "fumare durante l'allattamento espone a rischio la salute del lattante" è una realtà il 69,8% degli/le studenti/esse interpellati/e (Tab. 19), eventualità che viene condivisa dalle femmine in misura più marcata dei maschi (M: 66,9%; F: 75,3%; p<0,07). Non la pensano allo stesso modo l'11,2% dei/le compagni/e - una minoranza della popolazione

studentesca (V vs F=>M:  $p<0,0005$ ; F:  $p<0,0005$ ; MF:  $p<0,0005$ ) - convinti/e che la madre fumatrice che allatta non espone a rischio la salute del lattante, realtà caldeggiata dai ragazzi più che dalle coetanee (M: 14,3%; F: 5,2%;  $p<0,005$ ).

Risposte alla domanda...	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Non risponde	2,7	2,6	2,7
Vero (V)	66,9 <sup>a,d,*</sup>	75,3 <sup>b,e,*</sup>	69,8 <sup>c,f</sup>
Falso (F)	14,3 <sup>a,^</sup>	5,2 <sup>b,g,^</sup>	11,2 <sup>c,h</sup>
Non so (NS)	16,0 <sup>d</sup>	16,9 <sup>e,g</sup>	16,3 <sup>f,h</sup>

Tab. 19 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2017/18) in funzione dell'opinione espressa nei confronti dell'affermazione: "fumare durante l'allattamento è un rischio per la salute del lattante". \*)  $p<0,07$ ; h)  $p<0,05$ ; ^)  $p<0,005$ ; g)  $p<0,001$ ; a,b,c,d,e,f)  $p<0,0005$

Nell'insieme della popolazione scolastica il 16,3% degli studenti/esse contattati/e (M: 16,0%; F: 16,9%) si dichiara incapace esprimersi sulla "innocuità o pericolosità" della madre fumatrice che allatta sulla salute del lattante. Gli/le adolescenti certi che la madre fumatrice che allatta rappresenta un rischio per la salute del lattante risultano senza ombra di dubbio più numerosi de/le coetanei/e che non hanno una opinione in proposito (V vs NS=>M:  $p<0,0005$ ; F:  $p<0,0005$ ; MF:  $p<0,0005$ ) che a loro volta si rivelano più rappresentati della coorte scolastica dell'idea che la madre fumatrice che allatta non espone a rischio la salute del lattante (NS vs F=> F:  $p<0,001$ ; MF:  $p<0,05$ ).

Mano a mano che procede il percorso didattico va rafforzandosi fra gli/le studenti/esse la convinzione che la madre fumatrice che allatta mette a repentaglio la salute del lattante, punto di vista che raccoglie il consenso del 60,0% degli studenti/esse della prima, aumenta e viene condiviso dal 69,2% dei compagni della seconda e dal 67,4% di quelli in terza, cresce significativamente ed ottiene in sostegno del 75,5% dei/le compagni/e in quarta (4<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>:  $p<0,025$ ) e mette insieme il 79,4% degli/le adolescenti iscritti all'ultimo anno della esperienza scolastica alla SS2 dai quali ottiene il massimo appoggio (5<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>:  $p<0,01$ ; 5<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>:  $p<0,10$ ), (Tab. 20).

A livello di genere, si ha riscontro che la popolazione maschile che riconosce nel fumo della madre che allatta un comportamento lesivo della salute del lattante mostra un timido incremento fra le diverse classi scolastiche che si dispiega fra il 61,2% dei consensi in prima, il 66,1% in seconda,

accomuna il 68,4% dei coetanei in terza, il 67,6% dei compagni in quarta e aggrega il 74,4% degli adolescenti prossimi alla conclusione della attuale esperienza alla BREIMACODA.

Classe scolastica	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
1 <sup>a</sup>	61,2	57,6 <sup>a,h</sup>	60,0 <sup>e,f</sup>
2 <sup>a</sup>	66,1	75,0 <sup>b</sup>	69,2
3 <sup>a</sup>	68,4	65,5 <sup>c</sup>	67,4 <sup>g</sup>
4 <sup>a</sup>	67,6 <sup>*</sup>	93,5 <sup>a,b,c,d,*</sup>	75,5 <sup>e</sup>
5 <sup>a</sup>	74,4	86,2 <sup>d,h</sup>	79,4 <sup>f,g</sup>

Tab. 20 - Distribuzione percentuale, specifica per genere e classe scolastica, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2017/18) che affermano: "fumare durante l'allattamento è un rischio per la salute del lattante". g) p<0,10; d) p<0,07; b) p<0,05; e,h) p<0,025; c,f,\*) p<0,01; a) p<0,001

Allo stesso tempo, appaiono convinte della pericolosità della madre fumatrice che allatta nei confronti della salubrità del lattante il 57,6% delle ragazze all'inizio degli studi alla SS2, lo sono il 75,0% delle coetanee dell'anno successivo, parere che ottiene il 65,5% dei consensi fra le ragazze in terza, il suffragio dal 93,5% delle adolescenti in quarta - di gran lunga il più elevato (4<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>=> p<0,001; 4<sup>a</sup> vs 2<sup>a</sup>: p<0,05; 4<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>: p<0,01; 4<sup>a</sup> vs 5<sup>a</sup>: p<0,07) - e aggrega l'86,2% delle diplomande che a loro volta si rivelano significativamente più numerose delle iscritte alla prima (5<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>: p<0,025). In quarta, la percentuale delle femmine che definiscono il fumo della madre allattante un comportamento a rischio per la salute del lattante prevalgono nettamente su quelli dei compagni di classe (F vs M: p<0,01).

### Fumare migliora le prestazioni sessuali?

È preponderante nella comunità scolastica ed accomuna il 58,4% degli/le adolescenti (M: 58,7%; F: 57,8%) la componente che respinge l'ipotesi che "fumare migliora le prestazioni sessuali", mentre sono di gran lunga inferiori (F vs V=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) e ammontano all'8,5% i/le coetanei/e - le ragazze più numerose dei ragazzi (M: 11,3%; F: 3,2%; p<0,005) - convinti/ee del contrario (Tab. 21). Completano il quadro il 30,6% degli/le adolescenti, nei/le quali la coorte femminile è nettamente più rappresentata di quella maschile (M: 27,0%; F: 37,7%; p<0,0005). che di fatto dicono di non essere a conoscenza dell'argomento. Gli/Le studenti/esse "ignoranti" si rivelano di gran lunga inferiori ai/le colleghi/e che negano al fumo di tabacco proprietà

afrodisiache (F vs NS=>M:  $p<0,0005$ ; F:  $p<0,0005$ ; MF:  $p<0,0005$ ), ma prevalgono decisamente sui/le coetanei/e convinti/e che fumare favorisce le prestazioni sessuali (NS vs V=>M:  $p<0,0005$ ; F:  $p<0,001$ ; MF:  $p<0,0005$ ).

Risposte alla domanda...	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Non risponde	3,1	1,3	2,5
Vero (V)	11,3 <sup>a,g,*</sup>	3,2 <sup>b,h,*</sup>	8,5 <sup>c,i</sup>
Falso (F)	58,7 <sup>a,d</sup>	57,8 <sup>b,e</sup>	58,4 <sup>c,f</sup>
Non so (NS)	27,0 <sup>d,g,^</sup>	37,7 <sup>e,h,^</sup>	30,6 <sup>f,i</sup>

Tab. 21 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2017/18) in funzione dell'opinione espressa nei confronti dell'affermazione: "fumare migliora le prestazioni sessuali". h)  $p<0,001$ ; \*)  $p<0,005$ ; a,b,c,d,e,f,g,i,^  $p<0,0005$

Nei diversi momenti del percorso didattico la maggior parte della popolazione scolastica nega al fumo di tabacco la capacità di migliorare le prestazioni sessuali, consapevolezza del fatto espressa dal 49,0% dei neofiti alla SS2, ribadita dal 56,0% dei/le coetanei/e della seconda e dal 51,2% dei/le frequentanti la terza (Tab. 22). Nettamente più numerosi dei/delle compagni/e del triennio al corrente che il fumo non è in grado di accentuare le prestazioni sessuali si rivelano sia il 67,6% degli/le studenti/sse della quarta (4<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>:  $p<0,01$ ; 4<sup>a</sup> vs 2<sup>a</sup>:  $p<0,10$ ; 4<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>:  $p<0,025$ ) che il 70,6% di quelli/e prossimi/e a concludere la loro esperienza scolastica (5<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>:  $p<0,01$ ; 5<sup>a</sup> vs 2<sup>a</sup>:  $p<0,07$ ; 5<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>:  $p<0,025$ ).

Classe scolastica	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
1 <sup>a</sup>	50,7	45,5 <sup>a,b</sup>	49,0 <sup>e,f</sup>
2 <sup>a</sup>	54,2	59,4	56,0 <sup>g,h</sup>
3 <sup>a</sup>	56,1	41,4 <sup>c,d</sup>	51,2 <sup>i,l</sup>
4 <sup>a</sup>	67,6	67,7 <sup>a,c</sup>	67,6 <sup>e,g,i</sup>
5 <sup>a</sup>	66,7	75,9 <sup>b,d</sup>	70,6 <sup>f,h,l</sup>

Tab. 22 - Distribuzione percentuale, specifica per genere e classe scolastica, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2017/18) che affermano: "fumare non migliora le prestazioni sessuali". g)  $p < 0,10$ ; h)  $p < 0,07$ ; a)  $p < 0,08$ ; c)  $p < 0,05$ ; b,i,l)  $p < 0,025$ ; d,e,f)  $p < 0,01$

Fra i maschi la prevalenza degli studenti che non riconoscono al fumo di tabacco proprietà afrodisiache rivela una tendenza crescente con il procedere della carriera scolastica, raccoglie il 50,7% dei consensi fra i ragazzi iscritti al primo anno, il 54,2% dei suffragi da parte dei coetanei in seconda, opinione che aggrega il 56,1% dei giovani iscritti alla terza, crescere ancora e raggiungere il 67,6% fra gli adolescenti al penultimo gradino dell'esperienza educativa alla SS2 per attestarsi al 66,7% fra i diplomandi.

Il fumo di tabacco non è un afrodisiaco e quanto affermano il 45,5% delle adolescenti di prima, sostengono il 59,4% delle compagne della seconda ed il 41,4% delle coetanee alla metà della esperienza scolastica alla SS2. La prevalenza delle ragazze che non credono che il fumo di tabacco influenzi positivamente le prestazioni sessuali aumenta considerevolmente fra le studentesse del biennio conclusivo della SS2 dove accomuna il 67,7% delle ragazze del quarto anno (4<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>:  $p < 0,08$ ; 4<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>:  $p < 0,05$ ) ed il 75,9% di quelle prossime al diploma (5<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>:  $p < 0,025$ ; 5<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>:  $p < 0,01$ ).

### **Chi fuma molto dimostra di avere una forte personalità?**

Benché da più parti venga riconosciuto al fumo di tabacco un ruolo nell'inserimento e nell'adeguamento dei giovani al gruppo dei pari, di emancipazione e affermazione nel contesto sociale, il 70,0% degli/le studenti/esse rifiuta l'idea che "chi fuma molto dimostra di avere una forte personalità" (Tab. 23). Afferma il contrario una esigua rappresentanza della popolazione scolastica (F vs V:  $p < 0,0005$ ) rappresentata dal 6,7% dei/le adolescenti, nella quale i maschi prevalgono sulle femmine (M: 8,2%; F: 3,9%;  $p < 0,09$ ).

Risposte alla domanda...	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Non risponde	2,7	1,3	2,2
Vero (V)	8,2 <sup>a,g,Λ</sup>	3,9 <sup>b,h,Λ</sup>	6,7 <sup>c,i</sup>
Falso (F)	71,3 <sup>a,d</sup>	67,5 <sup>b,e</sup>	70,0 <sup>c,f</sup>
Non so (NS)	17,7 <sup>d,g,*</sup>	27,3 <sup>e,h,*</sup>	21,0 <sup>f,i</sup>

Tab. 23 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti dalla ricerca (AS 2017/18) in funzione dell'opinione espressa nei confronti dell'affermazione: "chi fuma molto dimostra di avere una forte personalità". <sup>Λ</sup>) p<0,09; \*) p<0,025; g) p<0,001; a,b,c,d,e,f,h,i) p<0,0005

Completano il sentire della comunità scolastica il 21,0% degli/le adolescenti che, seppur presenti in misura inferiore rispetto ai/le coetanei/e che non credono il fumo di tabacco rafforzi la personalità del/la fumatore/trice (F vs NS=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005), sono più numerosi dei/le compagni/e convinti/e che chi fuma molto dimostra di avere una forte personalità (NS vs V=>M: p<0,001; F: p<0,0005; MF: p<0,0005).

Stando a quanto dicono il 62,0% degli/le adolescenti appena inseriti nel percorso di studi alla SS2 negano che "chi fuma molto afferma di avere una forte personalità" (Tab. 24), punto di vista che trova d'accordo il 68,1% dei/le compagni/e dell'anno successivo e viene condiviso dal 61,6% dai/le ragazzi/e a metà della esperienza didattica. Convincimento che rivela una maggior diffusione in quarta (4<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>: p<0,09) dove accomuna il 74,5% degli/le studenti/esse ed ancor più fra la popolazione scolastica nell'ultimo anno (5<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>: p<0,06; 5<sup>a</sup> vs 2<sup>a</sup>: p<0,0005; 5<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>: p<0,06; 5<sup>a</sup> vs 4<sup>a</sup>: p<0,0005) nella quale aggrega l'88,2% dei/le coetanei/e.

Classe scolastica	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
1 <sup>a</sup>	67,2 <sup>a,*</sup>	45,5 <sup>b,c,d,*</sup>	62,0 <sup>h,i</sup>
2 <sup>a</sup>	69,5	65,6 <sup>b,e</sup>	68,1 <sup>l</sup>
3 <sup>a</sup>	71,9 <sup>^</sup>	51,7 <sup>f,g,^</sup>	61,6 <sup>m,n</sup>
4 <sup>a</sup>	73,2	77,4 <sup>c,f,h</sup>	74,5 <sup>h,m,o</sup>
5 <sup>a</sup>	84,6 <sup>a</sup>	93,1 <sup>d,e,g,h</sup>	88,2 <sup>i,l,n,o</sup>

Tab. 24 - Distribuzione percentuale, specifica per genere e classe scolastica, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti(e dalla ricerca (AS 2017/18) che affermano: "chi fuma molto non dimostra di avere una forte personalità".

b)  $p < 0,10$ ; h)  $p < 0,09$ ; a)  $p < 0,08$ ; ^)  $p < 0,07$ ; i,n)  $p < 0,06$ ; f,p,\*)  $p < 0,05$ ; c,e)  $p < 0,01$ ; m)  $p < 0,005$ ; d,g,l,o)  $p < 0,0005$

La corrispondenza "fumare molto-forte personalità" viene smentita dalla maggioranza dei maschi, trova d'accordo il 67,2% delle matricole, il 69,5% dei compagni in seconda, viene sottoscritta dal 71,9% dei coetanei della terza, dal 73,2% di quelli di quarta e ribadita con maggior forza dai ragazzi della quinta dove aggrega 84,6% degli adolescenti registrando un incremento significativo dei suffragi fra l'inizio e la fine della esperienza scolastica (5<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>:  $p < 0,08$ ).

Dal versante femminile si ha riscontro che il 45,5% delle ragazze della prima classe non ritengono che il fumo di tabacco possa influenzare la personalità del fumatore, parere sottoscritto in misura più marcata dal 65,6% delle giovani in seconda (2<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>:  $p < 0,10$ ), dal 51,7% delle iscritte alla terza, aumenta decisamente (4<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>:  $p < 0,01$ ; 4<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>:  $p < 0,05$ ) e riscuote i consensi dal 74,5% delle studentesse della quarta e viene fatto proprio dal 93,1%, pressoché un plebiscito (5<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>:  $p < 0,0005$ ; 5<sup>a</sup> vs 2<sup>a</sup>:  $p < 0,01$ ; 5<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>:  $p < 0,0005$ ; 5<sup>a</sup> vs 4<sup>a</sup>:  $p < 0,09$ ), delle adolescenti dell'ultimo anno. I ragazzi che negano la corrispondenza "fumare molto-forte personalità" all'esordio ed a metà del percorso di studi prevalgono di gran lunga (M vs F=>1<sup>a</sup>:  $p < 0,05$ ; 3<sup>a</sup>:  $p < 0,07$ ) sulle compagne di classe.

### **Ad una festiciola tra amici senza il fumo di tabacco ci si diverte di meno?**

Nonostante il divertimento e la sua ricerca abbiano un rilievo importante nel vivere quotidiano degli adolescenti il 65,8% degli/le studenti/esse (M: 63,8%; F: 69,5%) coinvolti/e dalla ricerca (Tab. 25) non ritiene che ad una festiciola tra amici senza il fumo di tabacco ci si diverte meno. Fumo di tabacco che il 16,1% della comunità scolastica (M: 17,4%; F: 13,6%), una netta minoranza (F vs V: M:  $p < 0,0005$ ; F:  $p < 0,0005$ ; MF:  $p < 0,0005$ ), ritiene in grado di facilitare il divertimento, mentre un altro

15,9% dei/le coetanei/e (M: 16,0%; F: 15,6%), una minoranza (F vs NS: M:  $p < 0,0005$ ; F:  $p < 0,0005$ ; MF:  $p < 0,0005$ ), non sa se ad una festicciole il fumo di tabacco ha una qualche influenza sul divertimento.

Risposte alla domanda...	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Non risponde	2,7	1,3	2,2
Vero (V)	17,4 <sup>a</sup>	13,6 <sup>b</sup>	16,1 <sup>c</sup>
Falso (F)	63,8 <sup>a,d</sup>	69,5 <sup>b,e</sup>	65,8 <sup>c,f</sup>
Non so (NS)	16,0 <sup>d</sup>	15,6 <sup>e</sup>	15,9 <sup>f</sup>

Tab. 25 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2017/18) in funzione dell'opinione espressa nei confronti dell'affermazione: "ad una festicciole tra amici senza il fumo di tabacco ci si diverte meno". a,b,c,d,e,f)  $p < 0,0005$

La coorte della comunità che ad una festa tra amici non riconosce nel fumo un facilitatore del divertimento (Tab. 26) prevale in ciascuna classe scolastica, ammontano rispettivamente al 60,0% fra i/le giovani in prima, al 57,1% fra i/le compagni/e della seconda ed al 59,3% di quelli/e di terza. Questo convincimento ottiene un suffragio ben più elevato e pari al 70,6% dai/le ragazzi/e al penultimo anno dell'esperienza scolastica (4<sup>a</sup> vs 2<sup>a</sup>:  $p < 0,06$ ; 4<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>:  $p < 0,10$ ) ed aggrega l'83,8% degli/le adolescenti, il gruppo più elevato (5<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>:  $p < 0,001$ ; 5<sup>a</sup> vs 2<sup>a</sup>:  $p < 0,0005$ ; 5<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>:  $p < 0,001$ ; 5<sup>a</sup> vs 4<sup>a</sup>:  $p < 0,05$ ), al termine della esperienza alla SS2.

Il convincimento che ad una festa il fumo di tabacco non favorisce il divertimento trova d'accordo il 65,7% dei maschi del primo anno, ottiene il suffragio del 54,2% dei coetanei al secondo, aggrega il 56,1% dei compagni in terza, cresce decisamente in quarta dove viene condivisa dal 70,4% dei frequentanti (4<sup>a</sup> vs 2<sup>a</sup>:  $p < 0,06$ ; 4<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>:  $p < 0,09$ ) ed ancor di più in quinta (5<sup>a</sup> vs 2<sup>a</sup>:  $p < 0,05$ ; 5<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>:  $p < 0,07$ ), classe nella quale ottiene il 74,4% dei consensi.



Classe scolastica	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
1 <sup>a</sup>	65,7	54,5 <sup>e</sup>	60,0 <sup>i</sup>
2 <sup>a</sup>	54,2 <sup>a,b</sup>	62,5 <sup>f</sup>	57,1 <sup>l,m</sup>
3 <sup>a</sup>	56,1 <sup>c,d</sup>	65,5 <sup>g</sup>	59,3 <sup>n,o</sup>
4 <sup>a</sup>	70,4 <sup>a,c</sup>	71,0 <sup>h</sup>	70,6 <sup>l,n,p</sup>
5 <sup>a</sup>	74,4 <sup>b,d,*</sup>	96,6 <sup>e,f,g,h,*</sup>	83,8 <sup>i,m,o,p</sup>

Tab. 26 - Distribuzione percentuale, specifica per genere e classe scolastica, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti/ei dalla ricerca (AS 2017/18) che affermano: "ad una festiccioia tra amici senza fumo di tabacco non ci si diverte di meno". n) p<0,10; c) p<0,09; d) p<0,07; a,l) p<0,06; b,p) p<0,05; \*) p<0,025; h) p<0,01; f,g) p<0,005; i,o) p<0,001; e,m) p<0,0005

Sul versante femminile, il fumo di tabacco non ha alcuna influenza sul divertimento per il 54,4% delle ragazze all'inizio della carriera scolastica, opinione ribadita dal 62,5% delle iscritte all'anno successivo, confermata dal 65,5% delle compagne del terzo, sottoscritta dal 71,0% delle giovani al penultimo anno e fatta propria dal 96,6% delle studentesse alla fine del percorso alle BREIMACODA, segnando un deciso incremento (5<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>: p<0,0005; 5<sup>a</sup> vs 2<sup>a</sup>: p<0,005; 5<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>: p<0,005; 5<sup>a</sup> vs 4<sup>a</sup>: p<0,01). Le sole differenze di suffragi rilevate fra i generi in quinta sono risultate statisticamente significative (M vs F: p<0,025).

### **Il tabacco è a livello mondiale tra le prime tre cause di morte?**

L'importanza della mortalità tabacco correlata viene riconosciuta dal 62,4% della popolazione studentesca (M: 61,1%; F: 64,9%) che giustamente la colloca a livello mondiale fra le prime tre cause di morte per grandi gruppi di causa (Tab. 27). Viceversa, il peso dell'evento che non viene riconosciuto da una frazione esigua della comunità scolastica (V vs F=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) riconducibile al 13,4% degli/le studenti/esse (M: 15,0%; F: 10,4%), mentre sono il 22,6% i/le coetanei/e (M: 22,2%; F: 23,4%) che non sono in grado di esprimere un parere sulla questione.

Nella comunità studentesca in toto così come in quella di entrambi i generi i/le ragazzi/e che non hanno una opinione sulla entità della mortalità tabacco correlata risultano da un lato percentualmente inferiori ai/le coetanei/e che la collocano giustamente fra le prime tre cause di morte (V vs NS=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005), dall'altro sono più rappresentati/e dei/le compagni/e di classe che la sottostimano (NS vs F=>M: p<0,06; F: p<0,005; MF: p<0,005).

Risposte alla domanda...	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Non risponde	1,7	1,3	1,6
Vero (V)	61,1 <sup>a,d</sup>	64,9 <sup>b,e</sup>	62,4 <sup>c,f</sup>
Falso (F)	15,0 <sup>a,g</sup>	10,4 <sup>b,h</sup>	13,4 <sup>c,i</sup>
Non so (NS)	22,2 <sup>d,g</sup>	23,4 <sup>e,h</sup>	22,6 <sup>f,i</sup>

Tab. 27 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2017/18) in funzione dell'opinione espressa nei confronti dell'affermazione: "il tabacco è a livello mondiale tra le prime tre cause di morte".  
g) p<0,06; h,i) p<0,005; a,b,c,d,e,f) p<0,0005

Convengono sul peso e la collocazione della mortalità tabacco correlata fra le cause di morte per grandi gruppi di causa il 59,0% dei /lle neo ammessi/e alle BREIMACODA (Tab. 28), consapevolezza che accomuna il 59,3% dei/lle coetanei/e che frequentano il secondo anno, il 60,5% degli/le iscritti/e al terzo anno, il 60,8% dei/lle compagni/e di quarta e, mettendo a segno un incremento significativo (5<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>: 0,025; 5<sup>a</sup> vs 2<sup>a</sup>: p<0,025; 5<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>: p<0,05; 5<sup>a</sup> vs 4<sup>a</sup>: p<0,05), il 76,5% dei dei/lle componenti della comunità scolastica della quinta.

Per parte sua la popolazione maschile al corrente del rilievo della mortalità attribuita al fumo tabacco oscilla fra il minimo del 54,9% rilevato fra gli studenti al penultimo anno ed il massimo del 69,2% riconducibile ai giovani che si apprestano al diploma.

Classe scolastica	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
1 <sup>a</sup>	61,2	54,5 <sup>a,b</sup>	59,0 <sup>d</sup>
2 <sup>a</sup>	59,3	59,4 <sup>c</sup>	59,3 <sup>e</sup>
3 <sup>a</sup>	64,9	51,7 <sup>d,h</sup>	60,5 <sup>f</sup>
4 <sup>a</sup>	54,9*	74,2 <sup>a,d,*</sup>	60,8 <sup>g</sup>
5 <sup>a</sup>	69,2 <sup>^</sup>	86,2 <sup>b,c,h,^</sup>	76,5 <sup>d,e,f,g</sup>

Tab. 28 - Distribuzione percentuale, specifica per genere e classe scolastica, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2017/18) che affermano: "il tabacco a livello mondiale è tra le prime tre cause di morte". a,^)  
 p<0,10; d) p<0,08; \*) p<0,07; f,g) p <0,05; c,d,e) p<0,025; b,h) p<0,005

Conoscenza dell'evento condivisa dal 61,2% dei ragazzi all'inizio del percorso di studi, manifestata dal 59,3% dei coetanei dell'anno successivo e dal 64,9% di quelli a metà della carriera scolastica. Chiamate ad esprimersi sullo stesso argomento il 54,5% delle studentesse in prima, il 59,4% delle iscritte alla seconda ed il 51,7% delle adolescenti in terza si rendono conto della entità e del ranking che compete alla mortalità tabacco correlata. Conoscenza palesata in misura maggiore rispetto alle colleghe del triennio iniziale della carriera scolastica dal 74,2% delle ragazze del quarto anno (4<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>: p<0,10; 4<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>: p<0,025) e dall'86,2%, in assoluto il suffragio più elevato (5<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>: p<0,005; 5<sup>a</sup> vs 2<sup>a</sup>: p<0,025; 5<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>: p<0,005), delle compagne di studi prossime al diploma. Le ragazze del biennio finale del percorso di studi che collocano la mortalità tabacco correlata fra le prime tre cause di morte prevalgono significativamente (V=>F vs M: 4<sup>a</sup>: p<0,07; 5<sup>a</sup>: p<0,10) sulla corrispondente popolazione maschile (V=>F vs M: 4<sup>a</sup>: p<0,07; 5<sup>a</sup>: p<0,10).

### Il fumo di tabacco fa bene al cuore?

La certezza che il fumo di tabacco è in grado di nuocere alla salute del cuore (Tab. 29) trova d'accordo il 77,2% della popolazione scolastica nella quale spicca una marcata prevalenza delle femmine sui maschi (M: 74,7%; F: 81,8%; p<0,09). D'altro canto, costituiscono una sparuta componente della comunità scolastica (F vs V=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) il 5,6% degli/le studenti/esse, i ragazzi nettamente più rappresentati delle coetanee (M: 8,2%; F: 0,6%; p<0,001), che non riconoscono nel fumo di tabacco un fattore di rischio per la salute cardiovascolare.

Risposte alla domanda...	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Non risponde	2,7	1,9	2,0
VERO	8,2 <sup>o,a,d,Λ</sup>	0,6 <sup>be,Λ</sup>	5,6 <sup>c,f</sup>
FALSO	74,7 <sup>a,g,*</sup>	81,8 <sup>b,h,*</sup>	77,2 <sup>c,i</sup>
Non so	15,0 <sup>d,g</sup>	15,6 <sup>e,h</sup>	15,2 <sup>f,i</sup>

Tab. 29 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2017/18) in funzione dell'opinione espressa nei confronti dell'affermazione: "il fumo di tabacco fa bene al cuore". \*) p<0,09; Λ) p<0,001; d) p<0,01; a,b,c,e,f,g,h,i) p<0,0005

Per finire, fanno parte della comunità scolastica il 15,2% degli/le adolescenti (M: 15,0%; F: 15,6%) che si dicono ignoranti sull'argomento e che, seppur meno rappresentati dei/le coetanei/e convinti che il fumo di tabacco nuoce alla salute del cuore (F vs NS=>M:  $p<0,0005$ ; F:  $p<0,0005$ ; MF:  $p<0,0005$ ), prevalgono sui/le compagni/e di scuola che asseriscono il fumo di tabacco fa bene al cuore (NS vs V=>M:  $p<0,01$ ; F:  $p<0,0005$ ; MF:  $p<0,0005$ ).

Associano il fumo di tabacco al rischio cardiovascolare il 71,0% delle matricole (Tab. 30), il 75,8% dei/le coetanei/e della seconda, associazione che viene sottoscritta dal 73,3% dei/le compagni/e a metà della esperienza scolastica alla SS2, confermata dal 78,4% dei/le adolescenti in quarta e ribadita con maggior forza dal 91,2% dai/le giovani al quinto anno (5<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>:  $p<0,005$ ; 5<sup>a</sup> vs 2<sup>a</sup>:  $p<0,025$ ; 5<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>:  $p<0,005$ ; 5<sup>a</sup> vs 4<sup>a</sup>:  $p<0,05$ ).

Classe scolastica	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
1 <sup>a</sup>	74,6	63,6 <sup>d,e,f</sup>	71,0 <sup>i</sup>
2 <sup>a</sup>	69,5 <sup>a,*</sup>	87,5 <sup>d,*</sup>	75,8 <sup>l</sup>
3 <sup>a</sup>	73,7 <sup>b</sup>	72,4 <sup>g,h</sup>	73,3 <sup>m</sup>
4 <sup>a</sup>	73,2 <sup>c,^</sup>	90,3 <sup>e,g,^</sup>	78,4 <sup>n</sup>
5 <sup>a</sup>	87,2 <sup>a,b,c</sup>	96,6 <sup>f,h</sup>	91,2 <sup>i,l,m,n</sup>

Tab. 30 - Distribuzione percentuale, specifica per genere e classe scolastica, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2017/18) che affermano: "il fumo di tabacco non fa bene al cuore". b)  $p<0,10$ ; c)  $p<0,09$ ; g)  $p<0,08$ ; d,\*,^  $p<0,06$ ; a,n)  $p<0,05$ ; e,g,h,l)  $p<0,025$ ; f,i,m)  $p<0,005$

Le risposte fornite dalla popolazione maschile presente nei diversi momenti del percorso didattico mettono in luce che il 74,6% dei giovani all'inizio della carriera scolastica, così come il 69,5% dei compagni della seconda ed il 73,7% dei coetanei in terza ritengono che il fumo di tabacco non faccia bene al cuore. Dello stesso avviso si dichiarano rispettivamente il 73,2% degli adolescenti iscritti alla quarta e l'87,2% degli studenti prossimi al diploma che si rivelano in assoluto i più numerosi (5<sup>a</sup> vs 2<sup>a</sup>:  $p<0,05$ ; 5<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>:  $p<0,1$ ; 5<sup>a</sup> vs 4<sup>a</sup>:  $p<0,09$ ).

Al riguardo, la componente femminile che vede nel fumo di tabacco un rischio per la salute del cuore ammontano al 63,6% delle iscritte alla prima classe, consenso che cresce all'87,5% fra le coetanee della seconda (2<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>:  $p<0,06$ ), è pari al 72,4% fra le compagne della terza, aumenta decisamente ed accomuna il 90,3% delle giovani in quarta (4<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>:  $p<0,025$ ; 4<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>:  $p<0,025$ ) ed il 96,6% delle adolescenti dell'ultimo anno (5<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>:  $p<0,005$ ; 5<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>:  $p<0,025$ ). Le ragazze che in seconda (F vs

M=>2<sup>a</sup>: p<0,06) e in quarta (F vs M=>4<sup>a</sup>: p<0,06) negano i benefici del fumo di tabacco sulla salubrità cardiovascolare prevalgono ampiamente sui compagni di classe.

### Il fumo di tabacco da forza?

Viene ritenuta infondata dal 69,1% della popolazione scolastica, maschi e femmine pressoché in egual misura (M: 68,3%; F: 70,8%), l'idea che "il fumo di tabacco da forza" (Tab. 31), capacità che il 7,8% degli/le studenti/esse, una componente estremamente ridotta (F vs V=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) nella quale i maschi sono di gran lunga superiori delle femmine (M: 11,3%; F: 1,3%; p<0,0005), riconosce erroneamente al fumo.

Benché nella popolazione studentesca in toto siano in minoranza rispetto ai coetanei convinti che il fumo di tabacco non dà forza (F vs NS=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005), il 21,0% degli/le studenti/esse che non sanno se il fumo di tabacco fortifichi o meno - le ragazze più rappresentate dei coetanei (M: 18,4%; F: 26,0%; p<0,0005) - prevalgono decisamente sui/le compagni/e convinti/e che il fumo da forza (NS vs V=>M: p<0,0025; F: p<0,0005; MF: p<0,0005).

Risposte alla domanda...	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Non risponde	2,0	1,9	2,0
VERO	11,3 <sup>a,g,*</sup>	1,3 <sup>b,h,*</sup>	7,8 <sup>c,i</sup>
FALSO	68,3 <sup>a,d</sup>	70,8 <sup>b,e</sup>	69,1 <sup>c,f</sup>
Non so	18,4 <sup>d,g,^</sup>	26,0 <sup>e,h,^</sup>	21,0 <sup>f,i</sup>

Tab. 31 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2017/18) in funzione dell'opinione espressa nei confronti dell'affermazione: "il fumo di tabacco da forza".  
g) p<0,025; a,b,c,d,e,f,h,i\*,^ p<0,0005

Esplorando i diversi momenti della carriera scolastica si realizza che il 62,0% dei/le ragazzi/e della classe prima convengono che il fumo di tabacco non fortifica (Tab. 32), concetto che viene condiviso dall'85,7% dei compagni/e della seconda, trova d'accordo il 77,9% di quelli di terza, viene riaffermato dal 72,5% degli/le adolescenti in quarta (4<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>: p<0,10) e dal 77,9% degli iscritti all'ultimo anno (5<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>: p<0,05; 5<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>: p<0,05).

La prevalenza dei ragazzi che non riconoscono al fumo la capacità di fortificare raccoglie suffragi che oscillano fra il minimo del 64,9% rilevato fra gli adolescenti alla metà del percorso didattico ed il valore più elevato del 74,4% registrato fra gli studenti dell'ultimo anno. Nello stesso ambito,

affermano che il fumo di tabacco non fortifica il 67,2% degli studenti in prima, la pensano allo stesso modo il 69,5% dei compagni di scuola della seconda ai quali si associano il 67,6% dei coetanei al penultimo anno della loro esperienza scolastica alle BREIMACODA.

Classe scolastica	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
1 <sup>a</sup>	67,2	51,5 <sup>a,b,c</sup>	62,0 <sup>g,h</sup>
2 <sup>a</sup>	69,5	78,1 <sup>a,d</sup>	85,7
3 <sup>a</sup>	64,9	58,6 <sup>d,e,f</sup>	77,9 <sup>i</sup>
4 <sup>a</sup>	67,6	83,9 <sup>b,e</sup>	72,5 <sup>g</sup>
5 <sup>a</sup>	74,4	82,8 <sup>c,f</sup>	77,9 <sup>h,i</sup>

Tab. 32 - Distribuzione percentuale, specifica per genere e classe scolastica, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti dalla ricerca (AS 2017/18) che affermano: "il fumo di tabacco non da forza".  
d,g) p<0,10; e,f,h,i) p <0,05; a) p<0,025; b,c) p<0,01

Negano che il fumo di tabacco da forza il 51,5% delle matricole ed il 58,6% delle compagne della terza classe. Dello stesso parere, ma di gran lunga più numerose si rivelano il 78,1% delle ragazze di seconda (2<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>: p<0,025; 2<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>: p<0,10), l'83,9% delle adolescenti in quarta (4<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>: p<0,01; 4<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>: p<0,05) e l'82,8% delle colleghe in quinta (5<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>: p<0,01; 5<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>: p<0,05).

### Il fumo fa digerire?

A proposito delle presunte proprietà eupeptiche del fumo di tabacco il 57,5% della comunità studentesca (M: 57,7%; F: 57,1%) non pensa che "il fumo di tabacco fa digerire" (Tab.33), proprietà che viene riconosciuta al fumo solamente (F vs V=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005) dall'11,6% dei/le compagni/e di studi (M: 13,3%; F: 8,4%), mentre il 29,1% degli/le adolescenti (M: 27,0%; F: 33,1%) dicono di non sapere se il fumo di tabacco facilita o meno la digestione (M: 27,0%; F: 33,1%).

Risposte alla domanda...	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
Non risponde	2,0	1,3	1,8
VERO	13,3 <sup>a,g</sup>	8,4 <sup>b,h</sup>	11,6 <sup>c,i</sup>
FALSO	57,7 <sup>a,d</sup>	57,1 <sup>b,e</sup>	57,5 <sup>c,f</sup>
Non so	27,0 <sup>d,g</sup>	33,1 <sup>e,h</sup>	29,1 <sup>f,i</sup>

Tab. 33 - Distribuzione percentuale, specifica per genere, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti dalla ricerca (AS 2017/18) in funzione dell'opinione espressa nei confronti dell'affermazione: "Il fumo di tabacco fa digerire". a,b,c,d,e,f,g,h,i) p<0,0005

Gli stessi, ancorché meno rappresentati dei/le coetanei/e che non attribuisco al fumo di tabacco proprietà stomatiche (F vs V=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005), prevalgono decisamente sui/le compagni di scuola certi che il fumo di tabacco è in grado di favorire la digestione (NS vs V=>M: p<0,0005; F: p<0,0005; MF: p<0,0005).

Manifestano il convincimento che il fumo di tabacco non favorisce la digestione il 55,0% degli adolescenti all'inizio della attuale esperienza scolastica (M: 59,7%; F: 45,5%), così come il 56,0% dei/le compagni/e che frequentano la seconda classe (M: 55,9%; F: 56,3%) ed il 51,2% dei/le coetanei/e (M: 50,9%; F: 51,7%) iscritti alla terza (Tab. 34).

Classe scolastica	Maschi (%)	Femmine (%)	MF (%)
1 <sup>a</sup>	59,7	45,5 <sup>b</sup>	55,0 <sup>c</sup>
2 <sup>a</sup>	55,9	56,3	56,0 <sup>d</sup>
3 <sup>a</sup>	50,9 <sup>a</sup>	51,7	51,2 <sup>e</sup>
4 <sup>a</sup>	67,6 <sup>a</sup>	71,0 <sup>b</sup>	64,7 <sup>c,d,e</sup>
5 <sup>a</sup>	59,0	62,1	60,3

Tab. 34 - Distribuzione percentuale, specifica per genere e classe scolastica, degli/le studenti/esse BREIMACODA (GO) coinvolti/e dalla ricerca (AS 2017/18) che affermano: "il fumo di tabacco non fa digerire". d) p<0,08; a) p<0,06; b,c) p <0,05; e) p<0,025

A loro volta, negano che il fumo di tabacco possieda proprietà eupeptiche il 64,7% degli/le studenti/esse del quarto anno (M: 67,6%; F: 71,0%) che si rivelano in assoluto i più numerosi sia nella comunità scolastica in toto (4<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>: p<0,05; 4<sup>a</sup> vs 2<sup>a</sup>: p<0,08; 4<sup>a</sup>vs 3<sup>a</sup>: p<0,025) che in quella maschile (4<sup>a</sup> vs 3<sup>a</sup>: p<0,06) e femminile (4<sup>a</sup> vs 1<sup>a</sup>: p<0,05), ed il 60,3% dei/elle compagni/e (M: 59,0%; F: 62,1%) prossimi alla conclusione della loro carriera alla SS2.

## CONCLUSIONI

“L’ignoranza crea dipendenza, la conoscenza libertà di scelta” è il mantra ispiratore e compagno di strada della ricerca sugli stili di vita degli adolescenti scolarizzati dalla quale emerge quanto segue:

- due studenti/esse su tre affermano “il tabacco è a livello mondiale tra le prime tre cause di morte”;
- poco meno di uno studente/essa su due è certo/ta che “la nicotina è uno stimolante”;
- due giovani su cinque si dicono convinti che “la nicotina è una sostanza psicoattiva”;
- sette ragazzi/e su dieci confermano “la nicotina è una droga”;
- quasi sette adolescenti su dieci ammettono “si può guarire dalla sindrome di dipendenza dalla nicotina”;
- tre adolescenti su quattro negano che “bisogna essere nicotina dipendenti per avere problemi di salute tabacco correlati”;
- quasi quattro giovani su cinque, le femmine - quattro su cinque - decisamente più numerose dei maschi - tre su quattro -, non credono che “il fumo di tabacco fa bene al cuore”;
- tre studenti su quattro ammettono che “fumare in gravidanza è un rischio per la salute del feto”, opinione che vede le femmine - otto su dieci - prevalere sui maschi - sette su dieci -;
- la consapevolezza che “fumare durante l’allattamento è un rischio per la salute del lattante” accomuna sette studenti/esse su dieci fra i/le quali le ragazze - tre su quattro - si rivelano più rappresentate dei compagni di scuola - due su tre -;
- non ammettono che “fumare migliora le prestazioni sessuali” quasi sei adolescenti su dieci;
- sette componenti della comunità scolastica su dieci ritengono inattendibile l’affermazione “chi fuma molto dimostra di avere una forte personalità”;
- due terzi della popolazione studentesca smentisce che “ad una festicciola tra amici senza il fumo di tabacco ci si diverte di meno”;
- “il fumo di tabacco da forza” è una affermazione che viene confutata da sette studenti/esse su dieci;
- più di uno studente/essa su due ritiene erroneo affermare “il fumo fa digerire”.
- sono al corrente che “la legge italiana vieta la vendita dei prodotti del tabacco ai minori di 18 anni” i quattro quinti della popolazione studentesca, nella quale le ragazze - quasi una su nove - si rivelano più informate dei coetanei - quasi uno su otto -.



Le conoscenze espresse dagli /lle studenti/esse del BREIMACODA coinvolti nella ricerca risultano nell'insieme inadeguate e l'incremento del sapere sulla natura, le proprietà, gli effetti ed i rischi tabacco correlati osservato con il procedere della carriera scolastica, quando c'è, è di entità limitata ed appannaggio, solamente per qualche argomento - in particolare fra le femmine -, di almeno il novanta per cento della popolazione studentesca. Desta preoccupazione la marcata ignoranza palesata dagli/lle studenti/esse del primo triennio del percorso di studi quando la maggior parte degli/lle adolescenti ha ammesso di aver sperimentato il fumo di tabacco ed iniziato la carriera tabagica [20,21].

**Per Corrispondenza:**

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

## Bibliografia

1. WHO report on the global tobacco epidemic 2021 – Health Promotion <https://w.w.w.who.int>tobacco-control>
2. Zagà V, Gorini G., Amram DL, Gallus S, Cattaruzza MS. Epidemia o pandemia da tabacco? *Tabaccologia* 2020; 4:3-4 *Tabaccologia* 2020; 4:3-4
3. OMS Tobacco control to improve child health and development, <https://www.who.int >item>
4. Implementing tobacco control - Health Promotion <https://www.who.int >teams > imple>  
Galeone M, Spizzichino L. Controllo del tabagismo in Italia: nuovi scenari e nuove sfide *Tabaccologia* 4-2020: 31-33
6. Controllo del tabacco per promuoverla salute e lo sviluppo dei bambini <https://www.epicentro.iss.it>
7. Prevenzione controllo del tabagismo – Ministero della Salute <https://www.salute.gov.it>
8. Fragiaco M., Modonutti G.B. Prefazione: “Da un’idea alla nascita ed alla realizzazione di un progetto In: Prevenzione, giovani e...Come investire nella formazione scolastica per la salute. A cura di Giovanni Battista Modonutti Edizioni Goliardiche, Bagnaria Arsa(UD), 2019: 1-10
9. [http://archivio.pubblica.istruzione.it/normativa//2007/prot1958\\_07.shtml](http://archivio.pubblica.istruzione.it/normativa//2007/prot1958_07.shtml) Ultima visita 15 febbraio 20221
10. Signorelli C. I questionari in epidemiologia. Società Editrice Universo, Roma, 1998.
11. Repubblica Italiana: Legge 675 del 31 dicembre 1996. Testo consolidato dal Decreto legge 26 dicembre 2001, n. 46 ed eventuali modifiche successive
12. Guideline for the evaluation of drug prevention. A manual for programme planner and evaluation Second edition. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCCDDA) [https://www.researchgate.net/.../231184158\\_Guidelines\\_for\\_the\\_evaluation\\_of\\_drug\\_pr](https://www.researchgate.net/.../231184158_Guidelines_for_the_evaluation_of_drug_pr)
13. Salin M. Applicazioni statistiche con SPSS versione 4.01, Mc Graw-Hill Libri Italia srl, Milano, 1992
14. Pedone R. Elementi di analisi dei dati con Excel e SPSS Per la ricerca psicologica ed educativa. Carocci Ed., Napoli, 2010.
15. Giuliani D, Dickson M.M. Analisi statistica con Excel, Apogeo Education - Maggioli Editore, Milano, 2015
16. Faggiano F, Donato F, Barbone F. Applicazioni di Epidemiologia per la sanità Pubblica, Centro Scientifico Editore, Torino, 2006.
17. Borra S, Di Ciaccio A. Statistica, metodologia per le scienze economiche e sociali. III ed. McGraw-Hill Education (Italy) S.r.l. Milano, 2014.
18. Biggeri A., P-value “Il re e morto, viva il re!” *Epidemiol Prev* 2019; 43 (2-3): 120-121. Doi:10.19191/EP19.2-3. P120.045
19. Agresti A, Finlay B. Metodi statistici di base e avanzati per le scienze sociali. Edizione italiana a cura di Mariano Porcu, Person Italia, Milano-Torino, 2012.

20. Modonutti G.B., Costantinides F. I determinanti la sperimentazione, il vissuto, le opinioni e la percezione del rischio nei confronti del fumo del tabacco spresi dagli adolescenti in friuli-venezia giulia (as 2018/19) *Alcologia*, N. 46, 2021: 100-129.
21. Modonutti G.B. Conoscere per prevenire: realtà, criticità e priorità emerse sul fumo di tabacco in ambiente scolastico. In. *Prevenzione giovani e. come investire nella formazione scolastica per la salute*. A cura di Giovanni Battista Modonutti, Edizioni Goliardiche, Bagnaria Arsa (UD), 2019: 295-331.

# Alcohol and COVID-19: what you need to know



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

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

## The most important point to remember:

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

### General facts about alcohol and your body



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

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

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

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

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

---

#### General myths about alcohol and COVID-19



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

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

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

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

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

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

---

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



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

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

---

#### Alcohol and physical distancing during the COVID-19 pandemic



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

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

---

#### Alcohol and home isolation or quarantine



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

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

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



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

---

#### Alcohol use disorders and COVID-19



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

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

---

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

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

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

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

---

#### How to find reliable information and how to spot misinformation



- Seek trusted sources of information, such as WHO, national health authorities and your health professional. For updated information on COVID-19, check the WHO website<sup>3</sup>
- Always double-check the information you receive. Beware of websites and texts that use the same messages and have the same writing and overall style, as these are likely to be viral messages produced for mass distribution that are intended to mislead.
- Beware of false and misleading claims, particularly in relation to the effects of alcohol on health and immunity. Such claims should be categorically discounted as a source of health information as there is no evidence that drinking alcohol offers any protection against COVID-19 or has a positive effect on the course and outcomes of any infectious disease.
- Beware of claims made online that alcohol offers any essential benefits that you really need to have during your period of home isolation or quarantine. Alcohol is in no way a necessary component of your diet and lifestyle.

---

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



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

---

**Finally, the key point to remember:**

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

### **Acknowledgements**

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

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

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

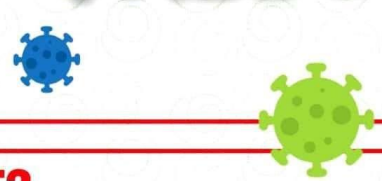
This publication was developed with financial assistance from the Government of Norway, the Government of Germany and the Government of the Russian Federation in the context of the WHO European Office for the Prevention and Control of NCDs.

ALCOL: **più sai, meno rischi!**

# Consumare alcol NON PROTEGGE da Covid-19

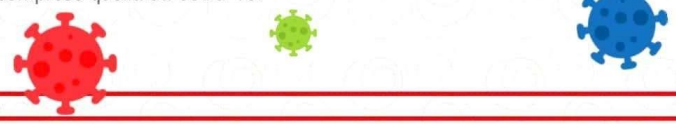
## L'ALCOL DISINFETTA IL CAVO ORALE? **FALSO**

Consumare bevande alcoliche o nebulizzarle in gola **NON** disinfetta e **NON** igienizza il cavo orale. L'alcol danneggia la mucosa della bocca e la rende più vulnerabile alle infezioni. Un effetto igienizzante si ha con altissimi livelli di gradazione alcolica che, tuttavia, espongono la mucosa a un danno diretto, fino a causare tumori al cavo orale, alla faringe e all'esofago.



## L'ALCOL È UN IMMUNOSOPPRESSORE? **VERO**

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



## L'ALCOL AUMENTA LA LUCIDITÀ E I RIFLESSI? **FALSO**

L'assunzione di alcol, anche in piccole quantità, **riduce i riflessi e la lucidità mentale**. L'iniziale disinibizione dovuta al suo consumo, può portare a sottovalutare e trasgredire le norme di distanziamento sociale necessarie per l'epidemia da Covid-19.



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

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

## ALCOL E FUMO: MAI INSIEME!

Consumare bevande alcoliche facilita l'assorbimento delle sostanze cancerogene contenute nel fumo di tabacco, aumenta il rischio di tumore alla bocca, all'esofago e al tratto respiratorio superiore. **In caso di malattia Covid-19, chi usa alcol e fuma rischia un decorso più grave.**



alcologia@aou-careggi.toscana.it  
www.aou-careggi.toscana.it

Scansionato con CamScanner



nuovo coronavirus

Attenzione (anche) al...  
*fumo di sigaretta*

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

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

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

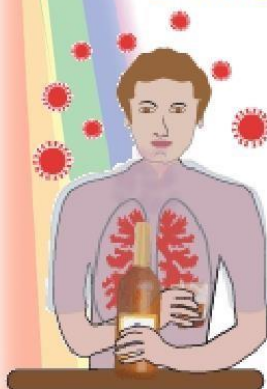
Chiama il Numero Verde ISS contro il Fumo  
**800 554088** per informazioni e sostegno nel cambiamento.



## Assunzione di bevande alcoliche e COVID-19

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

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



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

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

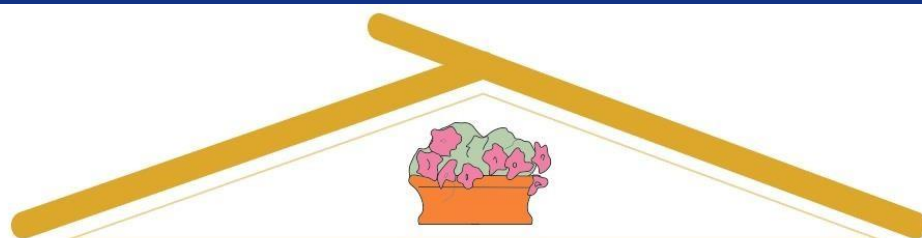


### L'alcol non disinfetta né igienizza

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







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



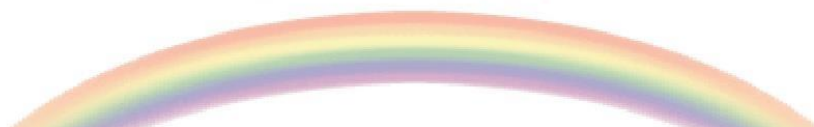
L'organismo femminile, rispetto a quello maschile, è più vulnerabile agli effetti negativi dell'alcol. Per questo motivo, a parità di quantità di bevande alcoliche consumate, le donne sperimentano maggiori effetti negativi del bere, assorbendo rapidamente ed eliminando più lentamente gli alcolici. Ciò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



## L'alcol toglie lucidità

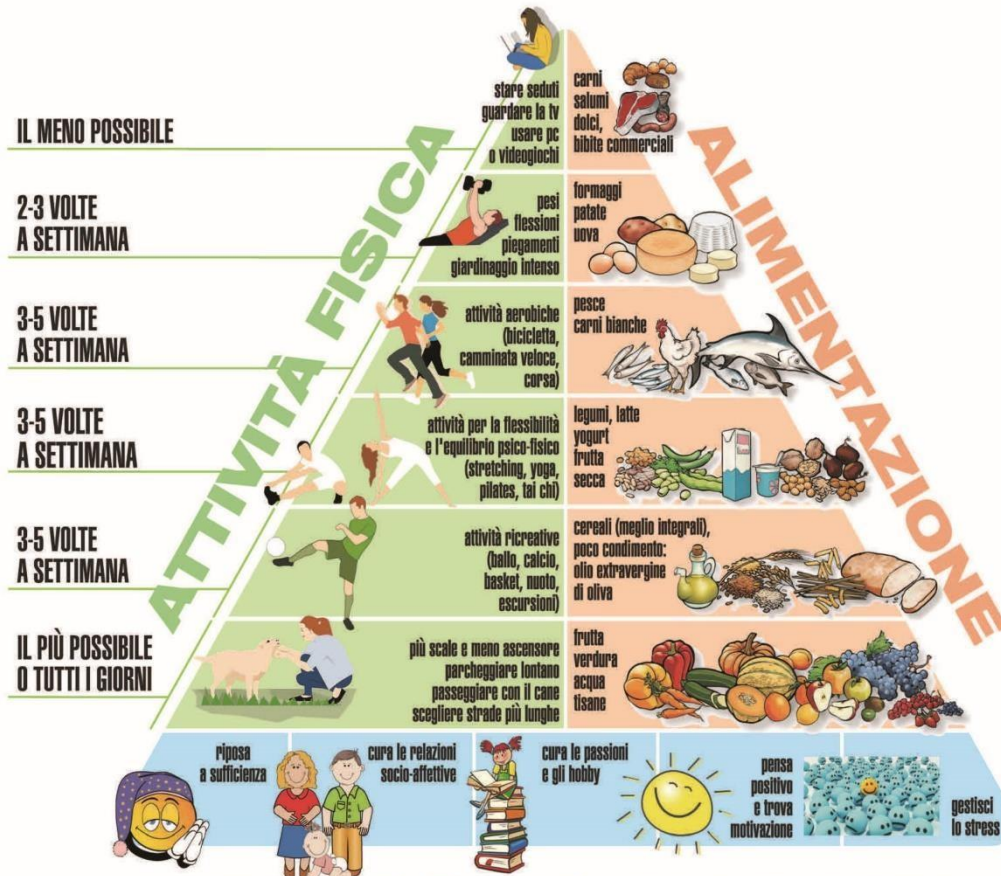
L'abuso di alcol può portare a gesti irrazionali in un momento in cui è necessario mantenere adeguati livelli di controllo e vigilanza. Bere secondo modalità inebrianti o intossicanti può portare a trasgredire alle norme di distanziamento sociale richieste per fronteggiare la situazione emergenziale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

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



**Passo  
dopo  
passo  
verso**

# stili di vita sostenibili



## APPROCCIO ALLA VITA

**Vivi ecologicaMENTE...**

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

i/WHP/01-B marzo 2019



# DLGS ANTIFUMO

#SMOKEFREE

## NIENTE FUMO CON MINORI

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

1



Ridurre il fumo passivo

## NO AROMI

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

2



Rendere meno allettante fumare

## MAGGIORI AVVERTENZE

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

3



Scoraggiare la vendita

## STOP AI PACCHETTI DA 10

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

4



Scoraggiare l'acquisto

## NO MOZZICONI A TERRA

Vietato gettare mozziconi ed altri piccoli rifiuti a terra.

5



Proteggere l'ambiente e il pianeta





## CENTRO DI DOCUMENTAZIONE INFORMALCOL

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

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

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

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

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

**INFORMALCOL si trova presso il CAR Toscano**

**Via Ippocrate, Padiglione 13B, - Clinica Medica- Careggi, Largo Brambilla,3  
50134 Firenze FI  
Tel. 055 794 9650**

<https://www.facebook.com/CentroAlcológicoRegionale/>  
[Sitohttps://www2.aou-careggi.toscana.it/cart/](https://www2.aou-careggi.toscana.it/cart/)