



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea In Infermieristica sede di Macerata

**DIPENDENZE PATOLOGICHE:
L'IMPORTANZA DELLA
PREVENZIONE**

Relatore: Chiar.ma
Bacaloni Simona

Tesi di Laurea di:
Piatanesi Silvia

A.A. 2023/2024

INDICE

ABSTRACT.....	1
1. INTRODUZIONE.....	3
1.1 Alcol.....	6
1.1.1 Epidemiologia	8
1.1.2 Danni dell'alcol sui vari apparati dell'organismo	11
1.1.3 Dipendenza alcolica	12
1.2 Dipendenze comportamentali	14
1.2.1 Gioco d'azzardo	16
1.2.2 Epidemiologia	19
1.3 Percorsi di recupero per persone con dipendenze patologiche.....	22
1.4 L'Infermiere del dipartimento dipendenze patologiche.....	28
2. OBIETTIVO.....	32
3. MATERIALI E METODI.....	32
4. RISULTATI	33
4.1 Prevenzione dell'abuso di alcol negli adolescenti.....	33
4.2 Prevenzione dell'abuso di alcol sulla popolazione adulta.....	35
4.3 Prevenzione del gioco d'azzardo patologico	36
5. CONCLUSIONI.....	41
6. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	42

ABSTRACT

Introduzione: L'OMS definisce la dipendenza patologica come una condizione psichica e talvolta fisica, caratterizzata da un bisogno compulsivo di assumere sostanze o di impegnarsi in comportamenti problematici, come il gioco d'azzardo. Le conseguenze negative possono essere dirette, legate agli effetti farmacologici delle sostanze, o indirette, come malattie e problemi sociali. La prevenzione è fondamentale per ridurre i rischi legati all'uso di sostanze psicoattive. Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 prevede strategie integrate per contrastare l'offerta e modificare gli atteggiamenti verso l'uso di sostanze. Le dipendenze comportamentali seguono criteri come la tolleranza, i conflitti interpersonali e le ricadute. La terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) è il trattamento più efficace, aiuta i pazienti a gestire i comportamenti problematici e a sviluppare strategie per affrontare situazioni a rischio, con il supporto di familiari e della rete sociale. Questo approccio mira a ripristinare il benessere del paziente e a prevenire future ricadute.

Obiettivo: L'obiettivo di tale elaborato è di ricercare le migliori evidenze scientifiche relative alle attività di prevenzione delle dipendenze patologiche da gioco d'azzardo e da abuso di alcol.

Materiali e metodi: è stato formulato un quesito di ricerca attraverso la metodologia PICO, utilizzando le seguenti banche dati: *Medline, Google Scholar, Cochrane Library*. Attraverso la ricerca libera sono state reperite informazioni emanate da un documento del Ministero della Salute. Il quesito proposto indaga su quali sono i migliori interventi di prevenzione delle dipendenze patologiche relative al gioco d'azzardo e dall'abuso di alcol.

Risultati: L'abuso di alcol e sostanze tra gli adolescenti rappresenta un grave problema per la salute pubblica, nasce la necessità di una prevenzione e intervento precoce per mitigare i rischi. Diversi strumenti di screening, come il test AUDIT sviluppato dall'OMS, sono essenziali per identificare i possibili soggetti a rischio. Inoltre, un progetto innovativo utilizza la realtà virtuale per educare gli studenti sui rischi legati

all'abuso di alcol, simulando situazioni sociali in cui devono prendere delle decisioni consapevoli. Per gli adulti, uno studio ha dimostrato l'efficacia degli interventi di screening e informazioni per ridurre il consumo di alcol tra i bevitori a rischio. E' fondamentale attuare iniziative di prevenzione nelle scuole e nella comunità in generale. Per quanto riguarda il gioco d'azzardo patologico uno dei principali programmi di prevenzione si chiama "*Ludens*", il quale ha degli obiettivi: di informare, sensibilizzare, promuovere un cambiamento di atteggiamento e identificare i comportanti a rischio, è basato su principi di gioco etico e mira a ridurre la dipendenza, sottolineando che il gioco d'azzardo non è privo di rischi. La letteratura suggerisce l'importanza di modificare le politiche sanitarie pubbliche, standardizzare le normative e migliorare la formazione di personale nei luoghi di gioco. Si discute, infine, l'uso di strumenti tecnologici e di intelligenza artificiale per identificare ed intervenire su comportamenti di gioco problematici.

Conclusioni: L'elaborato evidenzia la diffusione delle dipendenze patologiche, in particolare tra i giovani, e il loro impatto su aspetti sociali, psicologici ed economici. Si sottolinea l'importanza della prevenzione nelle scuole e il ruolo dei percorsi di recupero nel migliorare la vita di chi affronta queste problematiche.

Parole chiave: Alcol, gioco d'azzardo, dipendenze comportamentali, prevenzione, infermiere, recupero

1. INTRODUZIONE

L'OMS definisce la "dipendenza patologica" come "condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione". In questa definizione rientrano anche le dipendenze senza sostanza, che riguardano comportamenti problematici come il disturbo da gioco d'azzardo, lo shopping compulsivo, la *new technologies addiction* (dipendenza da internet, social network, videogiochi, televisione, ecc.), diverse nelle manifestazioni cliniche, ma per molti aspetti correlate sul piano eziologico e psicopatologico. Le conseguenze negative sulla salute possono essere dirette, e derivare dagli effetti farmacologici della sostanza e dalla via di assunzione, o indirette, come epatite B e C, AIDS, disturbi del sistema nervoso centrale (SNC), cui si aggiungono conseguenze sociali legate a comportamenti illegali, violenze, incidenti. L'insorgenza delle dipendenze è legata presumibilmente all'interazione sfavorevole di tre ordini di fattori: neurobiologici (riconducibili a caratteristiche genetiche, ad anomalie della disponibilità di alcuni importanti neurotrasmettitori - dopamina, serotonina, noradrenalina - che regolano il tono dell'umore), individuali (correlati alle esperienze di vita nonché a caratteristiche specifiche di personalità - ricerca di sensazioni forti, propensione al rischio, desiderio esasperato di successo, bassa autostima) e socio-ambientali (relativi alle caratteristiche del contesto familiare, socio culturale ed economico della comunità in cui il soggetto vive, alle abitudini del gruppo di appartenenza, alla presenza o meno di reti di sostegno sociale, ai livelli di tolleranza sociale e di non contrasto dei comportamenti di dipendenza, all'esistenza di regole e di leggi di controllo e di deterrenza, alle caratteristiche delle sostanze e alla loro disponibilità e accessibilità).

La prevenzione è la principale azione per evitare e ridurre i rischi e i danni alla salute correlati all'uso e abuso di sostanze psicoattive legali e illegali e all'insorgenza di disturbi comportamentali. La letteratura e le indicazioni internazionali valorizzano l'adozione di approcci strategici multicomponenti che mirino a: contrastare e ridurre l'offerta, attraverso l'adozione di politiche volte alla regolazione dell'accesso; ridurre la

domanda, operando sulla modifica degli atteggiamenti; favorire il coordinamento intersettoriale fra le diverse politiche messe in atto. Gli interventi possono avere come target la popolazione o essere rivolti a soggetti vulnerabili o già con comportamenti problematici prima dell'insorgenza della dipendenza.

In sintesi il PNP (Piano Nazionale della Prevenzione) 2020-2025 prevede di:

1. promuovere interventi di prevenzione con piani di azione integrati tra i Dipartimenti di Prevenzione, in particolare le Unità Operative di Promozione della Salute, e i Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche, gli Enti Locali, le scuole, le forze dell'ordine, le associazioni di categoria, il terzo settore, le associazioni di volontariato, ecc.;

2. promuovere l'adozione di una strategia che, distinguendo tra uso, abuso e dipendenza, permetta una crescita culturale rispetto a questi fenomeni, introduca modelli di contrasto e di riduzione del danno aderenti ai nuovi bisogni, secondo alcuni presupposti fondamentali:

- il riconoscimento e la valorizzazione della dimensione culturale della prevenzione;
- il coinvolgimento e il raccordo di tutte le energie istituzionali, culturali e sociali presenti a livello nazionale, regionale e territoriale;
- la partecipazione e la mobilitazione delle risorse e delle capacità presenti all'interno delle diverse popolazioni bersaglio;
- la promozione e l'adozione di standard di qualità nell'area della prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope, della riduzione del rischio del trattamento, della riabilitazione e dell'integrazione sociale;
- la diffusione, tra i professionisti, di strumenti per applicare interventi di prevenzione efficaci;

3. consolidare e promuovere, in attuazione degli indirizzi di *policy* integrate per la Scuola che Promuove Salute:

- la diffusione di buone prassi e di interventi *evidence-based* (es. *Lifeskills Training Programm*) e di metodologie *life skill education* e *peer education* finalizzate al potenziamento delle abilità personali in termini di autostima, auto efficacia e resilienza, coinvolgendo anche le famiglie e l'intera comunità scolastica;
- percorsi condivisi di formazione tra operatori socio-sanitari e insegnanti per individuare modalità e strumenti di intervento preventivo (costruzione di *policy* scolastiche, individuazione precoce di situazioni problematiche, definizione di protocolli di collaborazione con il Sistema dei Servizi ecc.) adattate ai contesti specifici;

4. consolidare la messa a regime, in accordo con le evidenze e con le linee guida elaborate a livello UE, di un sistema organico di programmi e interventi di Riduzione del Danno (RdD), secondo le previsioni del DPCM del 12/01/2017, che includano interventi di tutela della salute dei consumatori con offerta di informazioni, presidi sanitari per la prevenzione delle malattie trasmissibili, delle gravidanze indesiderate e la gestione delle crisi di astinenza (siringhe sterili, profilattici, Naloxone, ecc.), misurazione dell'alcolemia, *counseling* e generi di conforto da attuare anche con il coinvolgimento dei consumatori. Sperimentare l'attuazione di interventi di RdD anche tra i detenuti con una attenzione particolare alla fase dell'uscita dal carcere (ad esempio consegna Naloxone);

5. potenziare la collaborazione tra i Servizi specifici per una presa in carico delle persone che presentano una comorbilità (Dipartimento delle Dipendenze, Dipartimento di Salute Mentale), tra servizi per le dipendenze e altri servizi sanitari per migliorare le condizioni di salute dei consumatori di sostanze (es. Pronto Soccorso e reparti ospedalieri) e con i MMG;

6. rafforzare in relazione all'alcol:

- la prevenzione del consumo fra i minorenni e nei soggetti a rischio, anche attraverso l'adozione di politiche volte alla regolazione dell'accesso alla sostanza;
- il coordinamento tra i diversi attori interessati per la riduzione dei rischi e dei danni alcolcorrelati nei locali dove si beve;
- il coordinamento tra la Medicina Generale ed i Servizi alcolologici territoriali per una più stretta integrazione fra individuazione precoce e invio al trattamento;

- la collaborazione tra Servizi alcolologici territoriali e Servizi sociali e con le Associazioni di auto-mutuo aiuto;
- la collaborazione e l'integrazione con i Servizi psichiatrici, data l'elevata correlazione tra alcolismo e varie patologie psichiatriche. (Ministero della Salute-Dipendenze e problemi correlati 2024)

1.1 Alcol

L'alcol è una delle sostanze psicoattive più comunemente utilizzate in Europa ed è un fattore di rischio di malattia con un impatto non solo sui singoli bevitori, ma anche sulla società in generale. Il consumo di bevande alcoliche è considerato il quinto fattore di rischio per il carico di malattia globale e, nel 2016, il 5,5% di tutti i decessi nei 30 Paesi dell'UE sono stati causati dall'alcol. La percentuale più alta di decessi attribuibili all'alcol è stata riscontrata infine nei giovani adulti. Delle circa 800 persone che ogni giorno in Europa muoiono per cause attribuibili al consumo di alcol, una percentuale si verifica in età giovanile, dove una morte su 4 dei ragazzi di età compresa tra 20 e 24 anni è causata dall'alcol. (ISS – Alcol – Aspetti epidemiologici 2023). L'alcol deprime il sistema nervoso centrale, riduce i freni inibitori e influenza pensieri, emozioni e capacità di giudizio. Può causare dunque problemi di vario grado che coinvolgono non solo il soggetto ma anche la sua famiglia e la società (ad esempio in caso di incidenti stradali o di atti di violenza). L'etanolo è assorbito in piccola parte dalle mucose della bocca, esofago e stomaco e maggiormente nel tratto prossimale dell'ileo. L'alcol etilico è una molecola in grado di muoversi facilmente attraverso le membrane cellulari e raggiungere, così, agevolmente l'equilibrio fra plasma e tessuti. L'effetto è dipendente dalla quantità di etanolo assunto per unità di peso corporeo. Gli aspetti clinici maggiormente visibili sono di tipo sedativo a carico del Sistema Nervoso Centrale (SNC), grazie alla capacità di diminuire l'attività neuronale. Già a basse concentrazioni si ha un effetto disinibitorio. (Ministero della Salute – Alcol – come è assorbito e come agisce?. 2024). In questo scenario, gli interventi di prevenzione rivestono un ruolo fondamentale, in particolar modo in ambito scolastico, per l'importanza di un'azione preventiva precoce, specie in termini educativi per identificare tempestivamente i comportamenti a rischio e le condizioni di vulnerabilità psico-comportamentale (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2019).

Tutte le bevande alcoliche non sono un bene ordinario di consumo e molto si dovrà fare per costruire una nuova cultura della prevenzione (Scarfato E. et al., 2020)

Il consumo di alcol può essere descritto in termini di grammi di alcol ingerito oppure in termini di bicchieri standard, questi ultimi in Europa corrispondono mediamente ad una quantità di 10-12 grammi di alcol puro. L'utilizzo di alcol può essere classificato in cinque tipi di condizioni differenti: per consumo di alcol a rischio si intende un livello di consumo o una modalità del bere che possono determinare un rischio nel caso di persistenza di tali abitudini (Babor et al. 1994). Non c'è accordo sul livello di consumo d'alcol da considerarsi rischioso e ogni livello comporta un rischio. Una definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità lo descrive come un consumo giornaliero medio di oltre 20 g di alcol puro per le donne e di oltre 40 g per gli uomini (Rehm et al. 2004). Il consumo dannoso di alcol viene definito come “una modalità di consumo alcolico che causa danno alla salute, a livello fisico (come la cirrosi epatica) o mentale (come la depressione da assunzione di alcol)” (World Health Organization 1992). Basandosi su dati epidemiologici che pongono in relazione il consumo di alcol e i danni alla salute, l'OMS ha adottato come definizione del consumo dannoso di alcol un'assunzione media giornaliera di oltre 40 g di alcol per le donne e di oltre 60 g per gli uomini (Rehm et al. 2004). L'intossicazione si definisce come uno stato di deficit funzionale a carico delle attività psicologiche e psicomotorie, dalla durata più o meno breve e indotto dalla presenza di alcol nel corpo (World Health Organization 1992) anche a livelli di consumo molto bassi (Eckardt et al. 1998). L'intossicazione non è sinonimo di *binge drinking* - 'consumo eccessivo episodico'. Si può definire consumo eccessivo episodico l'assunzione di almeno 60 g di alcol in un'unica occasione (World Health Organization 2004). In termini non scientifici esso è spesso denominato *binge drinking*. La Classificazione Internazionale ICD-10 - *Classification of Mental and Behavioural Disorders* elaborata dall'OMS nel 1992, definisce la dipendenza alcolica come un insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui il consumo di alcol riveste per l'individuo una priorità crescente, rispetto ad abitudini che in precedenza erano più importanti. Caratteristica centrale è il desiderio (spesso molto forte, talvolta percepito come insopportabile) di bere. (Classification of Mental and Behavioural Disorders 1992)

1.1.1 Epidemiologia

Nel biennio 2022-2023, meno della metà degli adulti (42%) di età compresa tra i 18 e i 69 anni dichiara di non consumare bevande alcoliche, ma 1 persona su 6 (18%) ne fa un consumo definito a “maggior rischio” per la salute, per quantità o modalità di assunzione: il 9,6% degli adulti per *binge drinking* (consumi episodici eccessivi, corrispondenti a 5 o più Unità Alcoliche - UA in una unica occasione per gli uomini e 4 o più UA per le donne), il 10% per consumo alcolico esclusivamente/prevalentemente fuori pasto e il 2% per un consumo abituale elevato (3 o più UA medie giornaliere per gli uomini e 2 o più UA per le donne). Il consumo a “maggior rischio” è più frequente fra i giovani e in particolar modo i giovanissimi (fra i 18-24enni la quota sfiora il 36%), fra gli uomini (22% vs 14% nelle donne) e fra le persone socialmente più avvantaggiate, senza difficoltà economiche (20% vs 15% di chi ha molte difficoltà economiche) o con un alto livello di istruzione (21% fra i laureati vs 8% fra chi ha, al più, la licenza elementare).

È preoccupante il numero di persone che assume alcol pur avendo una controindicazione assoluta, come i pazienti con malattie del fegato, fra i quali il 49% dichiara di aver consumato alcol nei 30 giorni precedenti l'intervista. Il 10% delle donne in gravidanza riferisce di aver consumato alcol nei 30 giorni precedenti l'intervista e fra le donne che allattano al seno la quota aumenta al 27%. Il consumo di alcol a “maggior rischio” resta una prerogativa dei residenti nel Nord Italia (con un *trend* in aumento) in particolare in Valle d'Aosta e PA di Bolzano, seguite, tra le Regioni settentrionali, dalla PA di Trento, Veneto e Friuli Venezia Giulia. Tra le Regioni del Sud, il Molise ha la percentuale di consumatori di alcol a “maggior rischio” più alta della media nazionale e paragonabile a quella della PA di Bolzano. Anche il consumo di tipo *binge* è una prerogativa dell'Italia settentrionale (dove si registra anche un aumento significativo dal 2010) e in particolare del Nord Est, ma Molise e Sardegna si distinguono negativamente fra le Regioni meridionali (il Molise fa registrare una delle quote più alte del Paese). Tendenzialmente stabile, il trend del consumo a maggior rischio è determinato dalle diverse componenti di cui è espressione ma che riflettono profili di consumatori e tendenze molto diverse. Questi dati sono riportati nella Tabella 1.

Il *binge drinking* così come il consumo di alcol fuori pasto sono prerogative dei più giovani e socialmente più avvantaggiati; il consumo abituale elevato, la componente

meno importante, è caratteristica di persone meno giovani e socialmente più svantaggiate. Le differenze di genere sono significative a sfavore degli uomini ma non mancano campanelli di allarme fra le donne. Dal 2010, si osserva fra gli uomini un progressivo aumento del consumo a maggior rischio e una tendenziale e lenta riduzione del *binge drinking*; fra le donne invece il consumo di alcol a maggior rischio sembra stabile, ma va aumentando la componente del consumo di tipo *binge* e sebbene fra le donne resti significativamente inferiore a quello degli uomini, le differenze di genere vanno riducendosi. Le differenze per età invece si mantengono nel tempo, con un consumo a maggior rischio fra i più giovani 18-24enni che resta sempre circa 3 volte maggiore di quanto si osserva fra le generazioni più mature dei 50-69enni, ma mentre resta tendenzialmente alto e stabile nel tempo, il consumo a maggior rischio fra le generazioni degli ultra 35enni aumenta grazie alla crescita della componente del *binge drinking*. In questo panorama la pandemia ha segnato, sia per gli uomini che per le donne e a tutte le età, un momento transitorio di riduzione del *binge drinking* e del consumo fuori pasto per il venir meno delle occasioni di socialità a causa della chiusura dei locali imposte per il contenimento dei contagi, ma superata la pandemia i comportamenti hanno ripreso i trend pre-pandemici. L'attenzione degli operatori sanitari al problema dell'abuso di alcol appare ancora troppo bassa: appena il 7% dei consumatori a "maggior rischio" riferisce di aver ricevuto il consiglio di bere meno.

	Consumo alcol	Consumo fuori pasto	Consumo abituale elevato	Consumo binge	Consumo a maggior rischio	Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico
Abruzzo	49.0	7.7	1.5	9.6	16.1	8.3
Basilicata	45.7	9.1	1.3	4.5	13.3	2.7

Calabria	29.5	1.4	1.6	4.4	5.8	4.3
Campania	41.4	5.7	1.3	4.8	10.4	8.8
Emilia Romagna	71.4	11.1	3.1	11.9	21.6	5.9
Friuli Venezia Giulia	73.5	18.4	1.8	15.4	29.0	3.1
Lazio	56.7	7.8	1.7	8.2	15.2	9.3
Liguria	64.9	7.9	2.3	9.6	16.5	11.1
Marche	70.0	12.2	3.3	13.5	24.0	7.1
Molise	68.8	23.7	6.3	28.7	39.4	7.7
Piemonte	68.5	11.9	3.1	12.2	23.2	6.3
Provincia di Bolzano	75.9	28.4	1.7	20.3	39.1	3.6
Provincia di Trento	62.8	22.2	0.9	15.5	30.9	5.5
Puglia	49.2	4.5	0.7	4.9	8.8	5.5

Sardegna	64.6	11.3	2.3	17.5	24.5	7.9
Sicilia	46.9	10.3	1.1	6.2	15.0	6.2
Toscana	63.8	10.4	2.5	9.0	19.2	7.5
Umbria	56.1	7.9	1.8	6.7	14.2	6.8
Valle d'Aosta	58.1	24.0	16.8	16.1	41.1	4.5
Veneto	73.1	16.3	2.5	14.2	27.3	7.7
Italia	58.4	10.1	2.1	9.6	18.2	7.0

■ peggiore del valore nazionale ■ simile al valore nazionale ■ migliore del valore nazionale

Tabella 1: Epicentro - Indicatori - PASSI 2022-2023

1.1.2 Danni dell'alcol sui vari apparati dell'organismo

L'alcol colpisce diversi apparati dell'organismo; per quanto riguarda il sistema nervoso l'alcol provoca: atrofia cerebrale (nel 50%, circa, degli alcolisti cronici), demenza, atassia, epilessia e nel 10% degli alcolisti la sindrome di Wernicke e di Korsakoff. A livello del sistema gastrointestinale, l'assunzione cronica di alcol, provoca: emorragie gastrointestinali, atrofia gastrica, varici esofagee secondarie a cirrosi epatica, predispone al rischio di carcinoma squamoso dell'esofago, malassorbimento e diarrea. In un bevitore cronico aumenta, in oltre, il rischio di sviluppare pancreatite acuta o cronica, steatosi epatica, epatite alcolica e cirrosi epatica. Prendendo in considerazione il sistema cardiocircolatorio, l'assunzione cronica di alcol è causa di ipertensione, aritmie sopraventricolari e cardiomiopatie.

Non sono da sottovalutare gli effetti dell'alcol nel periodo di gestazione della donna. Questa sostanza può causare diversi danni al feto, essendo in grado di attraversare facilmente la membrana placentare causando aborto spontaneo, malformazioni (causate dall'effetto teratogeno dell'etanolo) e la sindrome feto-alcolica (FASD). Quest'ultima è una delle patologie più gravi indotte nel feto da cause esterne e si manifesta con una sintomatologia variabile. I sintomi si possono distinguere in fisici e neurologici. I sintomi fisici sono: alterazioni della testa e del volto (pieghe agli angoli degli occhi, strabismo, naso corto, e piatto, ipoplasia del nervo ottico e capacità visive ridotte), deficit di crescita ossea, malformazioni cardiache e microcefalia. Quelli neurologici comprendono: iperattività, deficit di attenzione e memoria, ritardo mentale e disfunzione dell'apprendimento, disturbi dell'udito e della fonazione. (Carnevali, Balugani & Marra - 2013) (Massini, Izzi, Marchetti, Passeretti & Recine - 2019)

1.1.3 Dipendenza alcolica

La dipendenza alcolica è caratterizzata da un comportamento ossessivo di ricerca compulsiva di bevande alcoliche (tipica la necessità di bere al mattino, appena svegliati) e da assuefazione e tolleranza (per raggiungere un determinato effetto desiderato dall'individuo è costretto a bere quantità sempre maggiori di bevande alcoliche). Questo termine esprime una condizione multifattoriale di dipendenza all'alcol, influenzata da fattori genetici, ambientali, comportamentali, fisici e psichici. È caratterizzata da un comportamento compulsivo verso il bere (*craving*), dall'incapacità di limitare questa pulsione, dalla comparsa di una serie di sintomi da astinenza, quando si sospende l'assunzione di alcol dopo un periodo di abbondanti bevute e dalla necessità di aumentare l'introito di alcol nel tempo. La continua ricerca della sostanza, arriva fino al punto di occupare gran parte del tempo per questo scopo e, di seguito, per riprendersi dagli effetti derivanti. Tutto ciò va a discapito dell'attività lavorativa, ricreativa e sociale della persona. Anche per l'alcoldipendenza, come per qualunque tossicodipendenza da droghe illegali, la brusca interruzione del consumo di alcol causa la sindrome da astinenza caratterizzata da tachicardia, tremori, nausea e vomito, agitazione, allucinazioni, convulsioni. Per poter fare diagnosi di dipendenza alcolica, secondo il DSM-V, è necessario che il soggetto soffra di almeno 2 dei seguenti sintomi per un periodo di almeno 12 mesi:

- Assunzione di alcol in quantità superiori o per periodi più lunghi rispetto alle intenzioni del soggetto.
- Desiderio costante di assumere alcolici o fallimenti nel tentativo di ridurre l'assunzione di alcol.
- Gran parte del tempo della giornata è impiegato nel bere, nel recuperare alcolici o nel gestire i sintomi da intossicazione (effetti post-sbornia).
- Il soggetto sente un impellente e incontrollabile bisogno di bere (*craving*).
- L'uso di alcol comporta fallimenti nell'adempimento delle proprie responsabilità a casa, al lavoro o a scuola.
- Mantiene l'uso di alcol nonostante questo sia causa di ricorrenti problemi sociali.
- Importanti attività vengono abbandonate per lasciare spazio all'uso di alcolici.
- L'alcol è utilizzato in situazioni in cui è fisicamente pericoloso farlo.
- Utilizzo continuativo di alcol anche dopo la comparsa di problemi psicologici o sociali attribuibili all'abuso alcolico.
- Sviluppo della tolleranza verso l'alcol manifestata con aumento significativo della quantità di alcol necessaria a soddisfare il bisogno alcolico.
- Presenza di sintomi o comportamenti atti a non provare sintomi astinenziali. (Ministero della Salute – Alcol – Dipendenza alcolica - Diagnosi 2024)

Fino a molti anni fa si pensava che l'alcolismo fosse un vizio, cioè un comportamento volontario negativo e quindi moralmente riprovevole; negli ultimi anni, invece, appare sempre più evidente, in seguito al progresso delle conoscenze scientifiche sull'argomento, che la dipendenza da alcol è dovuta non tanto alla mancanza di volontà del soggetto, ma ad una serie di fattori:

-fattori di rischio genetici: studi condotti su figli di alcolisti infatti hanno mostrato che le probabilità di sviluppare una dipendenza in questi soggetti è maggiore del 30% rispetto alla popolazione generale. Studi più approfonditi hanno preso in considerazione figli di alcolisti adottati da altre famiglie. Anche questi soggetti, non direttamente a contatto con

genitori alcolisti durante la crescita, hanno comunque mostrato maggiori probabilità di sviluppare alcolismo. Esiste quindi una predisposizione genetica allo sviluppo di una dipendenza da alcol. Ulteriori studi hanno inoltre evidenziato come l'abuso di alcol in età precoce possa facilitare l'espressione di geni che aumentano il rischio di sviluppare l'alcolismo:

-fattori di rischio ambientali: oltre a cause genetiche esistono cause ambientali. Infatti contesti dove esistono pressioni sociali (ad esempio il gruppo dei pari o i mass media) che invogliano all'utilizzo di alcolici, possono più facilmente portare soggetti a rischio ad abusare di alcol e sviluppare nel tempo una dipendenza. Vivere all'interno di famiglie problematiche, dove uno o entrambi i genitori è alcolista, facilita lo sviluppo di comportamenti di abuso nei figli adolescenti. Inoltre è stato osservato che l'abuso di alcol in adolescenza potrebbe facilitare lo sviluppo di una dipendenza a causa della degenerazione o dello scorretto sviluppo della corteccia cerebrale. Tale degenerazione porterebbe a sviluppare comportamenti impulsivi, facilitando così le condotte di abuso alcolico.

-fattori di rischio psicologici: ci sono anche cause psicologiche collegate alla dipendenza alcolica. L'alcol infatti, per le sue proprietà rilassanti, spesso viene utilizzato come "terapia impropria" da coloro che soffrono di forte stress, disturbi d'ansia, depressione o anche patologie psichiatriche più gravi come il DOC (disturbo ossessivo compulsivo), la schizofrenia e il disturbo bipolare. Anche essere stati vittime di traumi nell'infanzia è un fattore che facilita lo sviluppo di una dipendenza alcolica così come lo è sviluppare un disturbo di personalità. In questi casi quindi l'alcol può essere ricercato come terapia impropria per ridurre sintomi psicologici negativi. In situazioni simili una corretta terapia farmacologica o un intervento psicologico adeguato potrebbero scongiurare la comparsa di comportamenti da abuso. (Ospedale Maria Luigia – Alcolismo – cause – sintomi e danni 2024)

1.2 Dipendenze comportamentali

Mark Griffith, psicologo e professore esperto di dipendenze comportamentali presso la *Nottingham Trent University*, nonché direttore dell'*International Gaming Research Unit* (2005) definisce una dipendenza comportamentale sulla base di sei criteri: preminenza (il

comportamento tende ad assumere la maggiore rilevanza nella vita della persona, a discapito di altri pensieri, sentimenti e azioni), influenza sul tono dell'umore (conseguenze emotive del comportamento di dipendenza), tolleranza (intensificarsi del comportamento per indurre effetti di sufficiente intensità), sintomi da astinenza (stati d'animo o conseguenze fisiche spiacevoli, conseguenti dalla messa in atto del comportamento), conflitto (conflitti interpersonali derivanti dalla dipendenza instauratasi o incompatibilità con altri compiti o attività personali) e recidiva (presenza di ricadute plurime nel disturbo dopo fasi di sospensione). Un aspetto peculiare delle dipendenze comportamentali è che esse coinvolgono pulsioni "normali" (come sesso, cibo, amore, denaro...) che divengono però patologiche nella misura in cui raggiungono un certo livello di eccesso e di pericolosità per la persona. Il carattere distintivo della dipendenza comportamentale resta sempre e comunque l'incapacità dell'individuo di mitigare il comportamento nonostante le conseguenze negative che osserva nel suo funzionamento quotidiano.

I comportamenti e i processi legati alla dipendenza comportamentale sono volti a dare piacere, rappresentano spesso una via di uscita dalla sofferenza emotiva o fisica e sono caratterizzati dalla incapacità di controllare la messa in atto del comportamento e l'insorgere di importanti conseguenze negative per la vita della persona. La terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) è il trattamento più indicato per le dipendenze comportamentali. In questo approccio vengono analizzate le catene tra pensieri e comportamenti messi in atto dal paziente al fine di giungere a strategie gestionali più proficue: i pazienti si impegnano a conoscere le caratteristiche delle loro dipendenze, ad individuare e gestire al meglio le situazioni ad alto rischio ricaduta, a attuare comportamenti alternativi più consoni. Gli "errori" sono analizzati come esperienze da cui trarre insegnamento, per consolidare i risultati raggiunti e perfezionare la prevenzione di future ricadute.

L'approccio Cognitivo-Comportamentale prevede anche il coinvolgimento di familiari ed affini, al fine di promuovere un completo ripristino del benessere del paziente. (IPSICO - Istituto di Psicologia e Psicoterapia comportamentale e cognitiva – dipendenze comportamentali)

1.2.1 Gioco d'azzardo

Il gioco d'azzardo è ormai riconosciuto come un disturbo compulsivo complesso e cioè una forma comportamentale patologica che può comportare gravi disagi per la persona, derivanti dall'incontrollabilità del proprio comportamento di gioco, e contemporaneamente la possibilità di generare gravi problemi sociali e finanziari oltre che entrare in contatto con organizzazioni criminali del gioco illegale, anche e soprattutto con quelle dell'usura. Infatti, da un punto di vista sociale, i soggetti affetti da GAP presentano un elevato rischio di compromissione finanziaria personale che ha evidenti ripercussioni in ambito familiare e lavorativo, fino ad arrivare a gravi indebitamenti e alla richiesta di prestiti usuranti. Questo è uno degli aspetti che collega il gioco d'azzardo patologico alla criminalità organizzata che investe energie e capitali nel gioco d'azzardo. Il gioco d'azzardo è una dipendenza patologica e deriva da un comportamento reiterato di gioco d'azzardo in una persona vulnerabile che presenta sistemi neuropsichici alterati, fino a comportare lo sviluppo della patologia. Utile risulta anche chiarire che cosa si intende con le parole "gioco d'azzardo". Giocare d'azzardo significa "puntare o scommettere una data somma di denaro, o oggetto di valore, sull'esito di un gioco che può implicare la dimostrazione di determinate abilità o basarsi sul caso". Il giocare d'azzardo può anche essere definito come "qualsiasi puntata o scommessa fatta, per sé o per altri, con denaro o senza, a prescindere dall'entità della somma, il cui risultato sia imprevedibile ovvero dipenda dal caso o dall'abilità" (Gamblers Anonymous, 2000). Il GAP è da intendersi come la conseguenza secondaria di un comportamento volontario di gioco d'azzardo persistente in un individuo vulnerabile alla dipendenza, che presenta cioè alterazioni preesistenti di tipo neurofunzionale dei normali sistemi neurobiologici della gratificazione (sistema di *reward* dopaminergico con iper-risposta anomala al gioco d'azzardo), del controllo degli impulsi (corteccia prefrontale con deficit dell'autocontrollo) e delle funzioni cognitive correlate (credenze e distorsioni cognitive in relazione alle reali possibilità di vincita). Il gioco d'azzardo patologico è quindi una dipendenza patologica, da stimoli esogeni, in grado di produrre in questi individui, non solo ripetute e anomale risposte comportamentali compulsive, ma anche effetti neuroplastici, tolleranza e *craving* (Castellani 1995). Il GAP è comunque una patologia prevenibile, curabile e guaribile, che necessita di diagnosi precoce, cure specialistiche e

supporti psicologici e sociali. L'Organizzazione Mondiale della Sanità riconosce il gioco d'azzardo patologico come una forma morbosa chiaramente identificata, che in assenza di misure idonee di informazione e prevenzione, può rappresentare, a causa della sua diffusione, un'autentica malattia sociale. Con una definizione più precisa ed estesa, che si basa su una serie di evidenze scientifiche e studi eseguiti da vari ricercatori, il gioco d'azzardo patologico può essere definito come una dipendenza comportamentale patologica caratterizzata da un persistente comportamento di gioco d'azzardo mal adattivo (Goudriaan 2004) e il disturbo classificato come un disturbo del controllo dell'impulso secondo i criteri previsti dal DSM IV. Il gioco d'azzardo patologico rappresenta un grave problema di salute pubblica, crea problemi psico-sociali al soggetto coinvolto ed è causa di problemi finanziari e può condurre a disturbi di natura antisociale (Potenza 2002, Petry 2001). - . Inoltre, questa patologia è spesso associata a tassi elevati di ideazione suicidaria e tentativi di suicidio (Petry 2002, Newman 2003).

Il gioco d'azzardo patologico ha un'eziologia ancora non ben chiarita, che si basa su una vulnerabilità genetica ed un'alterazione dei sistemi neuropsicobiologici e di anomalie della disponibilità di alcuni importanti neurotrasmettitori, in particolare dopamina, serotonina e noradrenalina (Ibanez 2003). I segni e sintomi principali relativi alla dipendenza sono il forte desiderio di giocare d'azzardo e l'impossibilità di resistervi (*craving*), l'insorgenza di sentimenti di inquietudine quando si è impossibilitati a giocare (astinenza), la necessità di giocare con maggiore frequenza per riprodurre sempre il medesimo grado di euforia e gratificazione (tolleranza) (Goudriaan 2004). Il gioco d'azzardo patologico presenta inoltre, al pari della dipendenza da sostanze, alto tasso di comorbilità psichiatrica, oltre che studi genetici che evidenziano la presenza di fattori genetici comuni, indicando quindi la possibile esistenza di fattori eziologici comuni (Cunningham-Williams 1998).

Il disturbo da gioco d'azzardo (*gambling disorder*) viene definito come un comportamento problematico, persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo. Si presenta per un periodo di 12 mesi e comporta disagio e compromissione clinicamente significativi (DSM-5, 2013).

Il DSM-5 (2013) sottolinea i sintomi seguenti (almeno 4 per effettuare la diagnosi):

- Bisogno di quantità sempre maggiori di denaro affinché si arrivi all'eccitazione desiderata
- Sensazione di agitazione ed irritabilità nel tentativo di ridurre il gioco
- Si attuano continui tentativi vani di controllare, ridurre o smettere il gioco
- Continua preoccupazione relativa al gioco d'azzardo
- Gioca molto spesso per nascondere il proprio disagio
- Quando perde, vi è più probabilità che vada a ritentare
- Si attuano menzogne pur di nascondere l'entità del coinvolgimento con il gioco
- E' molto probabile perdere una relazione significativa, il lavoro proprio per il gioco d'azzardo
- Chiede molto spesso denaro agli altri per recuperare le situazioni finanziarie causate dal gioco d'azzardo.

A questo punto, è necessario distinguere tra gioco d'azzardo responsabile e gioco d'azzardo etico. Secondo il modello Reno (Blaszczynski et al., 2004), un programma di gioco d'azzardo responsabile si basa su due principi fondamentali: la decisione finale se giocare o meno spetta all'individuo, ovvero ha una scelta; e quando prende la decisione, gli individui devono avere l'opportunità di essere informati. Al contrario, la teoria del gioco d'azzardo etico (Chóliz, 2018) ritiene che le informazioni siano insufficienti per prevenire i disturbi del gioco d'azzardo nella società perché il gioco d'azzardo è potenzialmente avvincente; la maggior parte dei criteri diagnostici per il disturbo del gioco d'azzardo riflette il gioco d'azzardo eccessivo; e le società di gioco d'azzardo incoraggiano il gioco d'azzardo eccessivo. Si riportano le tre “leggi” del gioco d'azzardo etico:

- Prima legge (*“Legge della dinamica del gioco d'azzardo”*): *“Nel gioco d'azzardo, il denaro non viene né creato né distrutto; viaggia solo da una tasca all'altra”*.

- Seconda legge (*“Legge della perdita attesa”*): *“La probabilità di perdita da parte del giocatore aumenta proporzionalmente alla frequenza con cui si gioca denaro”*.
- Terza legge (*“Legge della dipendenza”*): *“Quanto più si gioca, tanto maggiore è la necessità di giocare di nuovo, e questo aumenta la probabilità di sviluppare un disturbo mentale”*.

Il disturbo del gioco d'azzardo è considerato un disturbo da dipendenza perché attiva gli stessi circuiti di ricompensa delle droghe, tanto che c'è bisogno di ripetere il comportamento (APA, 2013). Considerare il gioco d'azzardo come un disturbo da dipendenza ha implicazioni molto rilevanti per la sua prevenzione. Indipendentemente dalla vulnerabilità differenziale allo sviluppo della malattia, il disturbo del gioco d'azzardo si verifica perché le persone si impegnano in comportamenti potenzialmente dipendenti in condizioni ambientali che favoriscono lo sviluppo e il mantenimento della dipendenza. È attraverso queste variabili che può essere intrapreso il necessario intervento preventivo. (Chóliz & Sáiz-Ruiz, 2016)

1.2.2 Epidemiologia

La ricerca epidemiologica (2016-2019) eseguita nell'ambito dell'Accordo Scientifico tra ADM e ISS ha consentito di focalizzare l'attenzione sul fenomeno del gioco d'azzardo considerando i molteplici fattori che possono concorrere all'instaurarsi del comportamento problematico senza tralasciare i fattori che caratterizzano l'esperienza sociale del gioco. Tra le novità di questi studi sottolineiamo: il focus attento sui minori, tra i 14 e i 17 anni e sulle fasce d'età più adulte, quella degli over 65enni. Lo studio epidemiologico trasversale di tipo osservazionale nella popolazione adulta ha coinvolto complessivamente un campione rappresentativo della popolazione italiana di 12.056 adulti (18+), con una stima del tasso di adesione del 51,2%. Di questi, 12.007 sono risultati validi per le analisi (47,6% maschi e 52,4% femmine).

Lo studio epidemiologico trasversale di tipo osservazionale nella popolazione scolastica italiana minorenni ha coinvolto complessivamente 15.833 studenti in età dai 14 ai 17 anni, provenienti da 201 scuole (187 pubbliche e 14 private paritarie) e per i quali la normativa vigente vieta in assoluto la pratica del gioco d'azzardo, con una stima del tasso

di adesione del 76,1%. Di questi, 15.602 sono risultati validi per le analisi (49,1% maschi e 50,9% femmine).

Per quanto riguarda la popolazione adulta, il 36,4% degli italiani (circa 18.450.000 persone) ha giocato d'azzardo almeno una volta nei 12 mesi antecedenti l'intervista. Il gioco d'azzardo nell'ultimo anno ha interessato quasi un uomo su due (43,7% pari a oltre 10.500.000 residenti) e una donna su tre (29,8% pari a 7.900.000 residenti). Si gioca d'azzardo soprattutto tra i 40 e i 64 anni. Si inizia a giocare soprattutto tra i 18 e i 25 anni (51,8%) e tra i 26 e i 35 anni (18,4%), più raramente si inizia a giocare oltre i 46 anni (7,4%). Il 26,5% (pari a circa 13.435.000 persone) della popolazione maggiorenne si è dedicata al gioco d'azzardo in modo "sociale", ossia coloro che giocano senza ricadute negative per la sfera personale, relazionale e di studio, con differenze significative tra maschi e femmine (rispettivamente 30,2% vs 23,1%). I giocatori a basso rischio sono il 4,1% (circa 2.000.000 di residenti) e i giocatori a rischio moderato sono il 2,8% (circa 1.400.000 residenti). I giocatori problematici sono il 3% (circa 1.500.000 residenti). Tra i giocatori problematici la fascia di età 50-64 anni è la più rappresentata (35,5%). Popolazione scolastica minorenni (14 -17 anni): Il 70,8% ha dichiarato di non aver mai giocato, mentre il 29,2% (si stimano 670.144 soggetti) dichiara di aver praticato gioco d'azzardo almeno una volta nei 12 mesi antecedenti l'intervista. Giocano prevalentemente i 17enni (35%), a seguire i 16enni (30,5%), i 15enni (27,6%) e i 14enni (24,4%). I giocatori sono più maschi (41,1%; per una stima di circa 486.200 ragazzi) che femmine (16,8% per una stima di circa 186.800 ragazze).

Rispetto all'area geografica, giocano maggiormente gli studenti del Sud del paese (36,3%; per una stima di 215.356 studenti) e a seguire delle Isole (29,9%; per una stima di 79.722) del Centro (27,3%; per una stima di 116.384 studenti), del Nord Ovest (25,8%; per una stima di 149.919 studenti) e del Nord Est (20,2%; per una stima di 86.400 studenti). Si osservano prevalenze di giocatori più elevate negli istituti tecnici (37,5%) e negli istituti professionali (28,2%). I giocatori sociali sono 22,7% (stimati in 520.968 studenti), i giocatori a rischio sono 3,5% (stimati in 80.326 studenti) ed i giocatori problematici sono il 3% (stimati in 68.850 studenti). La prevalenza maggiore di giocatori problematici è al Sud (4,4% vs 3% di media nazionale), a seguire le Isole (3% in linea con la media nazionale), il Centro (2,9% di poco inferiore alla media nazionale), il Nord Ovest (2,1%) e il Nord Est (1,8%). (Ministero della Salute – Disturbo da Gioco d'azzardo)

Regione	Raccolta			Vincite			Spesa		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Abruzzo	1.970,88	1.078,87	1.231,49	1.497,53	796,97	906,59	473,35	281,90	324,90
Basilicata	514,52	296,34	339,78	382,99	246,83	247,88	131,54	49,51	91,90
Calabria	1.790,43	1.046,86	1.203,94	1.329,78	757,38	867,16	460,65	289,49	336,78
Campania	7.672,32	4.346,23	4.680,98	5.822,75	3.201,22	3.403,36	1.849,57	1.145,02	1.277,62
Emilia-Romagna	6.033,88	3.054,94	3.372,31	4.670,83	2.251,05	2.463,91	1.363,05	803,88	908,40
Friuli-Venezia Giulia	1.368,35	722,55	800,73	1.030,01	521,90	578,92	338,34	200,66	221,81
Lazio	7.599,24	3.898,10	4.412,08	5.791,93	2.863,41	3.218,04	1.807,31	1.034,68	1.194,04
Liguria	1.846,14	944,06	1.037,36	1.392,63	751,80	748,13	453,51	192,26	289,24
Lombardia	14.482,87	7.198,49	8.558,68	11.216,01	5.286,87	6.245,09	3.266,86	1.911,62	2.313,59
Marche	1.847,40	1.019,45	1.097,46	1.399,08	748,54	956,91	448,32	270,90	140,55
Molise	352,04	200,58	223,21	262,63	144,97	160,96	89,41	55,60	62,25
Piemonte	4.549,38	2.417,76	2.754,54	3.513,17	1.797,35	2.036,69	1.036,21	620,41	717,85
Puglia	4.566,86	2.684,44	2.982,43	3.430,77	1.942,08	2.149,47	1.136,09	742,36	832,96
Sardegna	1.631,70	926,81	1.043,96	1.164,46	700,59	724,21	467,24	226,22	319,76
Sicilia	4.560,98	2.731,29	2.988,80	3.388,51	1.971,24	2.163,28	1.172,47	760,05	825,52
Toscana	4.861,15	2.353,36	2.573,46	3.746,52	1.739,11	1.892,10	1.114,63	614,25	681,35
Trentino-Alto Adige	1.185,92	565,57	600,55	926,00	424,80	449,21	259,92	140,77	151,34
Umbria	1.030,82	553,79	629,27	784,66	404,57	463,22	246,16	149,22	166,04
Valle d'Aosta	92,79	50,67	53,71	70,05	36,55	38,59	22,74	14,11	15,11
Veneto	6.117,63	2.958,72	3.416,17	4.681,82	2.180,91	2.515,12	1.435,80	777,82	901,07
Altro	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale	74.075,30	39.048,88	44.000,91	56.502,13	28.768,14	32.228,84	17.573,17	10.280,73	11.772,08

Tabella 2: Raccolta, vincite e Speso-in milioni di euro- ripartiti per regione relativi al gioco fisico, anno 2021

1.3 Percorsi di recupero per persone con dipendenze patologiche

Diverse strutture forniscono percorsi di recupero sia per la persona che presenta dipendenze patologiche, sia per i familiari. Tra queste troviamo il CSM (Centro di Salute Mentale), il Ser.D. (Servizio per le Dipendenze), il CAT (Club Alcolisti in Trattamento) e gruppi A.A/AL-ANON (Alcolisti Anonimi/ Gruppi dei familiari di Alcolisti Anonimi).

Il Centro di Salute Mentale (CSM) è il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico. Coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche.

Al Centro fa capo un'équipe multiprofessionale costituita almeno da uno psichiatra, uno psicologo, un assistente sociale e un infermiere professionale.

Il CSM assicura i seguenti interventi:

- Trattamenti psichiatrici e psicoterapie, interventi sociali, inserimenti dei pazienti in Centri diurni *Day hospital* strutture residenziali, ricoveri
- Attività diagnostiche con visite psichiatriche, colloqui psicologici per la definizione di appropriati programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi nell'ottica dell'approccio integrato, con interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete e residenziali nella strategia della continuità terapeutica
- Attività di raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività formative. In alcuni CSM è attiva anche una linea telefonica dedicata ai medici di famiglia per *counselling*, durante l'orario di apertura
- Consulenza specialistica per i servizi "di confine" (alcolismo, tossicodipendenze ecc.), nonché per le strutture residenziali per anziani e per disabili
- Attività di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private accreditate, al fine di assicurare la continuità terapeutica
- Valutazione ai fini del miglioramento continuo della qualità delle pratiche e delle procedure adottate

- Intese e accordi di programma con i Comuni per, tra l'altro, inserimenti lavorativi degli utenti psichiatrici, affido etero-familiare ed assistenza domiciliare
- Collaborazione con Associazioni di volontariato, scuole, cooperative sociali e tutte le agenzie della rete territoriale.

È previsto che il CSM sia attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno, per 6 giorni alla settimana. (Ministero della Salute – La rete dei servizi per la salute mentale – 2022)

I Ser.D. sono i servizi pubblici per le dipendenze patologiche del Sistema Sanitario Nazionale, istituiti dalla legge 162/90. Ai Ser.D. sono demandate le attività di prevenzione primaria, cura, prevenzione patologie correlate, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo nel settore delle dipendenze patologiche. La collaborazione stretta e sinergica con le comunità terapeutiche, le amministrazioni comunali e le organizzazioni di volontariato rappresenta un elemento fondamentale della loro azione. I Ser.D. sono attivi all'interno dei dipartimenti delle dipendenze delle aziende sanitarie locali. Ogni Distretto Sanitario (o ogni 100.000 abitanti circa) di norma comprende un Ser.D. In Italia sono attivi oltre 550 Ser.D.

In linea generale, i Ser.D. implementano interventi di primo soccorso e orientamento per individui affetti da tossicodipendenza e per le loro famiglie, concentrando particolare attenzione sulle fasce giovanili della popolazione. In particolare, conducono valutazioni approfondite sullo stato di salute del soggetto in trattamento e elaborano programmi terapeutici personalizzati da attuare presso la propria struttura o in collaborazione con comunità terapeutiche accreditate, attraverso programmi residenziali o semiresidenziali con diverse modalità operative. La tutela della *privacy* da parte degli operatori dei Ser.D. è essenziale e deve essere garantita attraverso l'osservanza rigorosa della legge specifica in materia, il rispetto incondizionato del segreto professionale e la possibilità di applicare l'anonimato ai dati anagrafici della persona.

In genere la responsabilità del Ser.D. è affidata a un Dirigente Medico. All'interno, di solito, è possibile trovare una equipe multidisciplinare (medici, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri, amministrativi, ed altro personale di supporto) in grado di affrontare le tante problematiche che spesso le persone tossicodipendenti o consumatori

occasionalmente mostrano. Va segnalato, però, che esiste una forte variabilità organizzativa delle diverse offerte e delle modalità di accesso nei Ser.D. sul territorio nazionale, essendo le Regioni (da cui dipendono le aziende sanitarie locali e, quindi, i Ser.D.) dotate di autonomia programmatica sul proprio territorio.

È indicato rivolgersi al Ser.D. quando vi sia un uso di sostanze occasionale, abituale o quotidiano (e quindi con uno stato di dipendenza). È consigliato rivolgersi al Ser.D., comunque, anche quando vi sia solo il sospetto di uso di sostanze al fine diagnosticare precocemente l'eventuale utilizzo o stato di dipendenza (soprattutto se la persona interessata è minorenni). I familiari possono trovare anche utili consigli ed orientamenti su come gestire queste problematiche nel modo migliore. I Ser.D. forniscono prestazioni diagnostiche, di orientamento e supporto psicologico (di vario tipo e grado) e terapeutiche relative allo stato di dipendenza ed alla eventuale presenza di malattie infettive o patologie psichiatriche correlate. Questa sinergia che c'è tra comunità terapeutiche e Ser.D. risulta fondamentale ed indispensabile per creare un sistema territoriale realmente in grado di fornire risposte realmente efficaci alla cittadinanza in stato di bisogno. Il luogo naturale ed idoneo per creare, mantenere a promuovere tale collaborazione e sicuramente il "Dipartimento Dipendenze" che deve riuscire a concertare (in pari dignità e pari responsabilizzazione rispetto ai processi di cura e riabilitazione) le varie unità operative in esso presenti. I Ser.D. e le comunità debbono quindi assicurare, così, la continuità assistenziale ed un intervento realmente integrato e coordinato. Attività che parte sin dalle unità mobili di strada, continua nei Ser.D. e nelle Comunità terapeutiche, nelle unità di reinserimento, nei reparti ospedalieri (in caso di bisogno), con un unico obiettivo che vede al centro di tutti gli interventi la persona tossicodipendente o che faccia uso occasionale di stupefacenti e/o abuso alcolico. (Governo Italiano – Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le politiche antidroga)

I Club degli Alcolisti in Trattamento (CAT) rappresentano oggi in Italia il modello più diffuso d'intervento sui problemi alcol-correlati. Questa metodologia è stata sviluppata dal Prof. Vladimir Hudolin a partire dal 1964 fino al 1996, anno della sua prematura scomparsa. Psichiatra di fama mondiale, per circa trenta anni Direttore della Clinica di Psichiatria, Neurologia, Alcolologia ed Altre Dipendenze presso l'Università di Zagabria, per lungo tempo consulente dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il Prof. Hudolin

dedicò gran parte della sua attività allo studio dei problemi legati all'uso di alcol e di altre droghe fin dall'inizio degli anni '50.

Nel 1964 cominciò ad organizzare programmi sia ospedalieri sia ambulatoriali che si articolavano con piccoli gruppi di persone con problemi legati all'alcol nel territorio della città di Zagabria, che chiamò Club degli Alcolisti in Trattamento e che poi si diffusero capillarmente a livello territoriale in tutta la ex-Jugoslavia. Basti pensare che prima che scoppiasse la guerra civile nel 1992 nella sola Croazia esistevano più di 1200 CAT. L'aspetto rivoluzionario dell'approccio del Prof. Hudolin derivava dal fatto che non si occupava solo dell'alcolismo di poche persone, ma del bere di tutti. Attraverso le settimane di formazione infatti il Prof. Hudolin non solo forniva la metodologia di trattamento degli alcolisti e delle loro famiglie, ma soprattutto metteva in discussione la nostra "cultura del bere" proponendo il suo modello che negli anni era andato definendosi come "l'approccio ecologico sociale ai problemi alcol-correlati e complessi". Questo interpreta l'alcolismo e gli altri problemi alcol-correlati né come un "vizio" né come una malattia, ma come un comportamento, uno stile di vita, determinato da molteplici fattori interni ed esterni alla persona, tra i quali particolare importanza riveste la famiglia e la cultura generale e sanitaria della comunità dove le persone vivono e lavorano. L'accento veniva così spostato dall'alcolismo al bere. Una tappa molto importante per lo sviluppo di questa metodologia fu però sicuramente la fondazione del primo club in Italia nel 1979: è stato infatti nel nostro paese che l'approccio del Prof. Hudolin ha conosciuto il suo massimo sviluppo. Nel 1979 in Italia esistevano solo pochi centri che si occupavano d'alcolismo (fra questi ricordiamo Firenze, Dolo, Arezzo) mentre non esistevano veri programmi territoriali, fatta eccezione per i gruppi degli alcolisti anonimi, nati anche in Italia, ma solo pochi anni prima. I CAT sono comunità multifamiliari composte da un minimo di due ad un massimo di dodici famiglie più un "servitore-insegnante", che è una persona che ha ricevuto una formazione per occuparsi dei problemi alcol-correlati presenti nella propria comunità e che opera a titolo volontario. Le famiglie si riuniscono settimanalmente insieme al servitore-insegnante per affrontare e condividere i propri disagi ed esperienze e sviluppare un clima di solidarietà e di amicizia. Nel Club è richiesto, ma non imposto, a tutta la famiglia, di astenersi dall'alcol e di crescere insieme verso uno stile di vita sobrio. (Ennio Palmesino ARCAT Liguria - Settimanale Online)

Alcolisti Anonimi (A.A) è nata negli Stati Uniti nel 1935 dall'incontro di un agente di borsa di Wall Street ed un medico chirurgo di Akron (Ohio), entrambi alcolisti, i quali si resero conto che condividendo le loro dolorose esperienze e aiutandosi a vicenda riuscivano a mantenersi lontani dall'alcol. In un mondo caratterizzato da forti pregiudizi nei confronti dell'alcolismo e dalla pressoché totale impotenza della scienza medica ad affrontare tale problema, i due fondatori di Alcolisti Anonimi, superando ogni approccio moralistico e con un pragmatismo tipico della cultura nordamericana, ebbero la grande intuizione di applicare l'autoaiuto alla dipendenza dall'alcol, vista non più come un vizio da estirpare ma come una vera e propria malattia del corpo e dello spirito, i cui tragici effetti potevano essere sospesi semplicemente non bevendo e cambiando stile di vita. In altri termini i nostri fondatori, entrambi con durissime storie di alcolismo alle spalle, si resero conto che un alcolista che ha smesso di bere ha una grandissima capacità di raggiungere e aiutare l'alcolista che ancora beve; così facendo indica all'altro la via per uscire dal problema e nel contempo mantiene e consolida la propria sobrietà. Partendo da questa constatazione fu costituito il primo gruppo A.A. ad Akron, cui seguì l'apertura di un secondo gruppo a New York e di un terzo a Cleveland; nel frattempo fu messo a punto un metodo di recupero dall'alcolismo basato su Dodici Passi (o tappe) i cui principi ispiratori furono tratti essenzialmente dalla medicina, dalla psicologia e dalla religione. Nel 1939, con la pubblicazione della prima edizione del libro Alcolisti Anonimi, che dette poi il nome all'associazione e in cui per la prima volta l'alcolismo viene trattato dal punto di vista dell'alcolista, ha avuto inizio una prodigiosa reazione a catena, man mano che chi si recuperava portava ad altri il suo messaggio e questi ad altri ancora; prima negli U.S.A., poi in tutto il mondo.

Oggi Alcolisti Anonimi è presente in oltre 160 Paesi di tutti i continenti con più di 100.000 gruppi di autoaiuto e milioni di alcolisti recuperati. In Italia Alcolisti Anonimi ha iniziato la sua attività a Roma, quando alcuni alcolisti, dopo aver ritrovato la sobrietà nel gruppo di lingua inglese di Via Napoli 58 nel 1972, cominciarono successivamente a riunirsi un primo, sparuto, gruppo di lingua italiana. Nel luglio 1974 nacque il gruppo di Firenze e tra il 1975 ed il 1976 i membri del gruppo romano contribuirono a dar vita al primo gruppo della Lombardia a Milano e della Liguria a Genova.

Nel 1979 la trasmissione televisiva “L’inferno dentro” attirò l’attenzione generale sul problema dell’alcolismo e sulla sua possibile soluzione grazie ad A.A.: nei titoli di coda della trasmissione fu indicato per la prima volta il numero telefonico di A.A. a Roma, che fu subissato di telefonate. Sull’onda di tale evento, che segnò una svolta nel far conoscere in tutta Italia l’esistenza di A.A., la stampa prese a interessarsi sempre di più all’associazione; anche nella letteratura medica cominciò a prendere corpo un interesse sempre più vivo per Alcolisti Anonimi e per il suo programma di recupero. Da quel momento la storia di A.A. italiana è la storia di una crescita che l’ha portata oggi a essere diffusa in tutte le Regioni con circa 500 gruppi, con una presenza media di 10.000 alcolisti. (Servizi Generali Italia – Alcolisti Anonimi)

Al-Anon è un’associazione di aiuto reciproco. Il programma di Al-Anon/Alateen è basato sui Dodici Passi degli Alcolisti Anonimi. Alateen, parte integrante di Al-Anon, è un programma di recupero per adolescenti. Chiunque si accorga che la propria vita è stata profondamente condizionata dallo stretto contatto con un alcolista può entrare a far parte di Al-Anon.

Al-Anon è un’associazione in cui si osserva l’anonimato. I membri usano solamente il nome di battesimo e tutto quello che viene detto durante una riunione, o a tu per tu, è ritenuto strettamente confidenziale. I membri condividono la loro forza, esperienza e speranza. Si offrono un sostegno reciproco e sono incoraggiati a comunicare tra di loro per telefono tra una riunione e l’altra. Al-Anon ha come strumenti di recupero la letteratura, che riflette la filosofia del programma, e le riunioni che si tengono in città e paesi di tutto il mondo, in ogni giorno della settimana. I membri si alternano nella responsabilità di condurre le riunioni. Non ci sono quote né spese di iscrizione per assistere alle riunioni. L’associazione provvede alle proprie necessità grazie ai contributi volontari dei suoi membri. Al-Anon tiene riunioni chiuse riservate esclusivamente ai membri Al-Anon e Alateen, ed anche un certo numero di riunioni aperte per chiunque sia interessato ad Al-Anon/Alateen. I professionisti sono i benvenuti a queste riunioni aperte, affinché possano essere sempre più informati su quella complessa malattia della famiglia che è l’alcolismo. (Servizi Generali Italia – Al-Anon/Alateen)

1.4 L'Infermiere del dipartimento dipendenze patologiche

Il DDP è dunque definito come Servizio Pubblico che, al fine di assicurare il perseguimento degli obiettivi di salute della popolazione, integra al suo interno soggetti Pubblici, del Privato Sociale accreditato e del Terzo Settore, operatori e Servizi appartenenti a culture professionali ed istituzionali diverse, per costituire un sistema di maggiore complessità logica e funzionale, i cui sottosistemi sono connessi dalla comune *mission*. Ciò al fine di garantire a chiunque viva in questa regione (come cittadino, come detenuto, come persona temporaneamente residente, legalmente o clandestinamente, ed a qualunque etnia, sesso o religione appartenga) di veder rispettato il diritto al trattamento più appropriato. Tale definizione implica:

- Che ciascun trattamento sia sempre offerto nei luoghi più adeguati, da parte di personale specializzato e costantemente formato, organizzato in *équipe* multidisciplinari e numericamente adeguate, all'interno di Unità Operative (Pubbliche e del Privato Sociale), integrate nei DDP.
- Che siano sempre garantiti i livelli di qualità, complementarietà e sussidiarietà indicati nel Piano Sanitario Regionale e nel Piano Sociale Regionale.

I percorsi assistenziali messi in atto nel DDP si basano su programmi individualizzati che possano attraversare diversi servizi e ambienti/progetti del Dipartimento, rivolti anche a soggetti solo parzialmente o non disponibili al cambiamento, attraverso interventi multidisciplinari e pluriprofessionali che garantiscono la realizzazione di attività nelle seguenti aree: presa in carico, cura e riabilitazione; prossimità e riduzione del danno; prevenzione, intercettazione del rischio e riduzione della domanda; formazione, supervisione, ricerca e sperimentazione; valutazione, programmazione e sviluppo; grave marginalità/cronicità; provvedimenti penali, amministrativi e giudiziari; risocializzazione/reinclusione sociale; nuovi stili di consumo, comportamenti compulsivi, nuove dipendenze; consulenze e psicoterapie rivolte anche ai bisogni dei familiari coinvolti; alcolologia, tabagismo, dipendenze da psicofarmaci; attività di servizio sociale; attività infermieristiche e di assistenza domiciliare integrata; attività amministrative e di gestione rivolte al personale ed all'utenza. Il DDP si occupa di problematiche relative sia alla dipendenza da sostanze, sia ad altri comportamenti patologici attinenti al gioco

d'azzardo, internet, videogiochi, etc. Questo servizio è destinato, oltre che al singolo cittadino che necessita di aiuto, anche ai familiari e a tutti coloro che sono coinvolti in questa situazione. (DDP – AST Macerata)

Come precedentemente descritto, un organo che fa parte di questo dipartimento è il Servizio per le Dipendenze (SerD) che svolge attività di: prevenzione primaria, cura, prevenzione di patologie correlate, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo. Il SerD attua interventi di primo sostegno ed orientamento per coloro che soffrono di una dipendenza patologica e per le loro famiglie; in particolare effettua accertamenti sullo stato di salute del soggetto da trattare e definisce programmi terapeutici individuali. All'interno del SerD c'è un'equipe multidisciplinare costituita da: medici, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri, amministrativi e altro personale di supporto. Le attività che devono essere svolte nei confronti della persona affetta da dipendenze patologiche sono le seguenti: accoglienza; valutazione diagnostica multidisciplinare; valutazione e certificazione dello stato di dipendenza patologica; definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico riabilitativo personalizzato, in accordo con la persona e, per i minorenni, in collaborazione con la famiglia; somministrazione di terapie farmacologiche specifiche, sostitutive, sintomatiche e antagoniste, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico; gestione delle problematiche mediche specialistiche; interventi relativi alla prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze; colloqui psicologico-clinici; colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia; interventi di riduzione del danno; psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo); interventi socio-riabilitativi, psicoeducativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa; promozione di gruppi di sostegno per soggetti affetti da dipendenza patologica; promozione di gruppi di sostegno per i familiari di soggetti affetti da dipendenza patologica; consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi territoriali semiresidenziali e residenziali; collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta; interventi terapeutici e riabilitativi nei confronti di soggetti detenuti o con misure alternative alla detenzione, in collaborazione con i servizi di salute mentale con riferimento ai pazienti con comorbidità. (Decreto del presidente del consiglio dei ministri - 12 Gennaio 2017).

L'accoglienza in questi servizi, spesso viene svolta dall'infermiere, ricopre una funzione fondamentale. Essa richiede, all'operatore sanitario che la effettua, l'acquisizione di conoscenze e competenze tecnico-scientifiche e comunicativo-relazionali specifiche. La capacità dell'infermiere di comunicare in modo efficace risulta fondamentale per attivare una relazione professionale, all'interno della quale la persona-utente possa essere messa in grado di fronteggiare le problematiche di dipendenza nelle quali è coinvolta.

L'infermiere è quella professione sanitaria responsabile di tutta l'assistenza infermieristica, per tale motivo egli redigerà per ogni paziente un piano assistenziale personalizzato, partendo dall'accertamento infermieristico. Questa fase consiste nella raccolta sistematica di dati con lo scopo di verificare lo stato di salute del paziente ed identificare i suoi problemi reali o potenziali. In questo caso si tratterà di un accertamento iniziale o globale, il quale permette di ottenere un quadro generale delle condizioni di salute del paziente al momento della presa in carico. Per effettuare l'accertamento sono molto utilizzati gli 11 modelli individuati da Marjory Gordon, poiché permettono di analizzare la persona in modo olistico. Tali modelli indagano gli aspetti di: percezione-gestione della salute; nutrizionale-metabolico; eliminazione; attività-esercizio fisico; sonno-riposo; cognitivo-percettivo; percezione di sé-concetto di sé; ruoli-relazioni; sessualità-riproduzione; *coping*-tolleranza allo stress e valori-convinzioni. La descrizione e la valutazione dei modelli di salute, permette all'infermiere di identificare quelli che sono funzionali (punti di forza dell'assistito) e quelli che sono disfunzionali (modelli su cui occorrerà intervenire tramite le diagnosi infermieristiche). A questo punto l'infermiere avrà a disposizione tutti i dati necessari a formulare una o più diagnosi infermieristiche. Una diagnosi infermieristica è un giudizio clinico sulle risposte dell'individuo, della famiglia o della comunità ai problemi di salute/processi della vita, reali o potenziali. Le diagnosi infermieristiche costituiscono il fondamento per selezionare gli interventi infermieristici atti a realizzare gli obiettivi dei cui risultati è responsabile l'infermiere (*North American Nursing Diagnosis Association 1990*). Questa associazione (NANDA) ha sviluppato un metodo di classificazione secondo cui esistono diversi tipi di diagnosi infermieristica: reali, di rischio, di benessere e sindrome. Ogni diagnosi infermieristica è costituita da: titolo (presenta un descrittore o un qualificatore che permette di identificare subito la diagnosi); codice; descrizione; caratteristiche definenti (manifestazioni osservabili o riferibili di quella data condizione); fattori

correlati (fattori eziologici che determinano una data condizione). Una volta individuate le diagnosi occorre stabilirne la precedenza al fine di stabilire le priorità assistenziali. Determinate le diagnosi infermieristiche, continuando con il processo di nursing, l'infermiere dovrà effettuare la pianificazione degli obiettivi o risultati. Questi ultimi si riferiscono ad un comportamento misurabile o ad una percezione dimostrata da una persona, *caregiver*, famiglia, gruppo o comunità in risposta all'intervento infermieristico. Per fare questo è possibile utilizzare la classificazione NOC dei risultati infermieristici, secondo cui ogni *outcomes* è costituito da: un titolo identificativo; un codice; una definizione; un insieme di indicatori di risultato (che descrivono specifiche condizioni, percezioni o comportamenti correlati al risultato stesso); una scala di misurazione (a cinque valori di tipo *Likert*). Questa classificazione permette di quantificare il cambiamento delle condizioni della persona assistita dopo l'erogazione degli interventi e monitorare i progressi compiuti. Una volta stabiliti gli *outcomes*, l'infermiere dovrà identificare gli interventi più idonei per il raggiungimento degli obiettivi stessi. Un intervento infermieristico è un qualsiasi trattamento, basato sul giudizio clinico e sulla conoscenza, che l'infermiere mette in atto per migliorare i risultati dell'assistito. Ad ogni intervento corrisponde un gruppo di attività usate per personalizzare l'assistenza. Per poterli individuare è possibile utilizzare la classificazione NIC. Individuati gli obiettivi e gli interventi, il processo di nursing si conclude con l'attuazione e la validazione degli interventi stessi, per determinare il raggiungimento o meno degli obiettivi.

Inoltre, a livello del SerD riveste particolare importanza l'effettuazione degli screening diagnostici delle infezioni, quali HIV, HBV, HCV, diffuse nella popolazione tossicodipendente a causa dello scambio di aghi e siringhe per il consumo di droga per via endovenosa. Questo permette di effettuare una diagnosi precoce, così da intervenire tempestivamente e ridurre l'incidenza delle infezioni stesse. (Dipartimento politiche antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri – 2017)

2. OBIETTIVO

L'obiettivo di tale elaborato è di ricercare le migliori evidenze scientifiche relative alle attività di prevenzione delle dipendenze patologiche da gioco d'azzardo e da abuso di alcol.

3. MATERIALI E METODI

Per ricercare le migliori evidenze scientifiche è stato utilizzato il seguente quesito di ricerca: quali sono i migliori interventi di prevenzione delle dipendenze patologiche relative al gioco d'azzardo e dall'abuso di alcol?

Per centrare l'obiettivo della ricerca è stata utilizzata la metodologia **PICO**.

P	Popolazione giovane
I	Attività di prevenzione uso di alcool e gioco d'azzardo
C	Nessuno
O	Riduzione del rischio delle dipendenze patologiche (alcool e gioco d'azzardo)

Sono state consultate le seguenti **banche dati**: Medline, Google Scholar, Cochrane Library. Attraverso la ricerca libera sono state reperite informazioni emanate da un documento del Ministero della Salute.

Le **parole chiave** utilizzate sono state: Alcol, gioco d'azzardo, dipendenze comportamentali, prevenzione, infermiere, recupero

Le parole chiave sono state unite dagli operatori booleani: AND, OR, NOT.

Sono stati inclusi articoli in lingua italiana ed inglese degli ultimi 20 anni

4. RISULTATI

4.1 Prevenzione dell'abuso di alcol negli adolescenti

L'abuso di alcol e sostanze stupefacenti negli adolescenti è un problema di salute pubblica. Il consumo di alcol nella prima adolescenza è associato allo sviluppo successivo di problemi correlati. La prevenzione e l'intervento precoce sono raccomandati per ridurre il rischio di esiti dannosi (Patton K. et al., 2018). L'utilizzo di strumenti di screening risulta essere un elemento cardine per l'individuazione di soggetti a rischio di abuso e potrebbe essere determinante nella riduzione dei potenziali soggetti malati. Uno dei maggiori strumenti utilizzati in ambito scolastico è il Test di screening AUDIT. Il Test AUDIT è uno strumento sempre efficace nell'individuazione del rischio tanto che viene utilizzato per confrontare nuovi strumenti da validare.

Il Test AUDIT è uno strumento standardizzato sviluppato dall'OMS nel 1989 per identificare comportamenti di consumo di alcol e potenziali disturbi correlati. AUDIT è composto da 10 domande che coprono tre aree principali:

1. Consumo di alcol: le prime tre domande valutano la quantità e la frequenza del consumo di alcol
2. Comportamenti a rischio: le domande successive esplorano situazioni in cui il consumo di alcol può diventare problematico (es. Ti è mai capitato di bere di più di quanto avresti voluto?)
3. Conseguenze negative: le ultime domande si concentrano sugli effetti negativi legati all'uso di alcol, come problemi di salute, relazioni e prestazioni lavorative

Ogni risposta ha un punteggio che varia da 0 a 4. Alla fine del test, si sommano i punteggi per ottenere un totale che può variare da 0 a 40. L'interpretazione dei punteggi è la seguente:

- 0-7: Consumo a basso rischio.
- 8-15: Rischio moderato; potrebbe essere necessario un intervento breve.
- 16-19: Rischio elevato; richiede un intervento più approfondito.

- 20 o +: Probabile disturbo da uso di alcol; è consigliabile una valutazione più dettagliata.

I vantaggi di questo test sono la facilità di somministrazione, l'affidabilità e la versatilità.

Pur essendo uno strumento utile, l'AUDIT ha alcune limitazioni; in primo luogo, si basa sull'auto-segnalazione, il che significa che la sincerità delle risposte può essere influenzata da fattori come la stigma sociale. Inoltre, è importante notare che l'AUDIT non è un test diagnostico; pur essendo utile per lo screening, non può sostituire una valutazione clinica da parte di un professionista qualificato. (Gigliotti M., Ferrari M., Boretto M., Rivista L'Infermiere N° 5 – 2021)

Un altro progetto sulla prevenzione dell'alcolismo a scuola attraverso la realtà virtuale propone di affrontare il problema dell'abuso di alcol tra i giovani in modo innovativo e coinvolgente. La realtà virtuale (VR) è utilizzata per creare simulazioni immersive che permettono agli studenti di esplorare scenari legati al consumo di alcol, rendendo l'apprendimento più efficace rispetto ai metodi tradizionali. Gli obiettivi di tale progetto sono: l'educazione, fornendo informazioni sui rischi e le conseguenze legate all'abuso di alcol, inclusi problemi di salute, legali e sociali; lo sviluppo di competenze, insegnando agli studenti come prendere decisioni consapevoli riguardo al consumo di alcol e come affrontare la pressione sociale; l'utilizzo di ambienti virtuali per simulare situazioni reali, come feste o eventi sociali, dove il consumo di alcol è presente. Il programma prevede sessioni in cui gli studenti indossano visori VR e partecipano a scenari interattivi. Durante queste esperienze, vengono posti di fronte a varie situazioni in cui devono decidere se consumare alcol o meno. La VR offre un feedback immediato, consentendo agli studenti di riflettere sulle proprie scelte. Il progetto include un sistema di valutazione per misurare l'impatto delle esperienze in VR. Gli strumenti di misurazione possono comprendere questionari pre e post-intervento, *focus group* e interviste. Si prevede che con l'utilizzo della VR possa aumentare la consapevolezza e la comprensione dei rischi legati all'alcol, riducendo così la propensione a consumarlo tra i giovani. L'approccio mira a creare un ambiente di supporto, incoraggiando i ragazzi a discutere apertamente dei temi legati all'alcol. In questo modo, la realtà virtuale non solo educa, ma può anche contribuire a cambiare le norme sociali riguardo all'uso di alcol tra i coetanei. (Miller, W. R., & Rollnick, S., 2013)

L'importanza di diffondere iniziative di prevenzione primaria e secondaria nelle scuole e non solo in contesti clinici è fondamentale per riconoscere questo fenomeno, che nella nostra realtà è sempre più presente. Per quanto riguarda gli studenti minorenni è bene evidenziare che il consenso da parte dei genitori potrebbe non essere scontato; come riportato in letteratura, spesso proprio le famiglie più problematiche negano il consenso alla partecipazione (Gigliotti M., Ferrari M., Boretto M., Rivista L'Infermiere N° 5 – 2021)

4.2 Prevenzione dell'abuso di alcol sulla popolazione adulta

È stato effettuato uno studio anche sulla popolazione adulta e sull'efficacia dell'informazione. Lo studio *Comorbidity Alcohol Risk Evaluation (CARE)* è stato un piccolo studio randomizzato che ha testato la fattibilità e l'efficacia di un SBI (screening e gli interventi brevi) inviato per posta tra bevitori non sani di età pari o superiore a 50 anni reclutati da una rete di assistenza primaria accademica basata sulla comunità. L'obiettivo principale dello studio era ridurre il consumo di alcol e il consumo di bevande non sane o a rischio a 3 mesi a seguito degli interventi. *L'Institutional Review Board* dell'Università della California di Los Angeles ha approvato questo studio. Tutti i partecipanti arruolati hanno fornito il consenso informato scritto.

Tra gennaio 2011 e ottobre 2012, 3.300 potenziali partecipanti, di età pari o superiore a 50 anni, sono stati identificati utilizzando i dati del panel di pazienti provenienti da cliniche di assistenza primaria di 13 medici partecipanti, del Dipartimento di Medicina dell'UCLA. Questi medici hanno inviato una lettera che presentava lo studio come un'indagine sui comportamenti sanitari; un sondaggio con domande sull'assunzione di frutta e verdura, sull'uso di farmaci da prescrizione e da banco, sulle abitudini di esercizio fisico e sull'uso di alcol e tabacco. Domande su comportamenti diversi dal consumo di alcol sono state utilizzate per legittimare l'uso di alcol come un problema di salute (Fleming MF et al.) e per mascherare il vero scopo dello studio ai potenziali partecipanti prima della randomizzazione. Milleventinove persone hanno risposto al sondaggio (il 31,2% di coloro a cui erano stati inviati i sondaggi) e 165 partecipanti (il 16,0% di coloro che hanno risposto al sondaggio) soddisfacevano i criteri relativi al consumo di alcol (vale a dire, bevevano almeno 2 drink, 3-4 volte a settimana). A questi 165 intervistati è stata inviata una seconda lettera che li invitava a partecipare a uno studio per verificare se

fornire informazioni su comportamenti sani avrebbe migliorato o mantenuto la loro salute. In seguito sono stati inviati un modulo di consenso e un sondaggio di base. Quest'ultimo includeva elementi su dati demografici (stato civile, istruzione completata, stato occupazionale, razza/etnia, età e sesso), stato di salute attuale auto valutato e una varietà di comportamenti sanitari (ad esempio, frequenza e tipo di esercizio, quantità di frutta e verdura consumata). Il sondaggio di base includeva anche il *Comorbidity Alcohol Risk Evaluation Tool* (CARET), utilizzato per identificare i bevitori non sani. (Moore AA, Blow FC, Hoffing M, et al.) (Ettner SL, Xu H, Duru OK, et al.). Nel complesso, i risultati suggeriscono che un intervento autonomo basato sulla posta potrebbe essere un intervento efficace con gli anziani a rischio di consumo di alcol e potenzialmente utile per affrontare alcune delle limitazioni dell'SBI di persona. Mentre è sempre più riconosciuto che gli anziani dovrebbero essere sottoposti a valutazioni di routine per l'abuso di alcol (Institute of Medicine), lo *screening* e la successiva identificazione dell'uso rischioso di alcol sono ostacolati dal tempo limitato in ambulatorio, dal potenziale disagio tra pazienti e operatori sanitari che valutano l'uso non salutare di alcol, dalle somiglianze dei sintomi dell'abuso di alcol con altre malattie comuni in età avanzata o dal fatto che i sintomi sperimentati dall'uso di alcol fanno parte del normale invecchiamento piuttosto che derivare dall'uso della sostanza stessa (Kuerbis A, Sacco P, Blazer DG, et al.). Un intervento basato sulla posta sfrutta il relativo anonimato dell'intervento al di fuori dell'ambulatorio medico e può intervenire per coloro che altrimenti non potrebbero venire per una visita o potrebbero non scegliere di discutere di bere direttamente con il proprio medico.

4.3 Prevenzione del gioco d'azzardo patologico

Uno dei programmi di prevenzione della dipendenza dal gioco d'azzardo si chiama *Ludens* ed ha quattro obiettivi: informare i partecipanti sul gioco d'azzardo e sulla dipendenza da esso derivante; sensibilizzare i partecipanti al rischio del gioco d'azzardo per la salute, in particolare alla dipendenza; promuovere un cambiamento negli atteggiamenti verso il gioco d'azzardo; e allertare i partecipanti sui comportamenti rischiosi che possono portare alla dipendenza. Il programma di prevenzione è stato implementato tra il 2017 e il 2019

Ludens si basa sui principi del gioco d'azzardo etico (Chóliz, 2018), che mirano a privilegiare il diritto alla salute dei cittadini rispetto ai benefici economici delle società di gioco d'azzardo. Gli obiettivi principali del programma di prevenzione sono i seguenti:

1. **Informare.** Il gioco d'azzardo è un'attività economica di enorme portata (miliardi di euro all'anno), che viene ampiamente promossa perché è molto redditizia per le aziende (Markham & Young, 2015). Tutti i tipi di gioco d'azzardo sono progettati in modo che l'operatore vinca a lungo termine (Chóliz, 2018). Ma il gioco d'azzardo è anche un'attività psicologica che può portare a un disturbo mentale (APA, 2013). Vengono spiegati i criteri diagnostici per il disturbo del gioco d'azzardo.
2. **Sensibilizzare.** *Ludens* sensibilizza i partecipanti all'idea che le società di gioco d'azzardo e alcuni amministratori pubblici siano interessati a promuovere il gioco d'azzardo nella società (Chóliz & Sáiz-Ruiz, 2016a). Le persone dovrebbero conoscere le tecniche utilizzate per promuovere il gioco d'azzardo e i rischi che il gioco d'azzardo comporta per la salute mentale (ad esempio, bonus fedeltà; una proliferazione di case da gioco nelle città, anche nei quartieri marginali; la presenza di slot machine negli esercizi di ospitalità; e la presentazione del gioco d'azzardo come un'attività ricreativa priva di rischi se le persone "giocano in modo responsabile"). È importante notare che, sebbene non tutti i giochi abbiano la stessa capacità di creare dipendenza, nessuno è privo di rischi e il gioco d'azzardo online pone un ulteriore onere per coloro che sono predisposti al gioco d'azzardo (Papineau et al, 2018).
3. **Cambiare atteggiamento.** Uno degli obiettivi principali di *Ludens* è che le persone vedano il gioco d'azzardo da un altro punto di vista. I profitti delle aziende derivano esclusivamente dalle perdite dei giocatori (Latvala et al. 2019) e molte entità coinvolte in aziende multinazionali sono interessate a ottenere i soldi dei giocatori.
4. **Evitare comportamenti rischiosi.** Vengono identificati i comportamenti che dovrebbero essere evitati rispetto al gioco d'azzardo, ovvero: non bere alcolici; non giocare di nuovo per recuperare le perdite; non giocare per superare la noia o lo stress emotivo, ecc.

È importante notare che non si tratta di promuovere il gioco d'azzardo responsabile (Blaszczynski et al., 2004 , 2011) o di favorire il gioco d'azzardo sicuro, ma piuttosto di evitare forme di gioco d'azzardo che hanno maggiori probabilità di portare alla dipendenza. *Ludens* è particolarmente critico sul modo in cui le società di gioco d'azzardo usano il termine "gioco d'azzardo responsabile" per deviare la responsabilità dello sviluppo del disturbo del gioco d'azzardo al giocatore (Cassidy, 2020; Hancock & Smith, 2017; Livingstone et al., 2014) e sulle conseguenze che questa convinzione ha sulla salute mentale di un giocatore patologico.

Nella Tabella 3 possiamo osservare le percentuali di donne e uomini che hanno giocato d'azzardo mensilmente prima e dopo l'applicazione di *Ludens*. (J Gambl Stud. 2022)

	Gioco d'azzardo tradizionale		Gioco d'azzardo online	
	Prima (%)	Dopo (%)	Prima (%)	Dopo (%)
Maschi	63.5	46.8	48.0	35.5
Femmine	47.7	33.5	15.8	10.8
Totale	55,6	40.4	32.2	23.5

Tabella 3: percentuali di donne e uomini che hanno giocato d'azzardo mensilmente prima e dopo l'applicazione di *Ludens*.

Inoltre, la letteratura evidenzia la necessità di migliorare o modificare le attuali iniziative di politica sanitaria pubblica volte a limitare la disponibilità e l'accessibilità delle opportunità di gioco d'azzardo legale. Ricerche di Gosselt et al. e St-Pierre et al. sottolineano che le variazioni nei requisiti di età minima e le incongruenze normative tra diverse giurisdizioni complicano la conformità alle politiche. Si raccomanda quindi di adottare iniziative standardizzate in tutte le aree del gioco d'azzardo e di considerare l'innalzamento del limite di età legale per il gioco. Oltre a ciò, si sottolinea la necessità di sviluppare programmi di formazione per il personale dei vari luoghi di gioco, poiché

ci sono evidenze che suggeriscono che alcuni operatori non effettuano controlli di verifica dell'età in maniera adeguata. Viene anche sottolineata l'importanza di perfezionare le iniziative educative esistenti, poiché quelle attuali non sembrano affrontare adeguatamente i diversi fattori che influenzano il comportamento di gioco. Molte di queste iniziative non hanno una solida base teorica e non riescono a tradurre i cambiamenti nella conoscenza in modifiche comportamentali. La Teoria del Comportamento Pianificato (TPB) (Ajzen I. 2002) è proposta come un modello che potrebbe spiegare il comportamento del gioco d'azzardo, focalizzandosi su fattori come gli atteggiamenti, le intenzioni e le norme sociali. Tuttavia, ci sono alcune criticità, poiché il TPB tende a trascurare l'importanza dei processi emotivi che, nel contesto del gioco d'azzardo, sono molto rilevanti. Ricerche recenti hanno preso in esame come l'influenza delle emozioni negative anticipate (NAE) (Li S. 2010) siano presenti nel processo decisionale legate al gioco. Uno studio condotto da St- Pierre et al. ha confermato la validità del modello TPB esteso per spiegare qual è il comportamento di gioco d'azzardo tra adolescenti, mettendo in evidenza che alcuni atteggiamenti e PBC (percezioni del controllo comportamentale) sono associati alle intenzioni di gioco. Lo studio ha anche mostrato che le norme suggestive non influenzano in alcun modo le intenzioni di gioco e che il PBC non ha un impatto diretto sulla frequenza di gioco.

Si discute, infine, sull'efficacia di alcuni interventi preventivi basati sulla TPB sopra descritta, come per esempio il docudrama "*Clean Break*", che ha mostrato dei risultati limitati nella modifica delle convinzioni e dei comportamenti di gioco. Questa tipologia di interventi può risultare più efficace se rivolta ai giovani ad alto rischio, poiché le ricerche precedenti indicano che i programmi di prevenzione scolastica tendono ad avere un maggiore impatto sugli studenti che necessitano di maggiori informazioni.

Negli ultimi anni è stato possibile creare nuove opportunità di intervento sulle persone a maggior rischio di sviluppare problematiche di gioco d'azzardo online, grazie a soluzioni algoritmiche e all'uso di IA (Intelligenza Artificiale). (Auer M, Griffiths MD) (Finkenwirth S et al.) (Ukhov I et al.). Si possono per tanto analizzare i modelli di comportamento dei giocatori e prevedere quali potrebbero essere le situazioni a rischio. Degli studi recenti mostrano che è possibile identificare il gioco problematico attraverso il monitoraggio delle scommesse e delle sessioni di gioco. È fondamentale che questi strumenti siano sviluppati in modo etico, così da evitare che vengano utilizzati per

manipolare i giocatori (Ukhova D et al.) (McAuliffe WH et al. 2022) (Newall PW, 2019) (Jonsson J, 2022). Interventi di *feedback* possono rivelarsi efficaci nella riduzione del gioco d'azzardo problematico (McMahon N et al.). Inoltre interventi telefonici e messaggi personalizzati hanno dimostrato di portare a una diminuzione delle perdite finanziarie, soprattutto tra coloro che mostrano gravi difficoltà. L'ambiente online permette, oltretutto, l'implementazione di interventi terapeutici come la psicoterapia e i forum di supporto. Nonostante i risultati siano variabili, alcuni programmi hanno mostrato effetti positivi significativi. (Carlbring P, 2008) (Neighbors C et al. 2015)

5. CONCLUSIONI

Dall'elaborato è possibile osservare quanto le dipendenze patologiche siano diffuse, in Italia e non solo, e come queste inizino a manifestarsi ed insinuarsi soprattutto nella popolazione giovanile andando ad influire nella sfera sociale, psicologica ed economica di chi ne soffre e di coloro che li circonda. L'uso di strumenti di *screening*, come il Test AUDIT, rappresenta un passo cruciale nell'identificazione precoce per i soggetti a rischio, permettendo interventi mirati e tempestivi. L'adozione di approcci innovativi, come la realtà virtuale, si è dimostrata promettente nell'educare i giovani su quelli che sono i rischi associati all'abuso di alcol. Programmi come “*Ludens*” per il gioco d'azzardo, invece, evidenziano l'importanza di informare e sensibilizzare la popolazione. Tali iniziative contribuiscono non solo a ridurre i comportamenti a rischio, ma anche a promuovere un cambiamento culturale attorno a queste problematiche. Inoltre, è essenziale, che le politiche sanitarie pubbliche siano aggiornate e standardizzate, per garantire un approccio unito e integrato nella lotta contro le dipendenze. La formazione del personale nei luoghi di gioco e l'uso di tecnologie avanzate, come l'intelligenza artificiale, possono ulteriormente migliorare la capacità di identificare e gestire comportamenti problematici. Con questo elaborato vorrei sottolineare come la prevenzione delle dipendenze patologiche deve essere un impegno collettivo che coinvolge non solo famiglie e comunità, ma anche le istituzioni. Solo attraverso strategie integrate e multidimensionali sarà possibile affrontare con successo queste sfide, ripristinando il benessere individuale e sociale delle persone che presentano tali problematiche.

6. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Ajzen I. Controllo comportamentale percepito, autoefficacia, locus of control e teoria del comportamento pianificato. *J Appl Soc Psychol.* 2002;32(4):665–83

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5.* Arlington, VA.

American Psychiatric Association . *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione (DSM-5)* American Psychiatric Association Pub; 2013.

Auer M, Griffiths MD. Utilizzo di algoritmi di intelligenza artificiale per prevedere il gioco d'azzardo problematico auto-segnalato con dati dei giocatori basati sugli account in un ambiente di casinò online. *J Gambl Stud.* 2022 doi: 10.1007/s10899-022-10139-1

Babor et al. Issues in the definition and measurement of drinking outcomes in alcoholism treatment research. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement,* (s12), 101–111 (1994).

Blaszczynski A, Ladouceur R, Shaffer HJ. A science-based framework for responsible gambling: The Reno Model. *Journal of Gambling Studies.* 2004;20(3):301–317. doi: 10.1023/B:JOGS.0000040281.49444.e2

Blaszczynski A, Ladouceur R, Shaffer HJ. Un quadro scientifico per il gioco d'azzardo responsabile: il modello Reno. *Journal of Gambling Studies.* 2004; 20 (3):301–317. doi: 10.1023/B:JOGS.0000040281.49444.e2 Blaszczynski A, Collins P, Fong D, Ladouceur R, Nower L, Shaffer HJ, Venisse JL. Gioco d'azzardo responsabile: principi generali e requisiti minimi. *Journal of Gambling Studies.* 2011; 27 (4):565–573. doi: 10.1007/s10899-010-9214-0.

Carlbring P, Smit F. Studio randomizzato di auto-aiuto fornito via Internet con supporto telefonico per giocatori patologici. *J Consult Clin Psychol.* 2008; 76 (6):1090–1094. doi: 10.1037/a0013603

Carnevali, G., Balugani, E., & Marra, L. (2013). *Elementi di igiene e patologia.* Scienze Zanichelli.

Cassidy R. *Giochi viziosi: capitalismo e gioco d'azzardo (antropologia, cultura e società)* Pluto Press; 2020

Castellani, B., Rugle, L., 1995. A comparison of pathological gamblers to alcoholics and cocaine misusers on impulsivity, sensation seeking and craving. *International Journal of addiction,* 30(3), 275-289

Chóliz M, Sáiz-Ruiz J. Perché è (anche) così difficile legiferare sul gioco d'azzardo in Spagna? 'Deja vu' di ciò che è accaduto con l'alcol. *Adicciones.* 2016; 28 (4):189–194. doi: 10.20882/adicciones.886.

Chóliz M, Sáiz-Ruiz J. Regolare il gioco d'azzardo per prevenire la dipendenza: più necessario che mai. *Adicciones.* 2016; 28 (3):174–181. doi: 10.20882/adicciones.820

Chóliz M. Gioco d'azzardo etico: un nuovo punto di vista necessario sul gioco d'azzardo nelle politiche di sanità pubblica. *Frontiers in Public Health*. 2018; 6 :12. doi: 10.3389/fpubh.2018.00012.

DDP – AST Macerata – sito ufficiale: www.ddpmc.it

Decreto del presidente del consiglio dei ministri. (12 Gennaio 2017). Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502.

Dipartimento politiche antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri. (2017). Nuove Linee di indirizzo per lo screening e le diagnosi delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze nei Servizi per le Dipendenze. (A cura di: Luzi, A.M., & Suligoj, B.)

Eckardt et al. Effects of Moderate Alcohol Consumption on the Central Nervous System. *Alcohol Clinical & Experimental research*, Volume 22, Issue 5, pag.998-1040 (1998)

Ennio Palmesino ARCAT Liguria - Settimanale Online – Progetto Uomo per il sociale – Il Club degli Alcolisti in Trattamento

Ettner SL, Xu H, Duru OK, et al. L'effetto di un intervento educativo sul consumo di alcol, sul consumo di alcol a rischio e sull'utilizzo dell'assistenza sanitaria tra gli anziani nelle cure primarie: lo studio Project SHARE. *J Stud Alcohol Drugs*. 2014; 75 :447–457

Finkenwirth S, MacDonald K, Deng X, Lesch T, Clark L. Utilizzo dell'apprendimento automatico per prevedere lo stato di autoesclusione nei giocatori d'azzardo online sulla piattaforma PlayNow.com nella Columbia Britannica. *Int Gambl Stud*. 2021; 21 (2): 220–237. doi: 10.1080/14459795.2020.1832132

Fleming MF, Barry KL. Un test a tre campioni di un questionario di screening dell'alcol mascherato. *Alcol Alcol*. 1991; 26 :81–91

Gigliotti M., Ferrari M., Boretto M., Rivista L'Infermiere N° 5 – 2021

Giovanni Serpelloni - Gambling - Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisio-patologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione cura e riabilitazione – consultabile nel sito: <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/1295/gambling-bassa.pdf>

Gosselt JF, Neefs AK, van Hoof JJ, Wagteveld K. Giovani facce da poker. *J Gambl Stud*. 2013;29(4):675–87.

Goudriaan AE, de Ruiter MB, van den Brink W, Oosterlaan J, Veltman DJ. Brain activation patterns associated with cue reactivity and craving in abstinent problem gamblers, heavy smokers and healthy controls: an fMRI study. *Addict Biol*. 2010 Oct;15(4):491-503. doi: 10.1111/j.1369- 1600.2010.00242.x. Epub 2010 Sep 14.

Governo Italiano – Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le politiche antidroga

Hancock L, Smith G. Critica dell'influenza internazionale del modello Reno I-IV su enti regolatori e governi (2004-2015) - la realtà distorta del "gioco d'azzardo responsabile" *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2017; 15 (6):1151-1176. doi: 10.1007/s11469-017-9746-y

Ibanez A, Blanco C, de Castro IP, et al. Genetics of pathological gambling. *J Gambl Stud* 19: 11-22. 2003

Institute of Medicine. *La forza lavoro per la salute mentale e l'uso di sostanze negli anziani: nelle mani di chi?* Washington, DC: The National Academies Press; 2012

IPSICO - Istituto di Psicologia e Psicoterapia comportamentale e cognitiva – dipendenze comportamentali – consultabile sul sito: <https://www.ipsico.it/sintomi-cura/dipendenze-comportamentali/>

ISS – Alcol – Aspetti epidemiologici, ultima revisione 9 Marzo 2023

J Gambl Stud. 2022; 38(3): 993–1008. Pubblicato online il 23 agosto 2021. doi: 10.1007/s10899-021-10066-7 - Ludens: un programma di prevenzione della dipendenza dal gioco d'azzardo basato sui principi del gioco d'azzardo etico.

Jonsson J. Manipulativ speldesign: Un jämförelse av dark pattern förekomst på olika spelplattformar. 2022

-Kuerbis A, Sacco P, Blazer DG, et al. Uso di sostanze negli anziani. *Clin Geriatr Med*. 2014; 30 :629–654

Latvala T, Lintonen T, Konu A. Effetti del gioco d'azzardo sulla salute pubblica: dibattito su un modello concettuale. *BMC Public Health*. 2019; 19 (1):1–16. doi: 10.1186/s12889-019-7391-z.

Li S, Zhou K, Sun Y, Rao LL, Zheng R, Liang ZY. Rimorso anticipato, percezione del rischio o entrambi: quale è più probabilmente responsabile della nostra intenzione di giocare d'azzardo? *J Gambl Stud*. 2010;26(1):105–16.

Livingstone C, Rintoul A, Francis L. Quali sono le prove a favore delle misure di minimizzazione del danno nei luoghi di gioco d'azzardo? *Evidence Base*. 2014; 2 :1–24

Markham F, Young M. “Big gambling”: l’ascesa del complesso globale del gioco d’azzardo tra industria e stato. *Addiction Research and Theory*. 2015; 23 (1):1–4. doi: 10.3109/16066359.2014.929118

Massini, R., Izzi, D., Marchetti, P., Passeretti, F., & Recine, U. (2019). *Laurea infermieristica. Medicina interna*. (2° ed). Mc Graw Hill Education.

McAuliffe WH, Louderback ER, Edson TC, LaPlante DA, Nelson SE. Utilizzo di "marcatori di danno" per tracciare il gioco d'azzardo rischioso in due coorti di scommettitori sportivi online. *J Gambl Stud*. 2022; 38 (4):1337–1369. doi: 10.31234/osf.io/ubpvx

McMahon N, Thomson K, Kaner E, Bamba C. Effetti degli interventi di prevenzione e riduzione del danno sui comportamenti di gioco d'azzardo e sui danni correlati al gioco d'azzardo: una revisione generale. *Addict Behav.* 2019; 90 :380–388. doi: 10.1016/j.addbeh.2018.11.048

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change*. New York: Guilford Press. Hernandez, L. (2020). *Virtual Reality and Augmented Reality for Education*. Springer.

Ministero della Salute – Alcol – che cos'è l'alcoldipendenza? - dipendenza alcolica – diagnosi, ultimo aggiornamento 9 Settembre 2024

Ministero della Salute – Alcol – come è assorbito e come agisce?, ultimo aggiornamento 9 Settembre 2024

Ministero della Salute – Disturbo da Gioco d'azzardo disponibile su: https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_3_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=dossier&p=dadossier&id=66

Ministero della Salute – La rete dei servizi per la salute mentale – 2022

Ministero della Salute-Dipendenze e problemi correlati – ultima revisione Febbraio 2024

Moore AA, Blow FC, Hoffing M, et al. Intervento basato sull'assistenza primaria per ridurre il consumo di alcol a rischio negli anziani: uno studio randomizzato controllato. *Dipendenza.* 2011; 106 :111–120

Neighbors C, Rodriguez LM, Rinker DV, Gonzales RG, Agana M, Tackett JL, Foster DW. Efficacia del feedback normativo personalizzato come breve intervento per il gioco d'azzardo degli studenti universitari: uno studio randomizzato controllato. *J Consult Clin Psychol.* 2015; 83 (3):500–5011. doi: 10.1037/a0039125

Newall PW. Dark nudges nel gioco d'azzardo. *Addict Res Theory.* 2019; 27 (2):65–67. doi: 10.1080/16066359.2018.1474206

Ospedale Maria Luigia – Alcolismo – cause – sintomi e danni 2024

Papineau E, Lacroix G, Sevigny S, Biron JF, Corneau-Tremblay N, Lemétayer F. Valutazione degli impatti differenziali del gioco d'azzardo online, misto e offline. *International Gambling Studies.* 2018; 18 (1):69–91. doi: 10.1080/14459795.2017.1378362

Patton K., Connor J., Rundle-Thiele S., et al. (2018) 'Measuring adolescent drinking-refusal self-efficacy: Development and validation of the Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire-Shortened Adolescent version (DRSEQ-SRA)', *Addictive Behaviors*, 81(January), pp. 70–77.

Petry NM, Steinberg KL. Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers. *Psychol Addict Behav* 2005;19:226–9

Petry NM. Pathological gamblers, with and without substance use disorders, discount delayed rewards at high rates. *Jabnorm Psychol* 110:482-487 2001

Potenza MN, Steinberg MA, McLaughlin SD, et al. Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *Am J Psychiatry* 158:1500-1505, 2000

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le politiche antidroga (2019) 'Relazione annuale al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, anno 2019 (Dati 2018)

Rehm et al. Comparative Quantification of Health Risks. Published by: World Health Organization (2004)

Scafato E., Gandin C., Ghirini S., Matone A., Vichi M., Scipione R. (2020) Epidemiologia e monitoraggio alcol – correlato in Italia – Rapporto 2020, Istituto Superiore di Sanità. Available at: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/epidemiologia-monitoraggio-2020>.

Servizi Generali Italia – Al-Anon/Alateen – sito ufficiale: www.al-anon.it

Servizi Generali Italia – Alcolisti Anonimi - Sito ufficiale: www.alcolistianonimiitalia.it

St-Pierre RA, Derevensky JL, Gupta R, Martin I. Prevenire la vendita di biglietti della lotteria ai minori: fattori che influenzano il comportamento di conformità dei rivenditori. *Int Gambl Stud.* 2011;11(2):173–91.

St-Pierre RA, Derevensky JL, Temcheff CE, Gupta R. Gioco d'azzardo adolescenziale e gioco d'azzardo problematico: esame di una teoria estesa del comportamento pianificato. *Int Gambl Stud.* Di prossima pubblicazione 2015.

St-Pierre RA. Emozioni negative anticipate e teoria del comportamento pianificato nei comportamenti di gioco d'azzardo adolescenziali e prevenzione del gioco d'azzardo problematico [tesi]. [Montreal, QC, Canada]: McGill University; 2015. 195 p.

Tabella 2: Raccolta, vincite e Speso-in milioni di euro- ripartiti per regione relativi al gioco fisico, anno 2021 (dati ADM su banca dati Sistema Business Intelligence Giochi e Tabacchi, da <https://www.avvisopubblico.it/home/home/cosa-facciamo/informare/documenti-tematici/gioco-dazzardo/i-dati-ufficiali-sul-gioco-dazzardo-in-italia-nel-2021/>)

Tabella 2: Raccolta, vincite e Speso-in milioni di euro- ripartiti per regione relativi al gioco fisico, anno 2021 (dati ADM su banca dati Sistema Business Intelligence Giochi e Tabacchi, da <https://www.avvisopubblico.it/home/home/cosa-facciamo/informare/documenti-tematici/gioco-dazzardo/i-dati-ufficiali-sul-gioco-dazzardo-in-italia-nel-2021/>)

Tabella 1: Epicentro – Indicatori - PASSI 2022-2023 da <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/alcol>

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. World Health Organization (1992)

Ukhov I, Bjurgert J, Auer M, Griffiths MD. Gioco d'azzardo problematico online: un confronto tra giocatori di casinò e scommettitori sportivi tramite modelli predittivi utilizzando dati di tracciamento comportamentale. *J Gambl Stud.* 2021; 37 (3):877–897. doi: 10.1007/s10899-020-09964-z

Ukhova D, Marionneau V, Nikkinen J, Wardle H. Adottare approcci di sanità pubblica al gioco d'azzardo? Una revisione delle tendenze legislative e normative globali (di prossima pubblicazione)

World Health Organization. Global Status Report on Alcohol (2004)

World Health Organization. Project on identification and management of alcohol-related problems.(1992)

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio la mia Relatrice Bacaloni Simona per l'aiuto nella stesura di questo elaborato e, nell'ultimo periodo, per avermi incoraggiato a non mollare.

Un ringraziamento particolare va alla mia famiglia, che oltre al supporto economico per raggiungere questo mio grande sogno, non ha mai smesso di starmi accanto anche in quei momenti in cui avrei mollato tutto, hanno sempre creduto in me dandomi la forza per andare avanti in questo lungo e tortuoso percorso che con oggi giunge al termine. Non posso non dire due parole su mio fratello, Michele, seppur molto diverso da me mi ha insegnato che a volte nella vita non bisogna farsi sottomettere dalle sconfitte e bisogna sempre rialzarsi più forti di prima. Non posso non ringraziare, con un po' di modestia, anche me stessa, per aver sempre continuato con le unghie e con i denti e non aver mai mollato nonostante sembrasse che il mondo remasse contro di me.

Un grazie più che speciale va a Marco, mio compagno di vita, ha sopportato la mia ansia per la preparazione di ogni esame, i miei pianti per il non superamento di alcuni di essi, la gioia, invece, di quando tornavo a casa vittoriosa con un altro esame superato, i momenti in cui avrei abbandonato tutto, ma soprattutto per essermi sempre restato accanto nonostante di periodi bui nei siano passati. Spero che questa sia solo una piccola parete delle vita che trascorreremo insieme. A questo punto posso quasi chiamarti marito. Ti amo immensamente.

Un ringraziamento altrettanto speciale va a tutti i miei angioletti lassù, purtroppo non ho potuto darvi questa soddisfazione prima, e il fatto che voi non siate qui con me per gioire di questo momento fa molto male, ma so senza ombra di dubbio che se sono arrivata qui ed ora è anche grazie al vostro aiuto dal cielo, ma soprattutto a tutti quegli insegnamenti che mi avete trasmesso nella vita terrena, uno dei quali è proprio quello di lottare per un sogno. A te nonna Rosa che mi hai permesso, purtroppo a causa della tua malattia, di affacciarmi in questa bellissima professione e amarla fin dal primo momento dico grazie, perché in quello che faccio mi ci ritrovo a pieno.

Non posso non ringraziare una persona da qualche anno distante da me, ma sempre con me, Erica. Conosciute per caso, ma cresciute insieme per scelta. Erica sei una persona molto speciale per me, abbiamo iniziato questo percorso insieme, ma per dei problemi a me è andato un po' alle lunghe. Negli anni sei diventata per me come una sorella, con la quale posso essere me stessa senza vergognarmi, con la quale so di poter parlare di qualsiasi cosa senza sentirmi giudicata, so di poter contare su di te sempre e in ogni momento, come spero tu sappia che puoi farlo su di me. Ti ringrazio perché non mi hai abbandonato nei momenti bui, per aver sopportato le mie arrabbiate e i miei sbalzi d'umore. Semplicemente ti ringrazio di essermi accanto sempre e di esistere nella mia vita.

Ringrazio il mio gruppetto, perché anche loro mi hanno aiutato a raggiungere questo traguardo e soprattutto perché non hanno mai smesso di incoraggiarmi e sostenermi.

Ringrazio Alessia Cervelli, infermiera e amica che da qualche anno mi ha regalato la mia "nipotina" Aurora, grazie infinitamente anche a te per esserci sempre stata e non avermi

mai abbandonato. In questo ringraziamento comprendo anche Patrizia, Antonella, Alessia Tarabelli, Marta e tutti i miei amici qui presenti.

Voglio spendere due righe per i miei compagni di università con cui abbiamo costruito un bellissimo gruppo, abbiamo fatto cavolate e vissuto momenti spensierati per quanto possibile in questo percorso, sicuramente con la vostra presenza è stato più bello e meno pesante grazie di cuore a tutti voi.

A te Lucia dire grazie è riduttivo, perché senza il tuo costante aiuto e tutte le ore di studio passate insieme non sarei mai e poi mai riuscita a raggiungere questo traguardo. Grazie infinitamente per tutto ciò che hai fatto per me.

Due righe le vorrei dedicare alla persona che nonostante la sua poca presenza nella mia vita, nonostante la poca dimostrazione d'affetto a causa del problema, nonostante la nostra poca relazione mi ha permesso di crescere e diventare la donna che sono oggi, perché grazie al problema ho vissuto e conosciuto situazioni che ti fanno crescere e ti portano a cambiare... se sono la donna che sono lo devo soprattutto a te. Ti voglio bene nonostante tutto.