

# II CONGRESSO NAZIONALE



SIPPF

SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA  
E PSICOPATOLOGIA FORENSE

Psichiatria e Psicopatologia Forense e il Dipartimento di Salute Mentale

## VOLUME DEGLI ABSTRACT

A cura di Liliana Lorettu, Paolo Milia

22.23.24  
maggio  
2025

Alghero  
Hotel Catalunya

Con il patrocinio di



Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della Provincia di Sassari



**SIPPF**

SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA  
E PSICOPATOLOGIA FORENSE

# VOLUME DEGLI ABSTRACT

**AA.VV.**

**a cura di Liliana Lorettu, Paolo Milia**

**ISBN 9791298514904**

© 2025 SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA E PSICOPATOLOGIA FORENSE



# SIPPF

SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA  
E PSICOPATOLOGIA FORENSE

**22.23.24**  
**maggio**  
**2025**

## **II CONGRESSO NAZIONALE** **SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA E PSICOPATOLOGIA FORENSE**

**Psichiatria e Psicopatologia Forense  
e il Dipartimento di Salute Mentale**

### **PRESIDENTE DEL CONGRESSO**

Prof. Eugenio Aguglia

### **RESPONSABILI SCIENTIFICI**

Prof. Eugenio Aguglia

Prof.ssa Liliana Loretto

### **SEGRETERIA SCIENTIFICA**

Eugenio Aguglia, Mario Amore, Graziella Boi,  
Massimo Clerici, Liliana Loretto, Claudio Mencacci,  
Paolo Milia, Rolando Paterniti, Pierfranco Trincas

## SESSIONE I

**DUS e autori di reato: opportunità di trattamento e criticità dei percorsi di cura****Dott. Paolo Milia\* Gianfranca Nieddu\*\***

\*Servizio Dipendenze Patologiche, DSMD, ASL1 - Sassari

\*\*SSD Alcologia, DSMD, ASL 1 - Sassari

Il disturbo da uso di sostanze (DUS) rappresenta un fattore di rischio significativo non solo per la salute fisica e mentale ma anche per la commissione di reati, influenzando negativamente il comportamento. La gestione di tali soggetti all'interno del sistema giustizia penale richiede un approccio integrato che coniughi interventi terapeutici e misure sanzionatorie. Tuttavia, l'efficacia di questi percorsi è spesso ostacolata da diverse criticità strutturali, organizzative, sanitarie e culturali.

Le politiche internazionali, come quelle delineate dall'International Society of Substance Use Professionals (ISSUP), enfatizzano l'importanza di trattamenti basati su evidenze scientifiche, mirati a ridurre la recidiva e a promuovere il reinserimento sociale degli autori di reato con DUS. In Italia, il sistema giuridico prevede misure alternative alla detenzione, come l'affidamento in prova al servizio sociale e la sospensione dell'esecuzione della pena, che integrano componenti terapeutiche specifiche.

Nonostante queste opportunità, persistono sfide significative. La frammentazione dei servizi, la carenza di risorse e la scarsa integrazione tra i diversi attori istituzionali compromettono l'efficacia dei percorsi di cura. Inoltre, la presenza di comorbidità psichiatriche e la variabilità nelle motivazioni al cambiamento tra gli individui richiedono interventi altamente personalizzati e una formazione continua degli operatori.

In conclusione, per migliorare l'efficacia dei percorsi terapeutici per gli autori di reato con DUS, è necessario adottare un modello integrato che contemperisca esigenze di controllo con le esigenze legate alla salute mentale e al reinserimento sociale attraverso un approccio multidisciplinare.

**Bibliografia essenziale**

- International Society of Substance Use Professionals (ISSUP). (2021). *Trattamento e cura delle persone con disturbi da uso di droghe a contatto con il sistema di giustizia penale*.
- Tucci, P. (2011). *L'esecuzione penale nei confronti dei soggetti tossicodipendenti: l'emergere di un paradigma*.

- Pellegrini, P. (2023). *Salute mentale, residenzialità e autori di reato*.
- Dolcini, E., & Marinucci, G. (2017). *Manuale di diritto penale, parte generale*.
- Ristretti Orizzonti. (2023). *Autori di reato con disturbi psichici, la rivoluzione mancata dei centri Rems*.

## Aspetti epidemiologici O.M.S.



- Nel 2030 le patologie psichiche supereranno quelle cardiovascolari (OMS, 2024)
- Al 31 gennaio del 2025 i detenuti in Italia erano 61.916. All'11 maggio 2025, il numero è salito a 62.422 persone detenute, contro una capienza regolamentare di 51.281 posti. Tuttavia, 4.455 di questi posti non sono disponibili, portando a un tasso di affollamento del 133,306% (Fonte: Min. Giustizia).

### European Drug Report 2024: Trends and Developments



Today, drug-related issues appear almost **Everywhere**



Almost **Everything** with psychoactive potential can be a drug



**Everyone** can be affected, whether directly or indirectly



## Principali Risultati del Rapporto Europeo sulle Droghe 2024

- Il mercato delle droghe in Europa è in continua espansione, con una crescente disponibilità di sostanze psicoattive.
- Nel 2023, sono state rilevate **26 nuove sostanze psicoattive (NPS)**, portando il totale monitorato a **oltre 950 NPS**.
- Le droghe sintetiche, come gli **oppioidi sintetici**, sono sempre più diffuse e spesso vendute come farmaci o mescolate con altre sostanze, aumentando i rischi per la salute dei consumatori.

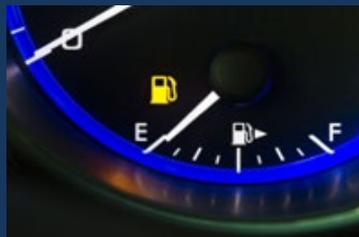


### Fenomeno del Policonsumo

- Il **policonsumo**, ovvero l'uso simultaneo o sequenziale di più sostanze, è sempre più comune.
- Questo comportamento aumenta il rischio di overdose e complica la gestione delle emergenze sanitarie.
- Le miscele di droghe possono essere consumate inconsapevolmente, esponendo gli utenti a pericoli maggiori. [euda.europa.eu](https://euda.europa.eu)

The Brussels Times+1Drug Policy Network SEE+1

- Si stima che il prossimo anno mancheranno all'appello altri mille psichiatri.
- I Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), sono diminuiti di numero (dai 183 del 2015 ai **139** del 2023). I SerD sono distribuiti sul territorio con un Servizio ogni 100000 abitanti.
- Per raggiungere gli standard previsti dal DM 77/2022, per il riordino dell'assistenza territoriale, mancano all'appello 1.929 unità di personale: 261 medici, 215 infermieri, 396 psicologi, 646 educatori professionali, 273 assistenti sociali, 139 amministrativi. Solo quattro Regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria e Molise), sono allineate agli standard (Rapporto OISED 2024)

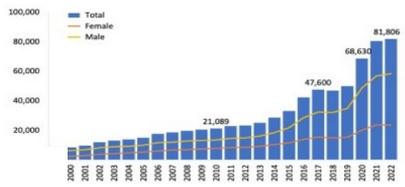




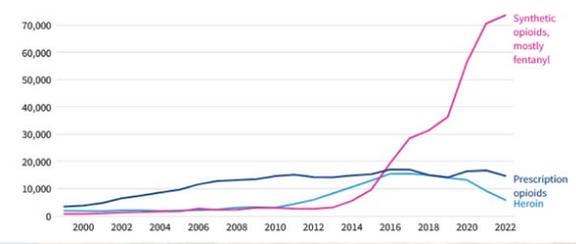
Le azioni innovative richiedono evidentemente un incremento di risorse economiche che però, alla luce di quanto emerso dall'analisi, generano complessivamente dei risparmi per la Società seppur in seconda battuta.



**Figura 1: Numero totale di decessi per overdose negli Stati Uniti causati da qualsiasi oppioide dal 1999 al 2022.** Qualsiasi oppioide comprende gli oppioidi da prescrizione (oppioidi naturali e semisintetici e metadone), l'eroina e gli oppioidi sintetici diversi dal metadone (principalmente il Fentanyl).<sup>5</sup>



**Figura 4 : Morti per overdose da oppioidi, 1999-2022 <sup>6</sup>**





Dipartimento Politiche Antidroga  
Presidenza del Consiglio dei Ministri

**PIANO NAZIONALE DI  
PREVENZIONE  
CONTRO L'USO IMPROPRIO  
DI FENTANYL  
E DI ALTRI OPIOIDI SINTETICI**



**Cannabis Use Is Associated With Depression Severity and Suicidality in the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement**

Jesse D. Hinckley, MD, PhD, Susan K. Mikulich-Gilbertson, PhD, Jian-Ping He, MS, Devika Bhatia, MD, Jarrod M. Ellingson, PhD, Brian Nguyenkhoa Vu, MD, Kathleen Res Merikangas, PhD, Joseph T. Sakai, MD

**Objective:** To investigate the association of cannabis use with major depression and suicidal behavior in adolescence.

**Method:** Data are from the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement (N = 10,123), a nationally representative survey of adolescents aged 13 to 18 years. Weighted logistic regression and ordinal regression analyses of major depression and suicidal behavior outcomes were conducted on cannabis variables, incorporating sociodemographic characteristics.

**Results:** Adolescents with lifetime cannabis use have 2.07 times higher odds of mild/moderate (adjusted odds ratio [aOR]; 95% CI = 1.69, 2.53) and 3.32 times higher odds of severe major depressive disorder (MDD; aOR; 95% CI = 2.31, 4.75). Cannabis use (aOR 6.90, 95% CI = 4.67, 10.19), mild/moderate MDD (aOR 4.10, 95% CI = 2.82, 5.98), and severe MDD (aOR 13.97, 95% CI = 7.59, 25.70) were associated with higher odds of suicide attempt. Past 12-month cannabis use (aOR 3.70, 95% CI = 2.16, 6.32), mild/moderate major depressive episodes (MDE) (aOR 7.85, 95% CI = 3.59, 17.17), and severe MDE (aOR 36.36, 95% CI = 13.68, 96.64) were associated with higher odds of suicide attempt. The frequency of past 12-month cannabis use was associated with higher odds of suicide attempt and with MDE severity, with higher odds among individuals who use cannabis 3 or more days than among individuals who use cannabis less frequently, suggesting a dose effect. Among cannabis users, older age of onset of cannabis use was associated with lower odds of suicidal behaviors.

**Conclusion:** Cannabis use is associated with higher odds of depression and depression severity in adolescence. Furthermore, depression and cannabis use are independently associated with higher odds of suicide attempt.

JAACAP Open 2023

## Research Report

**Schizophrenia is associated with increased risk of subsequent substance abuse diagnosis: A nation-wide population-based register study**

Stine Mai Petersen, Nanna Gilliam Toftdahl, Merete Nordentoft, Carsten Hjorthøj

First published: 13 July 2019 | <https://doi.org/10.1111/add.14746> | Cited by: 1

The cohort consisted of 3 133 968 individuals. During follow-up (103 212 328 person-years at risk), a total of 14 007 individuals developed schizophrenia, with 2885 subsequently diagnosed with substance abuse. A diagnosis of schizophrenia was positively associated with the risk of developing substance abuse [hazard ratio (HR) = 3.69, 95% confidence interval (CI) = 3.56–3.83]. Additionally, adjusting for a co-abuse markedly affected the associations, making schizophrenia primarily associated with an increased risk of abuse of cannabis, alcohol, stimulants and other substances (adjusted HR = 2.48, 95% CI = 2.34–2.64 for cannabis; HR = 1.94, 95% CI = 1.87–2.02 for alcohol; HR = 1.77, 95% CI = 1.61–1.95 for stimulants; HR = 1.36, 95% CI = 1.20–1.54 for other substances). The association was still significant 10–15 years subsequent a diagnosis of schizophrenia (HR = 2.50, 95% CI = 2.26–2.76).

**Conclusions**

In Denmark a diagnosis of schizophrenia is significantly associated with increased risk of subsequent diagnosis of substance abuse.

## JAMA Psychiatry | Original Investigation

**Adolescent Psychedelic Use and Psychotic or Manic Symptoms**

Otto Simonsson, PhD; Miriam A. Mosing, PhD; Walter Osika, MD, PhD; Fredrik Ullén, PhD; Henrik Larsson, PhD; Yi Lu, PhD; Laura W. Wesselijk, PhD

**IMPORTANCE** While psychedelic-assisted therapy has shown promise in the treatment of certain psychiatric disorders, little is known about the potential risk of psychotic or manic symptoms following naturalistic psychedelic use, especially among adolescents.

**OBJECTIVE** To investigate associations between naturalistic psychedelic use and self-reported psychotic or manic symptoms in adolescents using a genetically informative design.

**DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS** This study included a large sample of adolescent twins (assessed at age 15, 18, and 24 years) born between July 1992 and December 2005 from the Swedish Twin Registry and cross-sectionally evaluated the associations between past psychedelic use and psychotic or manic symptoms at age 15 years. Individuals were included if they answered questions related to past use of psychedelics. Data were analyzed from October 2022 to November 2023.

JAMA Psychiatry, doi:10.1001/jamapsychiatry.2024.0047  
Published online March 13, 2024.

**Question** Is there an association between psychedelic use and psychotic or manic symptoms in adolescents?

**Findings** In a cross-sectional study of 16 255 adolescent twins, psychedelic use was significantly associated with lower rates of psychotic symptoms when adjusting for other drug use. Psychedelic use was significantly associated with more manic symptoms for individuals with a higher genetic vulnerability to schizophrenia or bipolar I disorder than for individuals with a lower genetic vulnerability.

## Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention

Nora D. Volkow, Carlos Blanco

US National Institute on Drug Abuse, Bethesda, MD, USA

(World Psychiatry 2023;22:203–229)

**Table 4** Pharmacological treatments approved for substance use disorders (SUDs) by the US Food and Drug Administration (FDA)

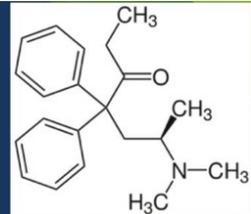
SUD	Indications	Medications
Tobacco (nicotine)	Smoking cessation	Nicotine replacement therapies
		Bupropion
		Dopamine transporter blocker
Opioids	Treatment of opioid use disorder	Vaccines
		Partial agonist of $\alpha 4\beta 2$ nicotine receptor
		Buprenorphine
		Partial $\mu$ opioid receptor agonist
		Nicotinic receptor agonist
	Kappa opioid receptor antagonist	
	Treatment of acute withdrawal	Methodone
		Full $\mu$ opioid receptor agonist
		Naloxone
	Overdose reversal	$\mu$ opioid receptor antagonist
Kappa opioid receptor antagonist		
Alcohol	Treatment of alcohol use disorder	Loxosidine
		Alpha-adrenergic agonist
		Naloxone
	Treatment of alcohol withdrawal	$\mu$ opioid receptor antagonist
		Disulfiram
		Aldehyde dehydrogenase inhibitor; blocks breakdown of alcohol, thereby increasing acetaldehyde levels
		Acamprosate
Overdose reversal	NMDA receptor antagonist and positive allosteric modulator of GABA receptors	
	Naloxone	
Treatment of alcohol withdrawal	$\mu$ opioid and kappa opioid receptor antagonist	

NMDA = N-methyl-D-aspartate

**Table 6** Prevention strategies for substance use disorders

Modifiable risk factor	Interventions
Impulsivity	Self-regulation training
Poor social skills	Social skills training
Exposure to stress	Stress resilience training
Insufficient parental supervision	Parenting skills training
Low self-confidence	Educational interventions; tutoring
Early substance use	Early prevention interventions
High drug availability	Supply reduction policies; community policing
Misperceptions of drug use norms	Norms training
Peer substance use	Refusal skills training
Permissive drug culture	Community-level interventions
Poverty	Jobs training; community-building interventions

### Levometaanone Cloridrato Sciroppo



### Isomero farmacologicamente attivo del Metadone Racemico:

Gli effetti oppioidi del metadone racemico (sollevio dal dolore, eliminazione dei sintomi di astinenza e craving) sono dovuti principalmente al levometadone.

### Levometaanone:

- Potere analgesico **50 volte** più forte del metadone.
- Affinità per i recettori  $\mu$ -oppioidi **10 volte** superiore.
- Riduce i sintomi di astinenza e craving in modo efficace.

## Vantaggi del Levometadone:

### • Riduzione degli effetti collaterali:

- Rispetto al metadone racemico, il levometadone è associato a minori effetti collaterali, come sedazione, stipsi, iperidrosi e prolungamento dell'intervallo QT, che sono frequentemente osservati durante il trattamento di mantenimento per la dipendenza da oppioidi.
- Meno effetti collaterali gastrointestinali, come nausea e vomito, rispetto allo sciroppo di metadone.
- Riduzione degli effetti collaterali legati agli zuccheri presenti nel preparato liquido.

**biomedicines** **MDPI**

**Article**  
**Methodone Maintenance and QT-Interval: Prevalence and Risk Factors—Is It Effective to Switch Therapy to Levomethadone?**

Luca Sabaia <sup>†</sup>, Giuseppe Nardis <sup>†</sup>, Ahmad Tilly <sup>†</sup>, Roberto Marano <sup>†</sup>, George Zifilidis <sup>†</sup>, Francesco Fusco <sup>†</sup> and Fabio Loggionzi <sup>†</sup> \*

<sup>†</sup> Addiction Unit, Department of Medicine, Verona University Hospital, 37139 Verona, Italy; luca.sabaia@univr.it (L.S.); giuseppe.nardis@univr.it (G.N.); ahmad.tilly@univr.it (A.T.); roberto.marano@univr.it (R.M.); george.zifilidis@univr.it (G.Z.); francesco.fusco@univr.it (F.F.); fabio.loggionzi@univr.it (F.L.)

\* Correspondence: fabio.loggionzi@univr.it

**Abstract:** Methodone is a third synthetic opioid primarily used to treat heroin and prescription-opioid addiction. The effectiveness (E) of methodone as the original racemic mixture generally shows the QT-interval, which is a well-known marker of the HERG potassium channel, leading to QTc prolongation. The purpose of this retrospective study was to assess the effect of methodone on the QTc interval and to investigate the benefits of Levomethadone. The electrocardiogram (ECG) parameters were analyzed at various dosages and for different periods of time were compared. The QTc value was significantly associated with the dosage of methodone. The association between E and QTc interval was analyzed between the dosage of methodone and QTc length. No correlation was found between the QTc value and gender, age, or duration of therapy. In total, 114 of the sample (52 patients) showed a QTc interval under a dosage of therapy from Methodone to Levomethadone. In 95% of these patients, a normalization in the QTc length was established. This study confirmed the role of methodone, specifically in dosage, in QTc prolongation and the efficacy of Levomethadone as an adequate therapeutic substitute in these circumstances. This study validates the importance of a careful electrocardiographic monitoring in methodone-treated patients.

**Keywords:** methodone; levomethadone; QTc; prolongation; treatment; heroin; therapy switch

AMMHN  
 Association for the Maintenance of Health and Neurological Nerve Health

**Research Article**

**Levomethadone Safety Profile and Effectiveness in Subjects under Opioid Maintenance Treatment: An Observational, Prospective Study**

Augusto Casali<sup>†</sup>, Paolo Fusco<sup>†</sup>, Emilio Yasari<sup>†</sup> and Marco Riglini<sup>†</sup>

<sup>†</sup> Department of Clinical & Cognitive GEM, Torino, Italy  
<sup>†</sup> Department of Clinical & Cognitive, All'Linea San Carlo (CNR), Italy  
<sup>†</sup> IRECC Istituto San Giovanni di Dio Casaleghetto, Brescia, Italy  
<sup>†</sup> Department of Molecular Medicine, University of Cremona, Italy  
<sup>†</sup> Department of Public Health & Epidemiology, ASST Pavia Governor, ASST, Italy

**Abstract:** In opioid (OPI) this report aims to take into account in the treatment of patients with addiction, in particular, due to the very frequent occurrence of particular therapy with more other psychotropic drugs, such as benzodiazepines, antidepressants and antipsychotics, which can contribute to a prolongation of the QT interval.

**Methodone** is the most prescribed in Europe against in European countries, methodone by oral two daily (BID) of addled patients treated with an opioid (O).

**Methodone** is a 1:1 racemic mixture of two enantiomers: the right-handed enantiomer (D) methadone, isomerization of dextromethadone and the left-handed enantiomer (L) levomethadone. Levomethadone (L) These enantiomers have different pharmacological and pharmacokinetic properties since 1943, it is known that the pharmacological effects of racemic methadone therapy are primarily due to levomethadone (L).

## Metadone e Levometadone in Compresse

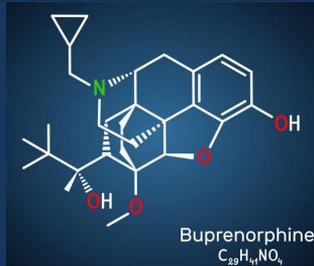
• Bioequivalenza: Le compresse di metadone e levometadone presentano identica bioequivalenza.

### • Vantaggi delle compresse:

- Minor stigma rispetto al trattamento con sciroppo.
- Maggiore accettabilità del trattamento da parte dei pazienti.
- Gestione delle dosi più facile per esigenze di viaggio, trasporto e discrezione.

## Buprenorfina

- **Meccanismo d'azione della Buprenorfina:**
  - Agonista parziale dei recettori μ-opioidi, riducendo i sintomi di astinenza e craving senza produrre gli effetti euforici tipici degli oppioidi.
  - Antagonista parziale dei recettori κ-opioidi, che contribuisce alla riduzione del rischio di depressione respiratoria.
- **Benefici terapeutici:**
  - Controllo dei sintomi di astinenza e craving a lungo termine.
  - Riduzione del rischio di sovradosaggio rispetto ad altri oppioidi.
  - Miglioramento della qualità della vita e della funzionalità sociale dei pazienti.





## Chiusura degli OPG ed Evoluzione Normativa Assistenziale

- ✓ Legge 180/1978: Istituz. SSN; Chiusura degli OP; Nascita dei Servizi d'Igiene Mentale pubblici; Regolamentazione del TSO.
- ✓ D.Lgs 230/99 Riforma Sanitaria Penitenziaria
- ✓ Legge 9 /2012 "interventi urgenti contro la tensione detentiva e il sovraffollamento delle carceri"
- ✓ Legge 81/2014 " ...disposizioni urgenti in materia di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (chiusura degli OPG e attivazione delle REMS)
- ✓ Legge 103/2017 Modifiche al c.p., al c.p.p. e all'ordinamento penitenziario.
- ✓ Legge 24/2017 (legge Gelli-Bianco) in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie
- ✓ Riforma Cartabia 2022 e successivi aggiornamenti (2024)

## La Legge n. 9/2012



- ✓ Dimissione dei pazienti *non pericolosi* dagli OPG
- ✓ Predisposizione delle Residenze per la Esecuzione delle Misure di Sicurezza (*REMS*) in ambito regionale
- ✓ *Potenziamento* dei servizi psichiatrici territoriali.

Decreto Legge, testo coordinato 31/03/2014 n° 52, G.U. 31/05/2014

## recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari

*« ... Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto e' attivato presso il Ministero della salute un organismo di coordinamento per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari composto da rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero della giustizia, delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di esercitare funzioni di monitoraggio e di coordinamento delle iniziative assunte per garantire il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari...»*

## La Legge n. 81/2014

### Cambiamento profondo nei modelli assistenziali e organizzativi dei servizi psichiatrici

- ✓ Priorità alla cura
- ✓ Applicazione prevalente di misure di sicurezza non detentive come la collocazione dei pazienti in contesti ordinari dei territori di residenza (DSMD)
- ✓ Eccezionalità della misura di sicurezza detentiva e ricovero in REMS come scelta del tutto residuale
- ✓ Necessità di formazione aggiornamento costante sui temi forensi

Aumento del carico di lavoro e delle responsabilità professionale

## Integrazioni dei Percorsi Trattamentali

**Legge 103/2017** Modifiche al CP, al CPP e all'Ord. Penitenziario.  
Capo I : *“Disposizioni per la riforma dell’assistenza sanitaria in ambito penitenziario”.*

- ✓ Piena operativita' dei DSMD negli Istituti di Pena.
- ✓ Costituzione nelle carceri di sezioni speciali per detenuti con infermità psichiche affidate alla cura e, dunque, alla responsabilità del DSM.
- ✓ Istituzione delle M.A.P. anche per detenuti con pene fino a 6 anni, affetti da malattia mentale, sul modello di quanto avveniva per i soggetti in carico ai Servizi per le Dipendenze Patologiche.

## Cambiamento del ruolo del perito

- ✓ Al Perito viene richiesto dal Giudice una diagnosi, è richiesto di esprimersi sulla pericolosità sociale dell'infermo di mente autore di reato ma anche di *«graduarla»* e di esprimere un parere prognostico e clinico circa il rischio del soggetto di recidiva in comportamenti antisociali;
- ✓ Al Perito viene richiesto di indicare quali siano le misure più idonee a contenere la pericolosità sociale nel caso specifico;
- ✓ Perizia psichiatrica come primo momento di intervento terapeutico (propone un percorso terapeutico e cerca di ottenere il consenso alle cure)

**Articolo 75.****Art. 75 Condotte integranti illeciti amministrativi**

*1. Chiunque illecitamente importa, esporta, acquista, riceve a qualsiasi titolo o comunque detiene sostanze stupefacenti o psicotrope fuori dalle ipotesi (...) o medicinali contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope elencate nella tabella II, sezioni B e C, fuori delle condizioni di cui all'articolo 72, comma 2, e' sottoposto, per un periodo non inferiore a un mese e non superiore a un anno, a una o più delle seguenti sanzioni amministrative:*

- a) sospensione della patente di guida o divieto di conseguirla;*
- b) sospensione della licenza di porto d'armi o divieto di conseguirla;*
- c) sospensione del passaporto e di ogni altro documento equipollente o divieto di conseguirli;*
- d) sospensione del permesso di soggiorno per motivi di turismo o divieto di conseguirlo se cittadino extracomunitario.*

**Articolo 75-bis****Provvedimenti a tutela della sicurezza pubblica**

*1. Qualora in relazione alle modalità od alle circostanze dell'uso, dalla condotta di cui al comma 1 dell'articolo 75 possa derivare pericolo per la sicurezza pubblica, (...) può essere inoltre sottoposto, per la durata massima di due anni, ad una o più delle seguenti misure:*

- a) obbligo di presentarsi almeno due volte a settimana presso il locale ufficio della Polizia di Stato o presso il comando dell'Arma dei carabinieri territorialmente competente;*
- b) obbligo di rientrare nella propria abitazione, o in altro luogo di privata dimora, entro una determinata ora e di non uscire prima di altra ora prefissata;*
- c) divieto di frequentare determinati locali pubblici;*
- d) divieto di allontanarsi dal comune di residenza;*
- e) obbligo di comparire in un ufficio o comando di polizia specificamente indicato, negli orari di entrata ed uscita dagli istituti scolastici;*
- f) divieto di condurre qualsiasi veicolo a motore.*

**Articolo 90.****Sospensione dell'esecuzione della pena detentiva**

*1. Nei confronti di persona che debba espriare una pena detentiva inflitta per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendente, il tribunale di sorveglianza può sospendere l'esecuzione della pena detentiva per cinque anni qualora, all'esito dell'acquisizione della relazione finale di cui all'articolo 123, accerti che la persona si è sottoposta con esito positivo ad un programma terapeutico e socio-riabilitativo eseguito presso una struttura sanitaria pubblica od una struttura privata autorizzata*

**Articolo 95.****Esecuzione della pena detentiva inflitta a persona tossicodipendente**

- 1. La pena detentiva nei confronti di persona condannata per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendente deve essere scontata in istituti idonei per lo svolgimento di programmi terapeutici e socio-riabilitativi.*
- 2. Con decreto del Ministro di Grazia e Giustizia si provvede all'acquisizione di case mandamentali ed alla loro destinazione per i tossicodipendenti condannati con sentenza anche non definitiva.*

**Articolo 94.****Affidamento in prova in casi particolari**

*1. Se la pena detentiva deve essere eseguita nei confronti di persona tossicodipendente o alcool-dipendente che abbia in corso un programma di recupero o che ad esso intenda sottoporsi, l'interessato può chiedere in ogni momento di essere affidato in prova al servizio sociale per proseguire o intraprendere l'attività terapeutica sulla base di un programma da lui concordato con una azienda unita' sanitaria locale o con una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116. L'affidamento in prova in casi particolari può essere concesso solo quando deve essere espriata una pena detentiva, anche residua e congiunta a pena pecuniaria, non superiore a sei anni od a quattro anni se relativa a titolo esecutivo (...)*

**Articolo 121. Segnalazioni al servizio pubblico per le tossicodipendenze**

1. (Abrogato).
2. L'autorità giudiziaria o il prefetto nel corso del procedimento, quando venga a conoscenza di persone che facciano uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, deve farne segnalazione al servizio pubblico per le tossicodipendenze competente per territorio.
3. Il servizio pubblico per le tossicodipendenze, nell'ipotesi di cui al comma 2, ha l'obbligo di chiamare la persona segnalata per la definizione di un programma terapeutico e socio-riabilitativo.

**Articolo 122. Definizione del programma terapeutico e socio-riabilitativo**

*1. Il servizio pubblico per le tossicodipendenze e le strutture private autorizzate ai sensi dell'articolo 116, compiuti i necessari accertamenti e sentito l'interessato, che può farsi assistere da un medico di fiducia autorizzato a presenziare anche agli accertamenti necessari, definiscono un programma terapeutico e socio-riabilitativo personalizzato che può prevedere, ove le condizioni psicofisiche del tossicodipendente lo consentano, in collaborazione con i centri di cui all'articolo 114 e avvalendosi delle cooperative di solidarietà sociale e delle associazioni di cui all'articolo 115, iniziative volte ad un pieno inserimento sociale attraverso l'orientamento e la formazione professionale, attività di pubblica utilità o di solidarietà sociale. Nell'ambito dei programmi terapeutici che lo prevedono, possono adottare metodologie di dissuefazione, nonché trattamenti psico-sociali e farmacologici adeguati. Il servizio per le tossicodipendenze controlla l'attuazione del programma da parte del tossicodipendente .*

**Articolo 123. Verifica del trattamento in regime di sospensione di esecuzione della pena, nonché di affidamento in prova in casi particolari.**

*1. Ai fini dell'applicazione degli istituti di cui agli articoli 90 e 94, viene trasmessa dall'azienda unita' sanitaria locale competente o dalla struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116, su richiesta dell'autorità giudiziaria, una relazione secondo modalità definite con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro della giustizia, relativamente alla procedura con la quale e' stato accertato l'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, all'andamento del programma, al comportamento del soggetto e ai risultati conseguiti a seguito del programma stesso e della sua eventuale ultimazione, in termini di cessazione di assunzione delle sostanze e dei medicinali di cui alle tabelle I e II, sezioni A, B e C, previste dall'articolo 14.*

## Integrazioni dei Percorsi Trattamentali

### «Affidamento in prova» legge n. 103 del 2017

L'art. 14 del decreto riforma la disciplina dell'affidamento in prova al servizio sociale

- la possibilità di accesso alla misura anche per chi non dispone di una propria abitazione o domicilio; l'affidamento è eseguito presso una struttura pubblica di cura, assistenza o accoglienza o altro luogo di dimora sociale appositamente destinato
- l'affidamento in prova di condannati con infermità psichica viene concepito come per l'art. 94 del DPR 309/1990
- Possono accedervi le persone a cui è stato riconosciuto un art. 89 o 95 c.p. nella fase di cognizione e/o quando sia presente una grave infermità psichica ai sensi dell'art. 147, comma 1 e 2

## Integrazioni dei Percorsi Trattamentali

### «Affidamento in prova» legge n. 103 del 2017

- L'interessato può chiedere di essere affidato in prova per l'esecuzione di un programma terapeutico e di assistenza psichiatrica concordato con il DSMD competente;
- Ai fini della concessione della misura, i limiti di pena detentiva (anche residua) da espiare non possono superare i 6 anni (o i 4 anni, se la condanna riguarda i gravi reati di cui all'art. 4-bis, comma 1 OP).
- Spetta al DSMD riferire periodicamente al magistrato di sorveglianza sul comportamento del soggetto.
- È prevista la possibilità di prosecuzione dell'affidamento per infermità psichica quando sia terminata la parte terapeutica del programma anche in deroga ai limiti di pena per l'affidamento ordinario.

## Integrazioni dei Percorsi Trattamentali

### Delibera del Consiglio Superiore della Magistratura del 19 Aprile 2017

Direttive interpretative ed applicative in materia di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) di cui alla legge n. 81/2014

.....il passaggio al Servizio Sanitario della competenza sulle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza detentive mantiene dei "profili di delicatezza" per il sommarsi delle esigenze della cura e del controllo, con la conseguente necessità, tra le altre cose, di una migliore definizione delle responsabilità tra psichiatra e magistrato. (paragrafo 3.1).



### **Impatto delle nuove formulazioni di farmaci agonisti sui modelli di intervento**

- Flessibilità di trattamento,
- Miglioramento della qualità di vita,
- Riduzione o eliminazione dei rischi conseguenti a mis-uso diversione della terapia
- Soluzione delle difficoltà e dei problemi connessi con il possesso e trasporto del farmaco
- Riduzione dello stigma
- Miglioramento dell'immagine sociale nel senso di maggiore accettazione sanitaria di riconosciuto efficace trattamento per una patologia cronica

## **Integrazioni dei Percorsi Trattamentali**

### **Considerazioni Conclusive e Criticità**

- ✓ Confusione tra funzioni di cura, proprie del servizio sanitario e quelle di controllo e custodia dell'amministrazione penitenziaria
- ✓ Necessità di curare la formazione del personale delle strutture pubbliche
- ✓ La difficoltà dei servizi di gestire l'inflazione di richieste di sospensione della pena per malattia mentale e per le dipendenze con una concreta deriva simulatoria
- ✓ Esiste un problema concreto di copertura economica e di acquisizione di personale per «dare gambe» alle riforme e garantire la sopravvivenza stessa dei servizi

## SESSIONE II

***Gestione della depressione maggiore resistente*****Prof. Mirko Manchia**

Direttore Scuola Specializzazione in Psichiatria - Università degli Studi di Cagliari

La depressione resistente al trattamento (TRD) è una forma grave di disturbo depressivo maggiore definita da una mancata risposta ad almeno due farmaci antidepressivi somministrati ad adeguato dosaggio e per un sufficiente periodo di tempo necessario a valutare la risposta clinica. La TRD è associata a una compromissione sociale e professionale, ideazione suicidaria, stati depressivi cronici e deterioramento della salute fisica, spesso accompagnati da un aumento delle condizioni di comorbidità. Nonostante i trattamenti farmacologici e non farmacologici intensivi, la TRD persiste frequentemente, suggerendo la potenziale presenza di un meccanismo di malattia sottostante che differisce dai pazienti non TRD.

Questa presentazione si concentrerà sulla identificazione di sottotipi neurobiologici (biotipi) di disturbo depressivo maggiore che possono associarsi a manifestazioni di trattamento resistenza. Presenterà dati recenti sulle differenze neurobiologiche (genetiche ed epigenetiche) tra pazienti depressi con e senza TRD. Infine verranno illustrati i meccanismi d'azione di alcuni tra i trattamenti più innovativi per la TRD.



# Gestione della depressione maggiore resistente

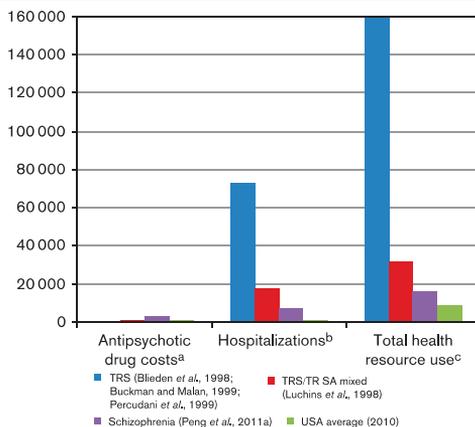
**Prof. Mirko Manchia**

Professore Associato di Psichiatria  
Adjunct Professor of Pharmacology

Università degli Studi di Cagliari e AOUC - Dalhousie University

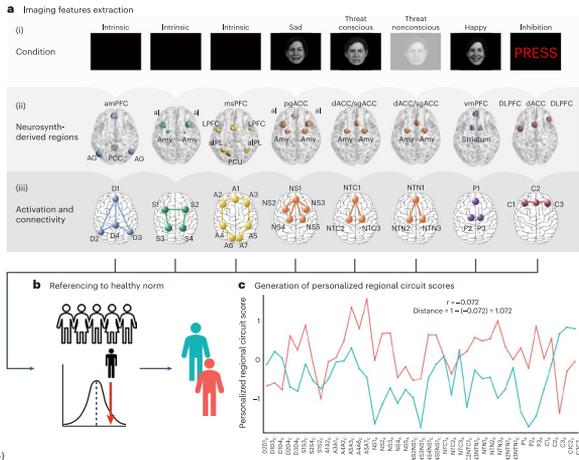


## Impatto della TR



Kennedy et al. International Clinical Psychopharmacology (2013)

Il Congresso nazionale SIPPF – Alghero 22-23-24 Maggio 2025



N = 801  
HC = 107

6 circuiti

Tozzi et al. Nature Medicine (2024)

II Congresso nazionale SIPPf – Alghero 22-23-24 Maggio 2025

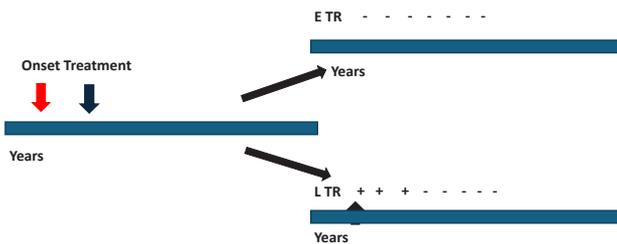
- Biotipo  $D_{C+}S_{C+}A_{C+}$  (n = 169):  
rispondivo a I-CARE
- Biotipo  $C_{A+}$  (n = 258):  
rispondivo a venlafaxina
- Biotipi transdiagnostici
- Utili per «fast-fail»
- Applicabili precocemente?



Tozzi et al. Nature Medicine (2024)

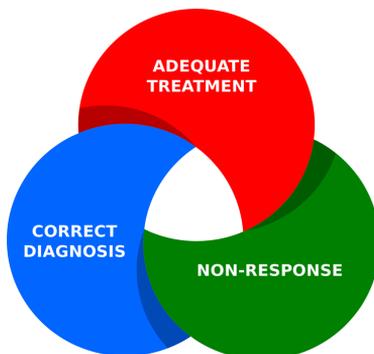
II Congresso nazionale SIPPf – Alghero 22-23-24 Maggio 2025

## Traiettorie TR



Il Congresso nazionale SIPPf – Alghero 22-23-24 Maggio 2025

## Criteri



Howes et al. Molecular Psychiatry (2020)

Il Congresso nazionale SIPPf – Alghero 22-23-24 Maggio 2025

## ***La riabilitazione in ambito psichiatrico forense***

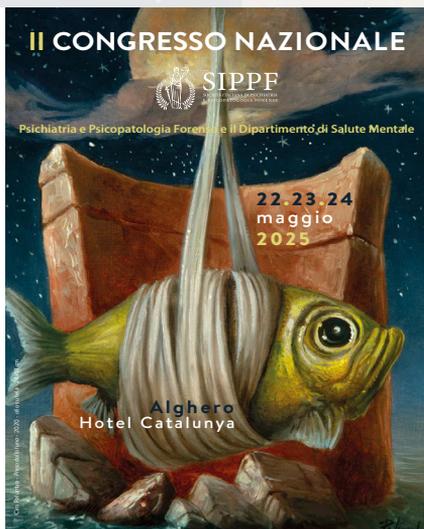
**Prof. Antonello Bellomo**

**Professore Ordinario di Psichiatria presso Università degli Studi di Foggia  
Direttore Reparto di Psichiatria (SPDC) - Ospedali Riuniti di Foggia**

Non esiste probabilmente nessun'area di competenza medica che risulti così strettamente influenzata dalla cultura del Paese dove opera come la psichiatria forense, determinandone: i criteri di valutazione, i giudizi, i provvedimenti medico-legali, gli esiti di trattamento e prognostici.

L'outcome prioritario in letteratura scientifica, relativamente ai soggetti in trattamento psichiatrico forense, è il tasso di recidiva di reato. In Italia, per come si è andata configurando la cultura psichiatrica dei servizi pubblici territoriali dopo la riforma del 1978, pare poco adattabile un criterio con riferimenti ad una cultura clinica del controllo. Data la refrattarietà presente in molti servizi socio-sanitari a confrontarsi con costrutti come la pericolosità sociale riferita al soggetto in MdS, in particolare per i temi controversi relativi alla posizione di garanzia contemplata nell'art. 54 del codice penale, sono riproducibili i criteri di outcome della psichiatria generale, o questi necessitano di integrazione con aree di verifica più specifiche?

Il dibattito italiano, che incrocia quello in letteratura internazionale, riguarda i gradi di omogeneità, e congruità, delle buone pratiche di cura e riabilitazione psico-sociale già in possesso della psichiatria generale con il trattamento dei soggetti autori di reato. Esistono alcune specificità del trattamento e della riabilitazione in psichiatria forense. In prima istanza, i luoghi della riabilitazione. Carcere, articolazioni tutela della salute mentale (ATSM), REMS, comunità terapeutiche per liberi vigilati, altre residenze sanitarie, domicilio, rappresentano setting trattamentali molto eterogenei e con impatti terapeutici diversificati a seconda delle caratteristiche del soggetto che vi viene inserito.



## Gli Interventi riabilitativi su pazienti autori di reato

**Antonello Bellomo**  
**Università degli Studi di Foggia**  
**Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale**



## LA METODOLOGIA NELLA RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE DI PAZIENTI AUTORI DI REATO



- ***Definizione di Riabilitazione Psicosociale e progetto riabilitativo***
- ***Attività ed interventi in RPS***
- ***Riabilitazione psicosociale per pazienti autori di reato.***
- ***Integrazione socio-sanitaria e Partecipazione***
- ***Uso degli Psicofarmaci e RPS***

## GLI OUTCOMES DA RAGGIUNGERE NELLA RIABILITAZIONE DEI PAZIENTI AUTORI DI REATO

L'*outcome* prioritario in letteratura scientifica, relativamente ai soggetti in trattamento psichiatrico forense, è il tasso di recidiva di reato (Fazel et al, 2016). In Italia, per come si è andata configurando la cultura psichiatrica dei servizi pubblici territoriali dopo la riforma del 1978, pare poco adattabile un criterio con riferimenti ad una cultura clinica del controllo. Data la refrattarietà presente in molti servizi socio-sanitari a confrontarsi con costrutti come la pericolosità sociale riferita al soggetto in MdS, in particolare per i temi controversi relativi alla posizione di garanzia contemplata nell'art. 54 del codice penale, sono riproducibili i criteri di outcome della psichiatria generale, o questi necessitano di integrazione con aree di verifica più specifiche?

Sono stati identificati **62 interventi psicosociali**. Molti di questi interventi non sono stati presi in considerazione dal momento che: non sono utilizzati nella realtà italiana; non sono propriamente interventi riabilitativi, ma piuttosto interventi psicoterapici; sono stati valutati solo in un numero estremamente ridotto di studi di fattibilità. Si è quindi ristretta l'attenzione a **13 interventi psicosociali** su cui sono stati formulati i quesiti clinici e le relative raccomandazioni:

1. Intervento precoce integrato
2. Rimedio Cognitivo
3. *Social Cognition Training*
4. Training Metacognitivo
5. *Illness Self Management*
6. *Social Skills Training*
7. Riabilitazione lavorativa (*Supported employment*)
8. Psicoeducazione
9. Psicoeducazione familiare
10. Attività fisica e/o attività sportiva
11. Tecniche espressive (Artiterapie)
12. Terapia orticolturale
13. Supporto tra pari

- INTERVENTI MIRATI ALLA DIAGNOSI
- O INTERVENTI MIRATI ALLA PREVENZIONE DELLA RECIDIVA ?

## Conclusioni

- I luoghi della riabilitazione psichiatrico-forense sono ormai definiti ma vanno implementati nel numero e migliorati nella organizzazione
- Le metodologie da utilizzare in riabilitazione sono state definite anche in Italia; riguardo agli strumenti di Assessment oggi vi sono molte evidenze scientifiche; minori evidenze esistono sui protocolli di gestione e sulla comunicazione tra enti ed operatori
- Esistono Interventi riabilitativi riconosciuti da una ricca produzione scientifica per ciò riguarda alcune condizioni sindromiche (es Schizofrenia e Spettro Psicotico); ma vi sono ancora poche evidenze sui disturbi di Personalità e sugli outcome correlati ai comportamenti correlati ai reati.

## SESSIONE III

***Proposte di revisione del TSO e implicazioni cliniche e forensi*****Prof. Bernardo Carpiello**

Già Professore Ordinario di Psichiatria - Università degli Studi di Cagliari

Già Direttore Clinica Psichiatrica - AOU Cagliari

Una recente sentenza della Corte di Cassazione riporta che l'attuale sistema normativo in materia di trattamenti sanitari obbligatori in condizione di degenza ospedaliera, disegnato dagli artt. 33,34 e 35 della legge n. 833/1978, non sia conforme agli artt. 2, 3,13,24, 32 e 111 della Costituzione, nonché all'art. 117 della Costituzione in relazione agli artt. 6 e 13 CEDU, per la mancata previsione, della notificazione dei provvedimenti, nonché di passaggi procedurali a garanzia del diritto al contraddittorio, alla difesa e ad un ricorso tempestivo ed effettivo avverso decisioni che limitano il diritto di autodeterminarsi in materia di trattamenti sanitari e la libertà personale, compresa l'audizione del soggetto.

Pertanto la Corte ha deciso di chiamare in causa sul tema la Corte Costituzionale, invitandola a pronunciarsi. Su tale base è stata recentemente presentata una proposta di Legge popolare, che include una serie di significativi cambiamenti nelle procedure del Trattamento Sanitario Obbligatorio, da cui potrebbero implicare una serie di rilevanti problematiche etiche, medicolegali e pratiche, discusse dal relatore.

## ***Territorio e cure, oltre il consenso informato***

**Dott. Vincenzo Villari**

Direttore del Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale

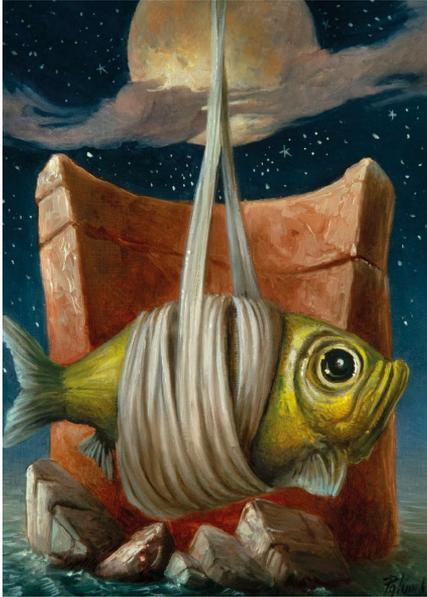
Direttore SC Psichiatria SPDC Azienda Ospedaliero-Universitaria, Città della Salute e della Scienza di Torino

Il tema del consenso informato presenta aspetti di particolare problematicità in ambito di salute mentale ed è inevitabile premessa al difficile tema dei trattamenti senza consenso che si collocano in un'ampia area di confine, nella quale è possibile che i pazienti presentino deficit differenziati della capacità di esprimere un valido consenso e gli operatori abbiano diversi gradi di responsabilità professionale.

Spesso, infatti, l'effettiva capacità di fornire un valido consenso informato è un obiettivo da raggiungere per persone che, per via delle loro condizioni psicopatologiche, non dispongono delle risorse mentali per esprimere liberamente una scelta. Per questi pazienti è necessario analizzare a fondo la capacità di esprimere consenso dei pazienti e le responsabilità professionali degli operatori su un continuum che si sviluppa dalla necessità di protezione fino all'obbligo di cura.

Negli ultimi due decenni abbiamo assistito ad un profondo cambiamento del significato e del ruolo del consenso nelle cure mediche. È da qui che necessariamente bisogna partire per interrogarsi sulla distanza oggi esistente fra modello legislativo italiano attuale e dati di realtà, sul rapporto – e talvolta sulla distanza – tra principi etici e giuridici, sulla reazione che, purtroppo, non sempre può essere costruita esclusivamente sul modello del contratto terapeutico e del consenso informato.

Tanto può accadere sia in condizioni di acuzie clinica, da qui il richiamo alle diverse forme di intervento in situazioni critiche che comportano problemi di sicurezza per i pazienti e per gli operatori, sia in molteplici forme di assistenza in situazioni di cronicità, con aspetti che richiederebbero una profonda revisione di alcuni problemi attualmente aperti, ad esempio quello degli autori di reato.



**SIPPF**

**II CONGRESSO NAZIONALE**

**Società Italiana di Psichiatria**

**E Psicopatologia Forense**

**Alghero 22 -24 maggio 2025**

**Territorio e cure oltre  
il consenso informato**

Vincenzo Villari

[vincenzo.villari.to@gmail.com](mailto:vincenzo.villari.to@gmail.com)

**La Costituzione Italiana sancisce l'inviolabilità della libertà personale e riconosce il principio di autodeterminazione dell'individuo.**

**Questo è l'elemento costitutivo del rapporto medico-paziente e del consenso informato e ne rappresenta il suo fondamento di legittimità.**

**Da ciò deriva la libertà ed il diritto di rifiutare le terapie e/o le procedure diagnostiche.**

**Ogni intervento sanitario presuppone il consenso informato del soggetto capace, in assenza del quale non si può procedere.**

**Salvi i casi in cui l'ordinamento giuridico:**

- preveda un intervento per disposizione di legge (cfr art. 32 Costituzione: riserva di legge es. artt. 33-35 legge 833/78)**
- giustifichi un intervento che sarebbe illecito (artt. 51, 54 cp)**
- imponga di intervenire (artt. 40, 591 cp )**

**Legge n. 36 del 14.2.1904. Art. 1.**

**“Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo e non siano o possano essere convenientemente custodite e curate fuorchè nei manicomi”.**

**Legge n. 833 del 23.12.1978. Art. 34.**

**“Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere”.**

**Attualmente la psichiatria appare orientata più alla cura dei disturbi mentali che non alla custodia degli alienati ed al controllo dei comportamenti devianti.**

**Tuttavia la presenza di “alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici” può determinare la necessità di attuare, ancorché transitoriamente, interventi restrittivi della libertà dell’individuo.**

**Guardando al futuro:  
le possibili evoluzioni del consenso**

**Gli interventi sanitari dovrebbero svolgersi in un ambito iscritto nel consenso informato, argomento che, oltre ad avere un forte valore deontologico, ha anche un corposo impianto giuridico che vede la sua più organica formalizzazione nelle legge 219/2017.**

**In questa legge ci sono aspetti che potrebbero costituire interessanti spunti anche nell’ambito della psichiatria.  
Ad esempio la “pianificazione condivisa delle cure” (art. 5) potrebbe essere messa in relazione con il “PTI - Piano di trattamento individuale” previsto dal PANSM 2013 e dai PDTA 2014.**

A painting of a fish in a boat at night. The fish is yellow and green, with a large eye, and is inside a wooden boat. The boat is on water, and there are rocks in the foreground. The background is a dark blue night sky with a full moon and stars. The painting is done in a textured, expressive style.

## COMUNICAZIONI E POSTER

## **Prevenzione dell'esposizione prenatale all'alcol: studio osservazionale nel territorio della ASL di Sassari**

**\*Gianfranca Nieddu, \*Liz Pina Secchi, \*Annalisa Balloi, \*Giovanni A. Soro,  
\*Chiara D'Ovidio, \*Monica Puledda, \*Bernadetta Sanna, \*Barbara Corrias,  
\*\*\*Giovanna Seu, \*\*Paolo Milia**

**\*SSD Alcologia - DSMD - Asl 1 Sassari**

**\*\* Direttore SC SERD-DSMD - Asl Sassari**

**\*\*\* Ifo Serd-SSD Alcologia**

### **Introduzione**

L'esposizione prenatale all'alcol rappresenta un rilevante problema di sanità pubblica, essendo associata a danni irreversibili sullo sviluppo neurologico e somatico del nascituro, fino a configurare quadri clinici complessi come la Fetal Alcohol Syndrome (FAS) e i Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD). La prevenzione del consumo di alcol in gravidanza costituisce pertanto un obiettivo prioritario in ambito ostetrico e neonatologico.

Nonostante le evidenze scientifiche, la consapevolezza della popolazione generale e degli operatori sanitari sui rischi associati all'alcol in gravidanza rimane spesso insufficiente. Il presente studio si propone di indagare l'estensione del fenomeno nel territorio della ASL di Sassari, con l'obiettivo di promuovere attività educative e di prevenzione, mirate a ridurre il consumo di alcol tra le donne in gravidanza e in età fertile.

### **Metodi**

A partire da dicembre 2024 è stato avviato uno studio osservazionale, multicentrico, condotto in collaborazione tra i Consultori familiari della ASL di Sassari, l'UOC di Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale di Alghero, e le Divisioni di Ginecologia, Ostetricia e Neonatologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU) di Sassari.

Le partecipanti, donne in gravidanza o nel primo puerperio, sono state invitate a compilare un questionario anonimo strutturato, finalizzato a rilevare:

- la frequenza e le modalità di consumo di alcol prima e durante la gravidanza;
- la consapevolezza circa i rischi per la salute fetale;
- le fonti di informazione sull'argomento.

A ciascuna partecipante è stato inoltre somministrato il test **AUDIT** (Alcohol Use Disorders Identification Test), validato per la rilevazione del consumo problematico di alcol. Al termine della compilazione, è stato distribuito materiale informativo e divulgativo su FAS e FASD. Parallelamente, gli operatori sanitari coinvolti sono stati formati attraverso incontri dedicati sulle patologie correlate all'esposizione prenatale all'alcol.

## Risultati

Ad oggi, sono stati raccolti **circa 500 questionari e test AUDIT**. L'analisi completa dei dati è ancora in corso; tuttavia, i risultati preliminari mostrano che:

- una percentuale non trascurabile delle partecipanti ha riferito un consumo di alcol nel periodo periconcezionale;
- è emersa una scarsa consapevolezza riguardo i rischi associati all'assunzione di alcol in gravidanza, soprattutto nei primi trimestri;
- molte donne non hanno mai ricevuto informazioni specifiche sull'argomento da parte del personale sanitario.

I dati raccolti saranno sottoposti a successiva analisi statistica, con stratificazione per età, livello di istruzione, numero di gravidanze e consumo alcolico progressivo.

## Discussione

I dati preliminari confermano l'urgenza di promuovere interventi di sensibilizzazione sistematici sul territorio, destinati sia alle donne in età fertile sia agli operatori sanitari. L'assenza di informazioni ricevute durante il percorso gravidico rappresenta un'importante lacuna, e suggerisce la necessità di integrare attività di counseling e screening nell'assistenza ordinaria.

Il rafforzamento della prevenzione primaria attraverso strumenti di valutazione come l'AUDIT e il coinvolgimento attivo dei consultori può contribuire significativamente alla riduzione delle FASD, migliorando gli esiti di salute neonatale e riducendo l'impatto economico e sociale delle disabilità correlate.

## Conclusioni

Lo studio, tuttora in fase di raccolta dati, ha già evidenziato criticità importanti nella conoscenza e nella prevenzione del consumo di alcol in gravidanza. La prosecuzione e l'analisi completa dei dati consentiranno di orientare future strategie educative e sanitarie sul territorio.

---

## Bibliografia

1. Erratum to Reduced prevalence of fetal exposure to alcohol in Italy: a nationwide survey. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2023;5(6):100944.
  2. Wang R, et al. Prenatal ethanol exposure increases risk of psychostimulant addiction. *Behav Brain Res*. 2019;356:51–61.
  3. World Health Organization. ICD-11: *International classification of diseases*. Ginevra: WHO; 2019.
  4. Bazzo S, et al. *Prevenzione dello Spettro dei Disturbi Feto Alcolici*. ISTISAN 21c25. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021.
- Disponibile su: <https://www.iss.it/documents/20126/6682486/21-25+web.pdf>

## **Gruppo di Sostegno in Affidamento Sociale per Disturbi Alcolcorrelati Un Percorso Integrato tra Cura e Rieducazione nella Misura Alternativa alla Detenzione - progetto sperimentale -**

**\*\*Salvatorica Sotgiu, \* Daniela Monetti, \*Liz Pina Secchi, \*Annalisa Balloi,  
\*Giovanni A. Soro, \*Chiara D'Ovidio, \*Monica Puledda, \*Bernadetta Sanna,  
\*Barbara Corrias, \*Gianfranca Nieddu**

**\*SSD Alcologia-DSMD - Asl 1 Sassari**

**\*\* SC SERD-DSMD - Asl Sassari**

Il progetto “Gruppo utenti in Affidamento Sociale ex art. 94 DPR 309/90 per problemi alcolcorrelati” nasce con l’intento di creare un percorso terapeutico che integri le necessità sanitarie di cura e riabilitazione con gli obiettivi rieducativi della pena, in un contesto normativo che influenzi la percezione del sé e del disagio psichico dei partecipanti. Il progetto si rivolge a un gruppo di 20 soggetti, suddivisi in due gruppi, che si trovano ad affrontare problematiche alcolcorrelate in un contesto di misure alternative alla detenzione.

Il focus centrale del progetto è indagare come la spinta a ottenere benefici legati alla libertà (come la misura alternativa alla detenzione) possa interagire con la motivazione a intraprendere un percorso di cura e di responsabilizzazione rispetto al proprio disagio psichico, in particolare nel contesto delle dipendenze.

Il progetto utilizza la metodologia del gruppo di sostegno un approccio terapeutico consolidato per la gestione delle problematiche alcolcorrelate. Questo tipo di intervento permette ai partecipanti di confrontarsi direttamente con le proprie esperienze e con quelle degli altri, creando uno spazio di condivisione che favorisce lo sviluppo di un pensiero critico verso il proprio comportamento e disagio. Il punto di forza dei gruppi di sostegno è la possibilità di condividere le esperienze individuali e trovare uno spazio di ascolto, aiutati dalla forza del gruppo e orientati dal terapeuta che segue le dinamiche del gruppo e offre supporto e consulenza, i partecipanti possono riconoscere e riflettere sulle proprie difficoltà, stimolando il processo di auto-aiuto, responsabilizzazione e cambiamento.

Gli obiettivi principali del progetto sono: (1) favorire la comunicazione aperta e il sostegno tra i partecipanti, in modo che ciascuno possa sentirsi compreso e supportato; (2) stimolare lo scambio di risorse e strategie pratiche per affrontare e gestire le problematiche alcolcorrelate, promuovendo l’attivazione di capacità personali e collettive. La metodologia utilizzata è di tipo laboratoriale e non strutturata, affinché i partecipanti possano esplorare liberamente le proprie emozioni, storie e modalità relazionali, arricchendo la loro consapevolezza e comprensione del proprio disagio psichico.

Il gruppo di sostegno, in quanto spazio di incontro e di confronto, diventa una risorsa terapeutica potente, in cui le funzioni riabilitative e rieducative si intrecciano in modo sinergico, contribuendo al miglioramento delle competenze emotive e

relazionali dei partecipanti. Gli incontri, condotti da due operatori esperti della SSD di Alcologia del DSMD della Asl di Sassari, si terranno con cadenza quindicinale o mensile, cercando di garantire un ambiente favorevole alla discussione e al supporto terapeutico.

L'approccio laboratoriale e la dimensione di gruppo offrono una metodologia di intervento che potrebbe avere un impatto significativo nella gestione delle problematiche alcolcorrelate, contribuendo a una comprensione più approfondita dell'efficacia del lavoro di gruppo all'interno del contesto delle misure alternative alla detenzione. Inoltre, i risultati ottenuti potrebbero apportare un significativo valore aggiunto nel miglioramento delle politiche di trattamento per soggetti con problematiche alcolcorrelate in situazioni di pena non detentiva.

## **Impatto psicosociale del Disturbo da Uso di Alcol: gruppi psico-educazionali come strumento di cura e prevenzione**

**G. Nieddu, \*\*B. Sanna, \*\*Monica Puledda, \*\*\*\*LP. Secchi, \*\*\*\*G. Soro, \*\*\*\*\*D. Monetti, \*\*\*\*\*A. Balloi, \*\*\*B. Corrias  
#C. D'Ovidio: SSD Alcologia Asl 1**

**\*Responsabile**

**\*\*PdSI**

**\*\*\* Oss**

**\*\*\*\* Dirigente Medico**

**\*\*\*\*\*Dirigente Psicologo Sc NPI-Asl 1**

**\*\*\*\*\*Educatore Professionale**

**#Assistente Sociale**

### **Abstract**

Il Disturbo da Uso di Alcol (Alcohol Use Disorder – AUD), come definito nel DSM-5, è una condizione cronica caratterizzata da un pattern disfunzionale di consumo alcolico, persistente nonostante le gravi ripercussioni sul piano fisico, psicologico, sociale ed occupazionale. Le problematiche associate si articolano in tre principali ambiti: dipendenza e intossicazione acuta, complicanze mediche, e stili di consumo a rischio, richiedendo un approccio terapeutico integrato, multidisciplinare e personalizzato.

Negli ultimi anni, la diffusione dell'alcol e la crescita della cosiddetta "economia della notte" hanno contribuito alla normalizzazione e alla precoce esposizione al consumo, evidenziando come l'abuso alcolico sia influenzato non solo da fattori individuali, ma anche da dinamiche strutturali, economiche e culturali.

Presso la SSD di Alcologia della ASL di Sassari, pazienti con diagnosi di AUD sono inseriti in gruppi psico-educazionali eterogenei per caratteristiche socio-demografiche, abilità e culture differenti, composti da 8-10 persone, con il coinvolgimento attivo di tutte le figure dell'équipe multidisciplinare. Tali gruppi rappresentano una risorsa fondamentale nei percorsi di cura e riabilitazione, offrendo uno spazio di confronto, consapevolezza e sviluppo di strategie comportamentali-funzionali al cambiamento. Le aree maggiormente compromesse riguardano la sfera familiare (conflitti relazionali e ridefinizione dei ruoli), quella economica (difficoltà gestionali e rischio di impoverimento) e quella lavorativa e sociale (basso rendimento, incidenti, isolamento).

Accanto alla presa in carico clinica, risulta imprescindibile un investimento strutturato sulla prevenzione, soprattutto in età adolescenziale. Prevenire l'abuso di alcol è possibile, ma richiede interventi precoci e sinergici, che coinvolgano attivamente la famiglia, la scuola, le istituzioni e i giovani stessi. Il dialogo aperto, la presenza di modelli adulti positivi e la promozione dell'autostima e delle competenze emotive

rappresentano strumenti centrali per contrastare l'insorgenza di comportamenti a rischio.

## Conclusioni

Lo studio osservazionale ha permesso di evidenziare come l'integrazione tra trattamento e prevenzione costituisce oggi una delle strategie più efficaci per fronteggiare l'AUD. L'intervento psico-educazionale non solo facilita l'aderenza terapeutica e la riabilitazione, ma consente di lavorare sulla motivazione al cambiamento e sulla ricostruzione identitaria del soggetto. Parallelamente, una prevenzione precoce e mirata consente di ridurre l'incidenza dei nuovi casi, promuovendo una cultura della salute fondata sulla responsabilità, sul supporto reciproco e sulla consapevolezza collettiva.

## ***Pattern, disturbi di personalità e sindromi cliniche legate alla scelta della sostanza d'abuso. L'utilizzo del Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI-III) per un'analisi dei profili personologici di un campione di utenti con DUS del SerD di Sassari.***

**\*Sanna Maria Rosalia, \*Piras Alessandro, \*\*Soggiu Salvatorica, \*\*\*Maria Bacciu, \*\*Maria Chiara Campus, \*\*\*Paolo Milia**

**\*psicologa/o tirocinante**

**\*\* psicologa strutturata**

**\*\*\*medico strutturato Servizio Dipendenze Patologiche – DSMD – ASL 1 Sassari**

### **Premessa**

Il fenomeno che lega la scelta di sostanze da abuso rispetto ai pattern di personalità risulta essere un argomento complesso e alquanto discusso [1]. Un disturbo da uso di sostanze può essere diagnosticato in circa il 50% dei pazienti affetti da disturbo di personalità a seconda del campione e del contesto [2]. Diverse ricerche hanno evidenziato come il profilo di personalità può essere un fattore predittivo nella scelta della droga. Altre ancora hanno confrontato diverse sostanze mostrando un profilo di personalità comune per tutte le tipologie di sostanze assunte. D'altra parte, alcuni autori hanno riportato differenze nei punteggi dei tratti di personalità in relazione al tipo di droga consumata [3]. Una migliore comprensione dei profili di personalità dei gruppi con disturbi da abuso di sostanze può essere utile per personalizzare gli approcci terapeutici in base alle caratteristiche del profilo [4], in questo contesto si colloca la presente ricerca.

### **Scopo e obiettivo**

Le osservazioni che seguono si propongono di indagare i profili di personalità di un campione di utenti afferenti al Servizio per le Dipendenze (SerD) della ASL di Sassari, al fine di rilevare eventuali ricorrenze nei disturbi e negli stili di personalità in relazione alla scelta della sostanza d'abuso. Lo studio intende esplorare la presenza di differenze significative nei profili personologici in base a variabili come il sesso e il tipo di sostanza d'abuso, al fine di offrire spunti utili per una presa in carico più mirata e personalizzata. Attualmente, la fase di analisi statistica è in corso e i risultati non sono ancora disponibili; tuttavia, il lavoro rappresenta un primo passo verso una comprensione più articolata della dimensione personologica nei contesti di trattamento della dipendenza e nella scelta della sostanza.

### **Metodi e strumenti**

Per la raccolta dei dati è stato utilizzato il Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI-III). Le variabili scelte ed utilizzate per le generalità degli utenti sono state:

- L'età;

- Il genere;
- La scolarità;
- La sostanza primaria d'abuso (la sostanza principale in caso di poliabuso).

Le scale del MCMI-III considerate (comprese le sottoscale), oltre alla scala V della validità del test, sono state quelle delle sindromi cliniche e delle sindromi gravi, degli stili di personalità e dei disturbi di personalità e la scala dei clusters. Le sostanze nella raccolta dei dati sono state categorizzate in: eroina, cocaina e altro (facendo riferimento a cannabinoidi, alcol, oppioidi/oppiacei di vario tipo).

## Risultati

Il test è stato somministrato a un campione di 26 individui in carico al servizio, di cui 20 uomini (77%) e 6 donne (23%). L'età del campione è compresa tra i 22 e i 58 anni, con un'età media di 38,38 (età media Uomini=40,5; età media Donne=31,3). La scolarità del campione indica: licenza media 18 (69%), diploma 6 (23%), laurea 1 (4%) e nessuna scolarità (elementari) 1 (4%). Per quanto riguarda la sostanza d'abuso dal campione è risultato che 9 (7 uomini e 2 donne) utilizzano eroina, 8 utilizzano cocaina (6 uomini e 2 donne) e 9 utilizzano altro (7 uomini e 2 donne) comprendendo cannabis, alcool e oppioidi. Solo un test è risultato nullo.

È stata condotta un'analisi statistica su JAMOVI. L'analisi ANOVA a una via (test di Welch) esplora le differenze nei punteggi relativi a diverse problematiche psicopatologiche e tratti di personalità tra tre gruppi di soggetti differenziati per la sostanza d'abuso primaria: eroina, cocaina e altre sostanze.

È risultata significativa la problematica di Dipendenza da Alcol (PROB\_ALC) ( $F=7.25$ ;  $p=0.007$ ) mostrando una differenza statisticamente significativa tra i gruppi (Eroina  $M=0.778$ ; Cocaina  $M=0.125$ ; Altro  $M=1.111$ ). E' emerso che coloro che abusano di sostanze differenti dall'eroina e dalla cocaina mostrano più frequentemente problemi legati all'alcol. Nessuna delle altre dimensioni psicopatologiche o tratti di personalità analizzati ha raggiunto la significatività statistica (tutte con  $p > .05$ ), sebbene in alcuni casi si notino tendenze differenziali. Ad esempio, nel caso della variabile di Disturbo da Abuso di Sostanze, coloro che prediligono l'abuso di eroina mostrano un punteggio più alto ( $M = 1.556$ ) rispetto alla cocaina ( $M = 0.875$ ) e altre sostanze ( $M = 0.778$ ), ma la differenza fra i gruppi non risulta statisticamente significativa ( $p = 0.117$ ).

## Descrittive Gruppo

	SOSTANZA D'ABUSO	N	Media	SD	SE
PROB_ANX	1 EROINA	9	1.222	0.833	0.278
	2 COCAINA	8	1.250	0.886	0.313
	3 ALTRO	9	1.556	0.527	0.176
PROB_DEP.ALC	1 EROINA	9	0.778	0.667	0.222
	2 COCAINA	8	0.125	0.354	0.125
	3 ALTRO	9	1.111	0.782	0.261
PROB_BORDER	1 EROINA	9	1.222	0.833	0.278
	2 COCAINA	8	1.000	0.926	0.327
	3 ALTRO	9	1.000	1.000	0.333

È stata, inoltre, condotta un'analisi della matrice di correlazione che ha evidenziato alcune relazioni particolarmente significative tra le variabili psicopatologiche e i tratti di personalità nel campione esaminato. Tuttavia non è stata riscontrata alcuna correlazione significativa tra la sostanza d'abuso primaria e i vari pattern o disturbi, ad eccezione di una quasi significatività con il Disturbo da Abuso di Sostanza (PROB\_DRUG:  $r = -.370$ ,  $p = .063$ ), ciò potrebbe dipendere dal fatto che il tipo di sostanza usata non è direttamente correlata con i disturbi misurati in questo campione, o che il campione è troppo piccolo per far emergere differenze forti. È stato interessante notare che gli stili di personalità Istrionico e Compulsivo non hanno raggiunto alcun tipo di punteggio nel test.

Infine, non emerge alcuna associazione significativa tra la scelta della sostanza d'abuso e il livello di scolarità del campione così come non emergono associazioni per quanto riguarda la distinzione di genere.

Dalle analisi descrittive del campione seguente (vedi Fig.1; 2; 3.), comunque, emerge che i risultati significativi presi in esame nelle scale del MCMI-III (punteggio delle scale  $\geq 75$  e  $\geq 85$ ), differiscono in base alla sostanza d'abuso.

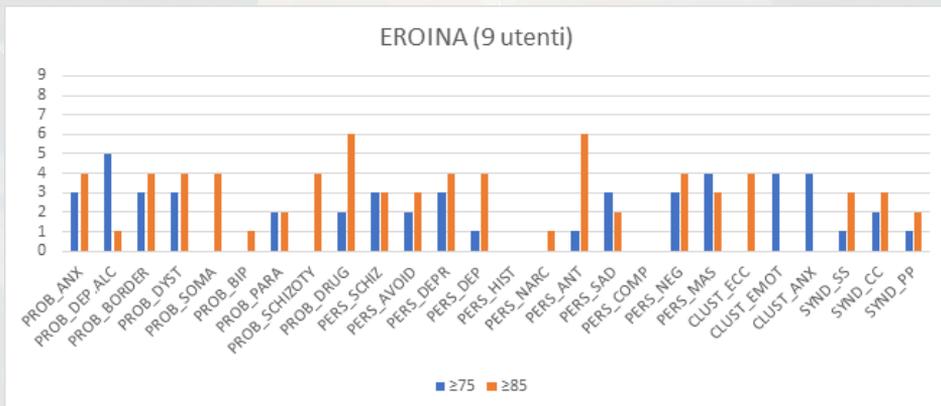


Fig. 1 Il grafico mostra il numero di utenti con punteggio  $\geq 75$  e  $\geq 85$  nelle relative scale del MCMI-III che utilizzano eroina

Nella fig.1 (eroina) si nota che, per quanto riguarda il punteggio  $\geq 85$ , nelle scale delle sindromi cliniche e degli stili di personalità il picco degli utenti riguarda rispettivamente la scala T (PROB\_DRUG) che indica "l'Abuso di sostanze" e la scala 6A (PERS\_ANT) che indica la "Personalità Antisociale". Il punteggio  $\geq 75$  più alto è stato raggiunto dalla scala B (PROB\_DEP. ALC) che indica "l'Abuso di alcol".

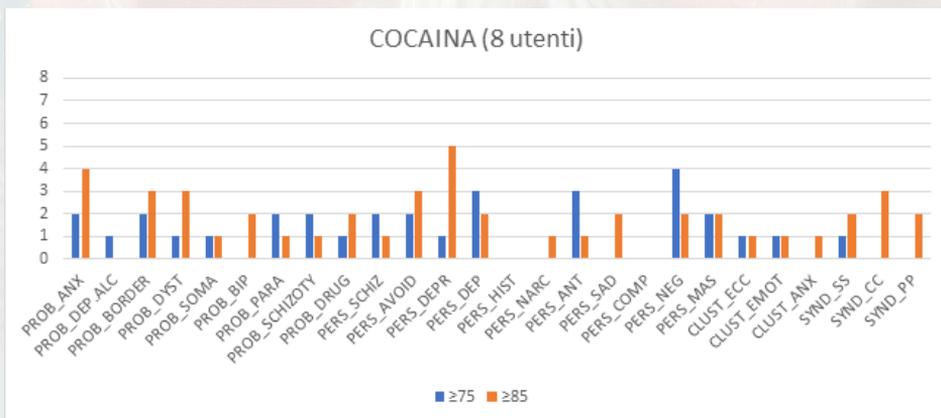


Fig. 2 Il grafico mostra il numero di utenti con punteggio  $\geq 75$  e  $\geq 85$  nelle relative scale del MCMI-III che utilizzano cocaina.

Nella Fig.2 (cocaina) il punteggio  $\geq 85$  raggiunge il picco di utenti per quanto riguarda la scala 2B (PERS\_DEPR) della "Personalità Depressiva" seguita dalla scala A (PROB\_ANX) "dell'Ansia". Il punteggio di  $\geq 75$  in questo caso viene raggiunto più frequentemente dalla scala 8A (PERS\_NEG) "Passivo-Aggressiva".

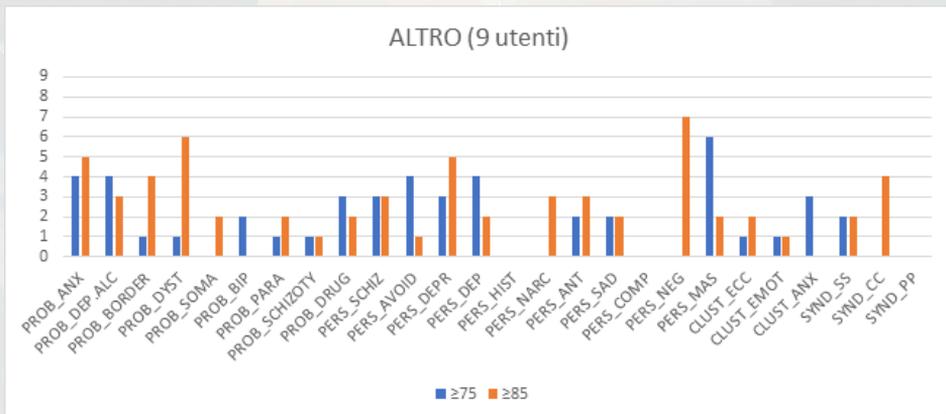


Fig. 3 Il grafico mostra il numero di utenti con punteggio  $\geq 75$  e  $\geq 85$  nelle relative scale del MCMI-III che utilizzano altro (cannabinoidi, alcol, oppioidi/oppiacei di vario tipo).

La Fig.3 (altro) mostra in questo caso che il maggior numero di utenti raggiunge un punteggio di  $\geq 85$  nella scala 8A (PERS\_NEG) “Passivo-Aggressiva” e dalla scala D (PROB\_DYST) della “Distimia”. Invece, il picco nel punteggio  $\geq 75$  viene raggiunto nella scala 8B (PERS\_MAS) della “Personalità Autofrustrante”.

Interessante notare come in tutti e tre i casi, nelle scale delle sindromi cliniche gravi (SYND), la scala che emerge continuamente sia quella della “Depressione Maggiore” (SYND\_CC) anche se con un numero basso di utenze.

## Conclusioni

Dalla presente analisi statistica emerge che l’unica variabile significativa è quella legata alla dipendenza da alcol. Questo potrebbe riflettere una maggiore tendenza alla politossicomania o a una diversa funzione psicologica attribuita all’alcol. Le analisi descrittive dei dati raccolti comunque hanno evidenziato delle differenze per quanto riguarda la sostanza d’abuso e le sindromi cliniche o gli stili di personalità che possono essere associati a quest’ultima. Nel complesso i dati suggeriscono che vi siano dei nuclei clinici centrali (per esempio il disturbo di dipendenza dall’alcol con la distimia e le personalità dipendenti) ponendo l’accento non tanto sulla sostanza d’abuso quanto sulla struttura psicologica sottostante dei soggetti, che potrebbe rappresentare un terreno comune su cui lavorare in termini di prevenzione, diagnosi e intervento terapeutico. In futuro, sarà importante ampliare il campione e integrare l’analisi con strumenti qualitativi per una comprensione più profonda delle dinamiche individuali alla base dell’uso di sostanze.

## Bibliografía

- [1] Alareqe NA, Roslan S, Nordin MS, Ahmad NA, Taresh SM. Psychometric Properties of the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III in an Arabic Clinical Sample Compared With American, Italian, and Dutch Cultures. (2021) *Front Psychol*;
- [2] Köck P., Walter M., Personality disorder and substance use disorder – An update, *Mental Health & Prevention*, (2018) Volume 12, pg. 82-89;
- [3] Hurtado Ruiz, Maria Gema & Fonseca, Fernando & Digón, L.D. & Riera, R.M. & Martínez-Sanvisens, Diana & Mateu-Codina, Gerard & Martínez, A.F. & Sauras, Rosa & Torrens, Marta. (2018). Personality dimensions and main drug of use in dual disorders. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*. 20. 39-50;
- [4] Nevid J.S., Gordon A.J., Miele A.S., Keating L.H. Personality Profiles of Individuals with Substance Use Disorders: Historical Overview and Current Directions *Journal of Mental Health & Clinical Psychology*, (2020), St. John's University, New York.

## ***Principali variabili legate a fattori di rischio psicologici, educativi e familiari nei soggetti che hanno commesso violazioni del Codice della Strada relative alla guida sotto l'effetto di alcol e sostanze stupefacenti Art 186 e 187***

**\*M. Pilo, \*\*C. Mereu**

**\*Dirigente Psicologa Servizio per le Dipendenze DSMD ASL 1 -Sassari**

**\*\*Tirocinante TPV Servizio per le Dipendenze DSMD ASL 1 -Sassari**

### **Summary**

This study aims to identify personality traits related to substance use through the MMPI-2 scales (AAS, APS, MAC-R) and the SCL-90, focusing on psychosocial, educational, and familial risk factors. The analysis involves 30 patients who violated traffic laws (Articles 186 and 187) by driving under the influence of alcohol and drugs. The main goal is to identify recurring personality patterns in these individuals and explore relevant psychosocial risks for prevention and treatment.

The sample was assessed through clinical interviews and the administration of MMPI-2 scales and the SCL-90. Descriptive statistical analysis revealed traits like impulsivity, hostility, and isolation tendencies, which are linked to a higher risk of substance abuse.

The findings also emphasize the role of dysfunctional family dynamics, low emotional support, and limited educational resources in risky behavior. Despite the sample's size and gender imbalance, the study highlights the need for targeted interventions in prevention and rehabilitation.

### **Premessa**

Con il presente lavoro si intendono individuare alcune caratteristiche di personalità, rilevate attraverso le tre scale derivate dal MMPI-2 (AAS, APS, MAC-R), indicative di un uso problematico di sostanze psicoattive, e il test SCL-90, con l'obiettivo di profilare i fattori di rischio psicologici, educativi e familiari. L'analisi si concentra su un campione di 30 pazienti seguiti per violazioni degli articoli 186 e 187 del Codice della Strada, relativi alla guida sotto l'effetto di alcol e sostanze stupefacenti.

### **Scopo delle osservazioni**

L'obiettivo principale è identificare i pattern di personalità ricorrenti nei soggetti che hanno commesso infrazioni legate alla guida sotto l'effetto combinato di alcol e droghe. Inoltre, si intende valutare il ruolo di possibili fattori di rischio psicosociali e esplorare elementi utili per la prevenzione e il trattamento.

## Metodologia

Il campione di 30 pazienti è stato sottoposto a un colloquio clinico e alla somministrazione delle tre scale derivate dal MMPI-2 e del Questionario SCL-90 per la raccolta e l'analisi dei dati: □ AAS (Addiction Acknowledgement Scale): Misura l'ammissione esplicita di problematiche legate all'abuso di sostanze.

- APS (Addiction Potential Scale): Valuta la predisposizione all'abuso di sostanze, anche senza un'ammissione diretta.
- MAC-R (MacAndrew Alcoholism Scale-Revised): Rileva tratti di personalità associati all'abuso di alcol e sostanze.
- SCL-90 (Symptom Checklist-90-R): un questionario self-report che misura la sintomatologia psicologica generale su nove dimensioni cliniche, tra cui ansia, depressione, ostilità, somatizzazione e sintomi ossessivo-compulsivi.

I dati raccolti sono stati analizzati utilizzando statistiche descrittive per identificare pattern e tendenze nei risultati dei test e nelle variabili socio-demografiche e cliniche.

## Risultati

### Analisi del Campione

Il campione esaminato è composto da 30 pazienti, di cui 3 femmine (10%) e 27 maschi (90%). La predominanza maschile rispecchia una tendenza comune in studi relativi a comportamenti a rischio legati alla guida sotto l'effetto di alcol e sostanze.

Dal punto di vista socio-demografico e clinico, il campione presenta una distribuzione eterogenea.

I fattori di rischio psicosociali prevalenti sono: dinamiche familiari conflittuali, scarsa presenza di supporto emotivo e una rete sociale debole.

Il livello di scolarità del campione è equamente diviso tra Licenza Media (50%) e Diploma Scuola Superiore (50%) Le caratteristiche demografiche e cliniche suggeriscono che la combinazione di fattori psicologici e socioambientali giocano un ruolo fondamentale nell'insorgenza dei comportamenti a rischio.

### Analisi Descrittiva delle Dimensioni Psicopatologiche

Sono state analizzate le quattro dimensioni del Questionario SCL-90-R che hanno riportato i punteggi più elevati nel campione: Ostilità, Fobia, Paranoia e Psicoticismo. I risultati sono stati elaborati mediante statistiche descrittive (media, mediana e moda) per evidenziare la tendenza centrale e la distribuzione dei punteggi nel gruppo. Per la scala Ostilità (HOS), la media è 42.63, la mediana 37.6 e la moda 32.9, riscontrata nel 21.4% del campione. Nonostante alcuni punteggi elevati (es. 90), la tendenza centrale riflette una sintomatologia contenuta o moderata nella maggior

parte dei soggetti.

La scala Fobia (PHO) ha mostrato una media di 45.41 e una mediana di 40.25. La moda è 39.4, comparando nel 42.8% del campione, indicativa di sintomi fobici lievi/moderati. Per la scala Paranoia (PAR), la media dei punteggi è 47.15, con una mediana di 44.5. Le modalità frequenti sono 35.0, 39.2 e 41.3, mostrando una distribuzione relativamente omogenea. Questo suggerisce una variabilità significativa nella percezione della realtà. Il comportamento a rischio, ossia la guida in stato di alterazione, appare come un'espressione di impulsi disinibiti, influenzati da vulnerabilità psicologiche e dalla mancanza di un adeguato contenimento ambientale o familiare.

Infine, la scala Psicoticismo (PSY) ha una media di 44.6, con una mediana di 40.45. La moda è 36.2, osservata nel 35.7% del campione, con punteggi prevalentemente bassi relativi a sintomi dissociativi e isolamento sociale.

### **Analisi delle Scale Derivate dal MMPI-2**

L'analisi delle scale MMPI-2 (MAC-R, AAS, APS) fornisce un quadro utile per comprendere le caratteristiche di personalità associate al rischio di uso problematico di sostanze.

Per la MacAndrew Alcoholism Scale – Revised (MAC-R), la media è 59.71, con una mediana di 60.0. La moda è 55, presente nel 17.6% dei casi. Ciò suggerisce una tendenza moderatamente elevata nei tratti associati alla vulnerabilità all'abuso di sostanze, con punteggi superiori a 60 in oltre il 40% dei soggetti.

La Addiction Acknowledgement Scale (AAS), che misura l'ammissione esplicita di problemi legati all'uso di sostanze, ha una media di 66.35, con mediana di 67.0 e moda 67, riscontrata nel 29.4% del campione. Questo dato indica un'elevata prevalenza di soggetti consapevoli delle proprie problematiche legate al consumo di sostanze.

La Addiction Potential Scale (APS) ha una media di 49.82, con una mediana di 50.0. La moda è 45, riscontrata nel 23.5% del campione, indicando una vulnerabilità di base mediobassa al comportamento di dipendenza.

### **Limitazioni e Proposte per Future Ricerche**

Il presente studio rivela alcune limitazioni. In primo luogo, il campione potrebbe non essere sufficientemente ampio o rappresentativo per generalizzare i risultati ad altre popolazioni.

L'utilizzo del SCL-90 come strumento di autovalutazione comporta il rischio di bias di risposta. La mancanza di un gruppo di controllo limita la possibilità di trarre conclusioni causali. Poiché l'analisi è descrittiva, non è possibile stabilire relazioni di causa-effetto tra le variabili esaminate. Infine, l'esclusione di variabili quali aspetti socioeconomici o comorbidità psichiatriche possono avere limitato i risultati.

In ordine al superamento di questi limiti, future ricerche potrebbero ampliare il campione e includere gruppi di controllo. Studi longitudinali potrebbero monitorare l'evoluzione delle condizioni psicologiche nel tempo e valutare l'efficacia di eventuali interventi. Sarebbe inoltre utile integrare le valutazioni con test clinici e neuropsicologici per una comprensione più completa. Infine, esplorare fattori protettivi come il supporto sociale o la resilienza potrebbe fornire indicazioni per la prevenzione e il trattamento.

## Conclusioni

L'analisi del campione di soggetti sottoposti a valutazione psicodiagnostica per violazioni del Codice della Strada ha permesso di identificare pattern di personalità ricorrenti associati all'abuso di alcol e sostanze psicoattive illegali. I risultati delle scale del MMPI-2 (MAC-R, AAS, APS) e dello SCL-90-R suggeriscono la presenza di tratti clinici e prodromici significativi del comportamento a rischio. La scala AAS evidenzia un'elevata consapevolezza dei problemi legati all'uso di sostanze, mentre la MAC-R suggerisce tratti impulsivi e propensione alla ricerca di sensazioni nuove (novelty seeking). La APS indica una vulnerabilità latente al comportamento di dipendenza, anche in assenza di ammissione.

Le dimensioni dello SCL-90-R — Ostilità, Fobia, Paranoia e Psicoticismo — delineano un quadro psicologico con tratti di irritabilità, diffidenza e sintomi dissociativi lievi. L'elevata ricorrenza di punteggi nella scala Ostilità e Paranoia suggerisce difficoltà relazionali e discontrollo degli impulsi.

Complessivamente, il profilo psicologico evidenzia un pattern di impulsività, ostilità, tendenze all'isolamento, consapevolezza parziale del comportamento deviante e un locus of control esterno. Quest'ultimo indica che i soggetti tendono a percepire gli eventi come influenzati da fattori esterni piuttosto che dal loro controllo, il che può amplificare comportamenti disfunzionali. Questi elementi sono cruciali per la comprensione della guida in stato di alterazione e per orientare futuri interventi psicoeducativi e preventivi.

## Bibliografia

- ASAM American Society Off Addiction Medicine (2020), National Practice Guideline for The Treatment of Opioid Use Disorder pg57-58.
- Costabile A., Bellacicco D., Bellagamba F., Stevani J. (2011), Fondamenti di psicologia dello sviluppo. Laterza, Bari.
- Bion W.R. (2009) Apprendere dall'esperienza Roma : Armando
- ESPAD Italia 2024 European School Survey Project on alcohol and other drugs - Italy
- Korte M. (2020) The impact of the digital revolution on human brain and behaviour: where do we stand? Dialogue in Clinical Neuroscience, 22(2)101-1011.

- Lucchini A. (2024) *Consumi e Dipendenze in Adolescenti e Giovani adulti* – Franco Angeli Milano
- Lugoboni F. e Zamboni L. (a cura di) (2018) *In sostanza: Manuale sulle Dipendenze patologiche* Ed CLAD Verona
- Piano Regionale della Prevenzione 2020 -2025 Regione Autonoma Sardegna
- 2024 - Relazione Annuale al parlamento sul fenomeno delle Dipendenze in Italia.
- Siegel D.J. (2014) *La mente adolescente* -Raffaello Cortina Milano
- Macrillò A., Filocamo F. Mussini G., Tripiccione D. (2024) *Il processo penale minorile con formulario e giurisprudenza* – Maggioli Editore

### Sitografia

- Pelletti, G., Boscolo-Berto, R., Anniballi, L. *et al.* Prevalence of alcohol-impaired driving: a systematic review with a gender-driven approach and meta-analysis of gender differences. *Int J Legal Med* 138, 2523–2540 (2024). <https://doi.org/10.1007/s00414-024-03291-3>
- Caputo, F., Lungaro, L., Palamara, G., Pavarin, R. M., Sanchini, S., Costanzini, A., Caio, G., De Giorgio, R., Testino, G., & Scafato, E. (2024). Driving under the influence of alcohol and alcohol use disorder: The relevance of early identification from an Italian retrospective outpatient study. *Annals of the Italian Society of Gastroenterology*, 24(2), 171-178. [https://doi.org/10.4415/ANN\\_24\\_02\\_05](https://doi.org/10.4415/ANN_24_02_05)
- Poetto, A. S., Catesini, G., Dossetto, P., Marchetti, S., & Addobbati, R. (2024). Drug driving in Italy: The results of the first roadside drug testing service utilizing on-site confirmatory analysis between 2019 and 2022. *Forensic Science International*, 345, 11929. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2024.111929>
- Tassoni, G., Cippitelli, M., Scendoni, R., Froidi, R., Buratti, E., & Cerioni, A. (2023). A study into the nature and extent of polydrug use in driving recidivism behavior. *Substance Use & Misuse*, 58(1), 110-115. <https://doi.org/10.1080/15389588.2023.2274273>

# Il Congresso Nazionale Società Italiana di Psichiatria e Psicopatologia Forense

## PDTA Penitenziari: dalla detenzione al reinserimento sociale.

### Progetto pilota presso la Casa Circondariale di Bolzano.

Sanna L., Da Rugna E., Bridi S., Conca A.  
1 Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, Comprensorio di Bolzano



#### Introduzione

Recenti studi indicano che, in Italia, circa il 30-40% dei detenuti soffre di patologie psichiatriche, incidenza ben superiore rispetto alla media nazionale, dove il tasso di disturbi psichiatrici è del 10-15% (1; 2). Questa alta prevalenza di problematiche psichiatriche si associa a rischi significativi durante la permanenza in carcere, quali autolesionismo e suicidio (3), difficoltà nell'adattamento alle regole carcerarie (4) e recidive e violenza (5). La Casa Circondariale di Bolzano (CC-Bz) ha una capienza di 88 posti in 31 stanze di detenzione suddivise 3 sezioni. Tuttavia, attualmente ospita circa 120 detenuti, maschi, per lo più in attesa di giudizio o che devono scontare pene brevi, generalmente fino ad un massimo di 5 anni di reclusione. Il progetto PDTA (Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali) Penitenziari, avviato presso la CC-Bz con parziale finanziamento del Ministero di Giustizia a seguito di avviso pubblico per la selezione di progetti per il recupero e il reinserimento dei detenuti (Art. 1 commi 856-857, L. 197/22), ha l'obiettivo di intercettare i detenuti con patologia psichiatrica residenti nella provincia di Bolzano, offrire una valutazione multidisciplinare e multidimensionale completa, avviare interventi individualizzati intramurari e mediare i contatti tra detenuto e servizio di salute mentale territoriale al fine di supportarne la permanenza in carcere e sostenerne la presa in carico post-detenzione, così da promuovere il benessere psicosociale e ridurre il rischio di recidiva.

#### Metodi

Tra settembre e dicembre 2024, a tutti i detenuti con residenza in Alto Adige, per i quali emergeva sintomatologia psichiatrica e/o storia di patologia psichiatrica, veniva proposto un assessment multidisciplinare (Fig.1), al fine di formulare un piano terapeutico individualizzato (PTI).

Sulla base del PTI, l'equipe penitenziaria, costituita da psichiatra, psicologo, assistente sociale-criminologo e tecnico della riabilitazione psichiatrica, avvia poi interventi mirati volti all'aumento dell'insight e dell'aderenza al trattamento, nonché allo sviluppo di possibili strategie di gestione dello stress (Fig. 2).

Contestualmente, previo consenso da parte del detenuto, veniva effettuata una restituzione della valutazione agli operatori dello staff multidisciplinare dell'istituto, ai servizi di salute mentale competenti (Centro di Salute Mentale e/o Servizio per le Dipendenze) e agli altri enti coinvolti (UEPE) per la formulazione di interventi multidisciplinari integrati durante e dopo la scarcerazione, inclusi eventuali inserimenti semiresidenziali o residenziali.



Fig. 1 Equipe penitenziaria e Assessment Multidisciplinare



Fig. 2 Ruoli, compiti ed interventi delle diverse figure professionali all'interno dell'equipe penitenziaria

#### Conclusioni

Il presente progetto pilota, pur con i limiti correlati alla ridotta durata vincolata alle tempistiche del bando ministeriale, suggerisce che l'implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici specifici può migliorare significativamente il benessere dei detenuti e contribuire a un processo di riabilitazione più efficace. Ha infatti evidenziato come un approccio multidisciplinare integrato nella gestione della salute mentale in ambito penitenziario sia utile per incentivare la motivazione intrinseca del detenuto al proprio progetto di vita, sostenere la presa in carico da parte dei servizi territoriali, avviare interventi individualizzati già in corso di detenzione, sviluppare percorsi personalizzati post-carcerazione. Studi longitudinali saranno necessari per valutare le ricadute positive di tali percorsi in termini di aderenza ai trattamenti, riduzione della recidiva e, in generale, qualità di vita dei detenuti. La replicabilità del modello in altre strutture penitenziarie potrebbe rappresentare una risorsa importante per l'innovazione delle politiche penitenziarie e di salute mentale.

#### Risultati

Nell'ambito del progetto pilota PDTA Penitenziari presso la Casa Circondariale di Bolzano, tra settembre e dicembre 2024 sono stati individuati 9 detenuti residenti nella provincia con anamnesi psichiatrica positiva o sintomi psicopatologici in atto. Di questi, 2 hanno rifiutato di partecipare al progetto, 3 sono stati scarcerati prima della conclusione degli approfondimenti diagnostici. Quattro detenuti hanno portato a termine la valutazione multidisciplinare, che, nel primo caso non ha evidenziato una franca diagnosi psichiatrica, ma ha comunque contribuito alla formulazione di un progetto in misura alternativa, mentre, nei restanti casi, ha portato a una definizione diagnostica utile alla formulazione di un PTI che includeva interventi intramurari e, successivamente territoriali (Fig. 3).

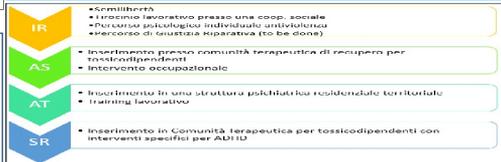


Fig. 3 Punti chiave dei progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati dei detenuti che hanno completato la valutazione

#### Bibliografia

1. Fioritti, A., Sisti, D., & Tontodonati, M. (2012). La salute mentale in carcere: prevalenza e approccio terapeutico. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 23(2), 345-357.
2. D'Urso, G., Catania, L., & Ciresi, G. (2016). Disturbi psichiatrici nella popolazione carceraria: una revisione della letteratura. *Rivista Italiana di Psichiatria*, 51(4), 256-264.
3. Laudisio, A., Manzoli, L., & Polilli, E. (2015). Rischio suicidario in carcere: un'analisi della prevalenza tra i detenuti con disturbi psichiatrici. *Medicina e Psicologia*, 38(1), 42-49.
4. Bernasconi, F., Fabbri, C., & Pellizzari, P. (2013). Carcere e disagio psichico: difficoltà di gestione e politiche di intervento. *Giornale Italiano di Psichiatria*, 7(3), 180-192.
5. Lanza, R., Zampino, R., & Capuano, E. (2014). La criminalità tra i detenuti con disturbi psichiatrici: uno studio longitudinale. *Psicologia Penitenziaria*, 21(2), 88-97.



# SIPPF

SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA  
E PSICOPATOLOGIA FORENSE