

Cartof Fierbinte – La Patata bollente!

I confini tra competenze sociali e sanitarie e tra clinica e riabilitazione

Teo Vignoli[^], Miriam Savarese[^], Michela Tazzini[^], Stefano Aringhieri^{**}, Paola Avveduti[^], Giorgia Bondi^{°°}, Monica Bosi[°], Simona Brunetti[^], Luigi Caputo^{*}, Gaetano Cerreto[°], Luigi De Donno^{°°°}, Sabrina Ferroni^{*}, Daniela Forlano^{**}, Giuseppa Ghetti[^], Cinzia Ghidoni^{^^^}, Daniele Innocenti^{*}, Giovanna Maria Latino^{**}, Mirta Malpassi^{°°}, Andrea Martini[^], Elisa Martino[^], Antonella Monti^{^^}, Angela Piovani^{*}, Federica Righi^{**}, Barbara Rossi^{°°}, Maria Caterina Staccioli^{°°}, Edoardo Cozzolino^{***}

Introduzione

Il Sig. C.G. è un uomo di 47 anni, rumeno, in Italia dal 2009 ma privo di residenza. In Romania faceva l'agente di sicurezza mentre in Italia ha svolto per alcuni periodi l'operaio agricolo ma è senza lavoro da anni. La rete familiare (genitori, fratello e sorella con le rispettive famiglie, ex moglie e figlio minore) vive all'estero, tra Romania ed Inghilterra.

I primi contatti con C.G. sono avvenuti nel 2020 quando il medico del Ser.D. ha svolto una consulenza in Pronto Soccorso, dove C.G. era giunto per abuso alcolico occasionale (negava abuso ricorrente) e nel quale ha rifiutato un appuntamento di approfondimento al Ser.D.

Un anno dopo la Caritas, che lo supportava con erogazione di viveri, ha segnalato il paziente al nostro servizio per abuso ricorrente di alcol, riferendo che si trattava di persona senza lavoro e senza fissa dimora, che viveva sotto una tettoia, nei parchi o in una lavanderia notturna.

Il Sig. C.G. è stato accompagnato al colloquio di accettazione da un volontario della Caritas e dal prete ortodosso di riferimento per la comunità rumena (presente sia per conoscenza che per mediazione linguistica e culturale).

Osservazione e diagnosi

In un'ottica di osservazione e valutazione, è stato effettuato un colloquio da parte dell'assistente sociale del Ser.D. congiuntamente all'assistente sociale del territorio da cui è emerso che:

- il paziente era sostenuto dalla comunità rumena e dalla chiesa ortodossa per ricevere alimenti tipici rumeni ed

avere occasioni di socializzazione e condivisione culturale;

- la nostalgia per il paese di origine e la mancanza di una rete di relazioni significative in Italia avevano inciso negativamente sull'umore, evidenziando sintomi depressivi che contribuivano ad alimentare il craving e ad esaltare gli effetti psicoattivi dell'alcol;
- il baratto era il metodo per procurarsi il vino: ricevendo del pane secco da un supermercato, lo portava alle galline di un contadino in cambio di vino; allo stesso modo, garantendo il controllo delle arnie posizionate da un apicoltore nei dintorni, riceveva ulteriore vino.

Il bisogno espresso dalla persona nel colloquio era quello di raggiungere una stabilità abitativa di poter stare meglio per riprendere le relazioni, anche sentimentali.

In una prospettiva di lavoro di rete, sono stati presi contatti con le forze dell'ordine che hanno descritto la persona come non pericolosa, sebbene diventasse molesto e fastidioso dopo aver bevuto.

Sanzionato per ubriachezza e non rispetto delle misure Covid, aveva subito delle denunce per violenza privata (per aver aperto lo sportello di un'auto), estorsione (per essersi messo davanti ad un cancello impedendo alla persona di uscire se non avesse pagato 50 euro) e furto (per aver rubato delle brioches al bar).

È stato inoltre somministrato il questionario Audit di screening sul consumo di alcol che ha dato un punteggio pari a 11, compreso quindi nel range tra 8 e 13 che corrisponde a consumo alcolico eccessivo e/o problemi alcol-correlati, con scarsa probabilità di dipendenza da alcol (Higgins-Biddle *et al.*, 2018).

È stata quindi eseguita una visita medica nella quale il paziente riferiva di consumare alcol dalla giovane età, prima con coetanei e poi in ambiente familiare, in maniera non continuativa ma frequente (2-5 vv/settimana) con episodi di binge drinking (6-10 unità in poche ore) ricorrenti, asserendo di non aver mai sviluppato dipendenza fisica o psicologica (negava tentativi di interruzione del consumo).

Da quando è in Italia riferiva consumo di circa mezzo litro di vino/die con dosi superiori quando riesciva ad aver maggior disponibilità economica.

[^] UO Dipendenze Patologiche Lugo AUSL Romagna.

^{**} UO Dipendenze Patologiche Forlì AUSL Romagna.

^{°°} UO Dipendenze Patologiche Rimini AUSL Romagna.

[°] UO Dipendenze Patologiche Faenza AUSL Romagna.

^{*} UO Dipendenze Patologiche Ravenna AUSL Romagna.

^{°°°} UO Dipendenze Patologiche Bologna AUSL Bologna.

^{^^^} UO Dipendenze Patologiche Piacenza AUSL Piacenza.

^{^^} UO Dipendenze Patologiche Cesena AUSL Romagna.

^{***} Esecutivo nazionale FeDerSerD – Milano.

Gli esami laboratoristici confermavano questo tipo di consumo: controlli ETG francamente positivi, GOT (45 U/L), GPT (46 U/L) e GGT (110 U/L) lievemente alterate e CDT negativa. Ammetteva inoltre che quando beveva si disinibiva con comportamenti talvolta inadeguati nei confronti degli altri, e rispetto agli accessi in PS e al fermo per guida della bicicletta in stato di ebbrezza, ammetteva l'abuso alcolico ma minimizzava le conseguenze.

Era evidente una motivazione al cambiamento esterna, legata alla richiesta del volontario Caritas e del Prete ortodosso, che avevano identificato l'astensione da alcolici come condizione necessaria per proseguire un progetto riabilitativo.

Dal punto di vista motivazionale era in fase contemplativa con frattura interiore scarsa e autoefficacia alta (Prochaska *et al.*, 1997).

Chi lo prende in carico? I Ser.D. devono occuparsi anche dell'Uso Dannoso in alcune situazioni?

Dal punto di vista diagnostico viene identificato un "Uso Dannoso" secondo i criteri dell'ICD-10 (World Health Organization, 2004) e un "Disturbo da Uso di Alcol (DUA) Lieve" secondo i criteri del DSM V (American Psychiatric Association, 2013).

Sebbene sotto il profilo della addiction il Sig. C.G. non sia grave, il potenziale impatto dell'abitudine alcolica sulla condizione sociale individuale e di integrazione con il territorio, e la presenza di forti fattori di rischio per un peggioramento del DUA nel tempo, convincono l'equipe sulla opportunità di presa in cura presso il Ser.D.

Il programma terapeutico

È stato quindi attivato un programma terapeutico integrato con coinvolgimento del paziente ma anche di tutti i protagonisti della rete, che fin dall'inizio hanno avuto un ruolo fondamentale. In un'ottica di recovery e di facilitazione del processo di cambiamento volto al miglioramento della condizione fisica, psichica e sociale del paziente è stato redatto un contratto terapeutico (Pacetti *et al.*, 2017) che prevedesse una serie di impegni presi dal paziente stesso, dai Servizi e dalla rete sociale informale:

- impegni e risorse del paziente: mantenere l'astensione dalle sostanze, fare controlli tossicologici regolari, colloqui con gli operatori del Ser.D., non creare problemi di ordine pubblico e partecipare alle attività della Caritas (corso di italiano e volontariato);
- impegni e risorse dei Servizi: risolvere il problema della residenza, requisito fondamentale per l'iscrizione al sistema sanitario e per l'accesso ad una serie di prestazioni e servizi;
- impegni e risorse della rete informale (Caritas e Prete ortodosso): fornire i pasti, nonché monitorare e supportare emotivamente il paziente.

In questa fase la presenza di un DUA lieve non ha posto indicazione a trattamento farmacologico e la presenza di forti limiti sul versante motivazionale e culturale non ha reso opportuno interventi psicoterapici.

Il ruolo del Ser.D. è stato quindi quello di definire e sostenere la rete formale e informale a sostegno del paziente e di promuovere l'astensione da alcol attraverso la logica del contingency management (De La Garza, 2017), ossia il rinforzo attraverso una serie di supporti socio-sanitari del cambiamento atteso da parte del paziente.

In modo autonomo e casuale il Sig. C.G. ha trovato una roulotte disabitata e l'ha occupata, previa condivisione con il proprietario del terreno ove "stazionava" il mezzo.

Tale azione gli ha permesso di avere una maggior stabilità rispetto alla vita di strada e mostrare competenze prima in ombra, come le capacità di cura di sé e dell'ambiente dimostrata durante le visite domiciliari effettuate, unitamente ad una attenzione all'accoglienza pur con risorse limitate.

Stabilità e rete di supporto hanno favorito, in un circolo virtuoso, un aumento della compliance di C.G., la riduzione dei consumi alcolici fino al raggiungimento dell'astensione completa per alcune settimane (certificata da esecuzione settimanale di etilglucuronide urinaria), la ripresa di attività fisica mattutina e la cura di un piccolo orto.

Purtroppo dopo pochi mesi C.G. ha ricevuto la notizia di dover abbandonare la roulotte per mancata disponibilità del proprietario terriero a rinnovare l'ospitalità.

Questo evento critico ha rappresentato il trigger di emozioni negative (rabbia, perdita di speranza, depressione, impotenza) (Suzuki *et al.*, 2020) tale da condizionare una importante ricaduta nell'abuso alcolico e l'abbandono di tutte le attività fino a quel momento svolte.

Dopo 3 settimane, C.G. ha fatto un grave incidente in bicicletta in stato di ebbrezza, con conseguente ricovero ospedaliero.

La sindrome astinenziale

C.G. viene trasportato dal 118 in PS in evidente stato di ebbrezza: gli esami ematici mostrano un valore di 2.17 gr/L di alcolemia con GPT aumentate (237 U/I) a conferma del fatto che l'abuso era stato continuativo nelle ultime settimane. Gli esami strumentali evidenziano:

- Rx torace: fratture costali multiple e lieve PNX dx.
- TC encefalo: non lesioni.
- Rx rachide: frattura cervicale duplice in C6 e singola in C7.

Il paziente viene quindi tenuto in osservazione durante la notte in attesa di ricovero, ma la mattina seguente si manifesta importante agitazione psicomotoria per cui viene chiesta consulenza alcolologica.

Alla visita medica vengono rilevate agitazione ansia, lievi tremori, nausea e lieve disturbo dell'attenzione che risultano concomitanti con la discesa dell'alcolemia.

Viene posta quindi diagnosi di sindrome di astinenza da alcol (SAA) e viene eseguita la scala CIWA-Ar che mostra un punteggio di 13 compatibile con astinenza di grado moderato. Coerentemente con le linee di indirizzo nazionali e internazionali (Caputo *et al.*, 2019) le possibili scelte terapeutiche sono

benzodiazepine, sodio oxibato o tiapride. Viene scelto il sodio oxibato per una serie di vantaggi:

- emivita più bassa (0,5 ore) della BDZ con minor emivita ed efficace nel trattamento antiastinenziale (oxazepam), con conseguente maggior maneggevolezza in tutti i casi in cui gli effetti collaterali di tipo sedativo possono confondere il quadro clinico e quindi può essere necessario interrompere o ridurre la tp (trauma cranico con o senza emorragia, encefalopatia epatica o di altra origine ecc.) (Testino *et al.*, 2020);
- possibilità di proseguire il trattamento nei mesi successivi il superamento della sindrome astinenziale come farmaco anticraving se ritenuto necessario o nel caso in cui al termine della sindrome di astinenza acuta dovessero permanere alcuni sintomi caratteristici della sindrome da astinenza protratta (SAP) come ansia, insonnia, disforia ecc. (Lucchini, 2020);
- maggior maneggevolezza alla sospensione in quanto le benzodiazepine devono essere scalate progressivamente per evitare sindrome astinenziale e nei casi di scarsa compliance del paziente presentano il rischio da un lato di astinenza da BDZ (se le sospende di colpo) e dall'altro di dipendenza da BDZ (se non le riesce a scalare); al contrario il sodio oxibato, al dosaggio terapeutico, può essere sospeso anche senza scalaggio senza rischio di sindrome astinenziale (Owen *et al.*, 2008).

Il trattamento con sodio oxibato garantisce una remissione immediata dei sintomi astinenziali e viene sospeso al decimo giorno di ricovero che prosegue in casa di cura per altre 2 settimane al fine di stabilizzare la frattura cervicale, senza manifestazione di sintomi compatibili con SAP.

Sodio Oxibato come trattamento di continuità tra SAA e SAP

*In pazienti con SAA di grado moderato il Sodio Oxibato presenta dei vantaggi di maneggevolezza rispetto alle BDZ e, in caso di persistenza di sintomi tipici di SAP dopo il superamento della SAA può essere una valida opzione terapeutica per i primi 3-6 mesi dopo la sospensione del consumo di alcol (Caputo *et al.*, 2020).*

Situazione di “impasse” burocratica che blocca il progetto terapeutico

Nel corso del ricovero, dovendo riformulare il progetto di reinserimento sul territorio, gli impegni che i servizi avevano preso nel contratto terapeutico sulla regolarizzare della posizione sanitaria e sull'iscrizione anagrafica della persona sono diventati un'urgenza ma la questione è complessa.

Per poter regolarizzare l'iscrizione anagrafica è necessaria una copertura sanitaria annuale che il paziente non aveva in quanto, in qualità di cittadino europeo non comunitario, non era in possesso del tesserino STP (stranieri temporaneamente presenti), bensì di tesserino Eni che prevede una copertura emergenziale con durata massima di 6 mesi (Regione Emilia-Romagna, 2021).

Al contempo, l'iscrizione al sistema sanitario nazionale, anche a pagamento, è possibile solo ai residenti o a chi ha lavorato almeno 366 gg in Italia.

Dunque non è possibile prendere la residenza perché non c'è un'assicurazione sanitaria annuale e l'iscrizione annuale al sistema sanitario nazionale non è possibile in mancanza della residenza!

Per uscire dal circolo vizioso, abbiamo ritenuto opportuno convocare un gruppo tecnico. Oltre agli operatori Ser.D., hanno partecipato gli operatori della Caritas, l'insegnante di italiano, l'assistente sociale del territorio, la responsabile dell'area adulti dei servizi sociali territoriali, l'assessore comunale.

Dopo accesi confronti in cui il Ser.D. chiedeva una forzatura sull'iscrizione anagrafica, già negata due volte a causa del timore da parte del servizio sociale e dell'assessore comunale di radicare sul territorio una persona problematica, si è ragionato sul paradigma cura/stigma ponendo al centro una visione della persona come paziente che può funzionare solo se curato, e del paziente come persona titolare di diritti necessari al benessere complessivo, e non come delinquente. In linea con queste riflessioni si è concordato che l'anagrafe avrebbe concesso l'iscrizione anagrafica temporanea, in attesa di iscrizione al sistema sanitario nazionale a pagamento, a patto che il paziente avesse accettato un periodo di stabilizzazione e approfondimento delle condizioni cliniche e della compliance presso un Centro di Osservazione e Diagnosi (COD), con la disponibilità di una presa in carico stabile e continuativa da parte del nostro servizio anche dopo tale periodo.

È stato quindi individuata la struttura più idonea valutando i criteri di vicinanza territoriale, possibilità di approfondimento diagnostico e presenza di zone verdi che il paziente ha accettato.

Il progetto deve valere più delle procedure

Per uscire da una situazione di impasse burocratica l'unica possibilità è stata quella di assumersi la responsabilità condizionale di fare un'eccezione alla procedura, giustificata dal progetto: il comune e i servizi sociali sui criteri di concessione della residenza e sul finanziamento dell'iscrizione al SSN e il Ser.D. sui criteri di ingresso in COD per problematica sostanzialmente sociale.

Progetto di domiciliarità personalizzato

Il Sig. C.G. ha mostrato una gravità di DUA superiore a quella che avevamo diagnosticato a inizio percorso, non fosse altro per la manifestazione di SAA: la comparsa di SAA dopo periodi brevi di abuso continuativo, in questo caso solo 3 settimane, è indice del fenomeno del kindling secondo il quale ogni SAA successiva è più rapida e grave della precedente (Becker, 1998).

Contemporaneamente però il Sig. C.G. ha dimostrato di avere un buon esito sul versante alcologico se messo nelle condizioni di avere una casa, una occupazione e una rete di supporto. Cerchiamo quindi di formulare un progetto di domiciliarità

personalizzato ma il Sig. C.G. sembra inadeguato ad ogni progetto:

- l'housing first potrebbe essere adatto, a fronte dell'impossibilità di garantire una astensione protratta da alcol, purtroppo però il progetto sul nostro territorio non è aperto ai pazienti con dipendenza patologica;
- gli appartamenti supportati accolgono pazienti al termine di un percorso comunitario e quindi il Sig. C.G. non presenta i criteri necessari;
- per accedere a case di edilizia popolare, con eventuale affiancamento di un operatore di prossimità, sono necessari due anni di residenza che, invece, abbiamo appena ottenuto con grande fatica;
- progetti sperimentali in collaborazione con il privato sociale che si assume la titolarità dell'affitto di appartamenti con supporto educativo, sono presenti per i pazienti affetti al CSM ma non per i pazienti dei Ser.D.;
- un affitto a totale carico del servizio sociale non è stato accettato in quanto il paziente aveva anche istanze sanitarie rilevanti.

Dopo 3 mesi di inserimento al COD, il gruppo tecnico si è quindi nuovamente riunito per capire come proseguire il percorso alla luce dell'impossibilità di seguire percorsi standard. Dopo lunga discussione è stato possibile definire una collaborazione tra tutti i nodi della rete a favore di un progetto condiviso che prevedeva:

- cercare nel mercato privato una casa con pagamento del canone mensile da parte del prete ortodosso e della Caritas congiuntamente;
- garantire il deposito cauzionale per l'affitto e le utenze da parte del servizio sociale;
- fornire un intervento di prossimità con monitoraggio educativo plurisettimanale da parte di operatori Ser.D., con attivazione di un tirocinio formativo, ripresa del programma ambulatoriale e accompagnamento alla vaccinazione (propedeutica al percorso formativo, lavorativo).

La soluzione finale, che ha definito il progetto terapeutico tuttora in corso, è stata sicuramente soddisfacente ma è emersa dopo conflitti istituzionali e sforzi enormi da parte degli operatori coinvolti che hanno quindi sottolineato alcune riflessioni.

1. *la domiciliarità è un ambito troppo rilevante nel progetto riabilitativo del paziente per essere relegata a progetti rigidi con budget separati e divisi in base a tipologia di pazienti, servizi di afferenza ecc.: è necessaria maggiore elasticità e un ulteriore passaggio di risorse dai progetti di comunità a quelli di reinserimento territoriale;*
2. *la casa è un diritto fondamentale oltre che una opportunità di autodeterminazione e la residenza diventa imprescindibile per garantire anche il diritto al lavoro (senza residenza non ci si può iscrivere al centro per l'impiego e non si può aprire la partita iva - art. 4 costituzione), il diritto alla difesa (senza la residenza non si può accedere al Servizio Sanitario Nazionale - art. 24 costituzione), il diritto alla salute (senza la residenza non si può accedere*

al servizio sanitario nazionale, non si può eleggere il medico di base e non si può usufruire delle esenzioni previste - art. 32 costituzione) e la possibilità di integrazione in caso di disabilità (senza residenza non si ha accesso ai servizi di welfare locale, non si può percepire la pensione sociale o di invalidità - art. 38 costituzione);

3. *l'utilizzo delle risorse del territorio, unitamente a quelle delle istituzioni, è stato preso in considerazione in modo completo solo nel momento in cui ci si è trovati in un vicolo cieco. L'ottica del budget di salute (Starace, 2011), che di fatto è stata quella adottata sebbene informalmente, potrebbe essere uno strumento utile applicabile anche alle dipendenze patologiche ma ancora questo non è finanziato e sostenuto sufficientemente, come invece è stato ribadito a più riprese nell'ultima conferenza nazionale sulle droghe (26-27 novembre 2021);*
4. *L'Housing First è un modello di intervento nell'ambito delle politiche per il contrasto alla grave marginalità, basato sull'inserimento diretto, in appartamenti indipendenti, di persone senza dimora con problemi di salute mentale o in situazione di disagio socio-abitativo cronico allo scopo di favorirne percorsi di benessere e integrazione sociale, nonostante non sia presente una remissione protratta dal punto di vista sintomatologico (Gatta et al., 2018); quest'ottica, che inverte la sequenza temporale tra housing ed esito del trattamento è un presidio fondamentale di riduzione del danno e non può essere presente solo in alcuni territori o solo per alcune tipologie di pazienti.*

La terapia farmacologica di mantenimento

Definito il programma di reinserimento territoriale, l'ultimo tassello è quello della terapia farmacologica, che in un paziente con 3 mesi di astensione da alcol, craving riferito assente e motivazione al mantenimento dell'astensione apparentemente alta, non è strettamente indicato.

I trattamenti anticraving (acamprosato, naltrexone e sodio oxibato) non hanno indicazione in quanto non è presente craving e il Disulfiram non è indicato in paziente astinente con frattura interiore bassa e autoefficacia alta.

Si concorda quindi con il paziente un monitoraggio sanitario stretto, soprattutto per i primi mesi, al fine di identificare le condizioni per cui potrebbe diventare opportuno iniziare un trattamento farmacologico con:

- **Acamprosato:** nel caso in cui il paziente pur riuscendo fare periodi significativi di astensione, vada in contro a ricadute limitate nel tempo (efficacia del farmaco nel prevenire ricaduta in paziente che riesce a raggiungere astensione) (Rösner et al., 2008).
- **Sodio Oxibato,** in caso di ricomparsa del craving o in caso di ricaduta più grave e continuativa, in quanto il farmaco è stato già sperimentato in fase anti-astinenziale e non ha mostrato effetti collaterali o craving per il farmaco, la presenza di un servizio di prossimità plurisettimanale può garantire un monitoraggio sull'uso del farmaco ed ottien-

mo la possibilità di trattare contemporaneamente craving per alcol ed eventuali sintomi iniziali di astinenza (van den Brink *et al.*, 2018).

- Disulfiram: in caso in cui le ricadute non siano correlate a incremento del craving legato ad eventi critici specifici, ma bensì alla difficoltà del paziente a garantire un controllo cognitivo sulla tentazione a consumare alcol in situazioni di vita normale e ci sia la motivazione del paziente ad assumere terapia avversivante per evitarle (Skinner *et al.*, 2014).

Conclusioni

Nei casi clinici come il Sig. C.G., complessi sia sotto il profilo sociale che sanitario, alcuni aspetti metodologici dell'intervento sono rilevanti:

1. tenere fluide e intercomunicanti tutte le interfacce istituzionali attraverso gruppi tecnici, unità di valutazione multidisciplinari, nuclei di valutazione e quant'altro, al fine di gestire in corresponsabilità i passaggi clinico-gestionali più complessi che non rientrano nella pratica "as usual";
2. garantire la multi professionalità dell'intervento: in questo caso hanno partecipato assistenti sociali, educatori, medici, infermieri, rappresentanti del volontariato, del clero, del privato sociale e, in prospettiva futura, quando le competenze linguistiche saranno migliori, l'ipotesi di un affiancamento psicologico sarà strategico;
3. utilizzare strumenti di intervento che garantiscano di far emergere tutte le risorse e le complessità dell'intervento per evitare di apprezzarle solo a seguito delle manifestazioni di problematicità dei pazienti o degli scontri istituzionali tra servizi: il budget di salute potrebbe essere uno strumento utile, attualmente sotto-utilizzato, da potenziare nei Ser.D.

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596.dsm05.

Becker H.C. (1998). Kindling in alcohol withdrawal. *Alcohol Health Res World*, 22(1): 25-33.

Caputo F., Agabio R., Vignoli T., Patussi V., Fanucchi T., Cimarosti P., Meneguzzi C., Greco G., Rossin R., Parisi M., Mioni D., Arico' S., Palmieri V.O., Zavan V., Allosio P., Balbinot P., Amendola M.F., Macciò L., Renzetti D., Scafato E., Testino G. (2019). Diagnosis and treatment of acute alcohol intoxication and alcohol withdrawal syndrome: position paper of the Italian Society on Alcohol. *Intern Emerg Med.*, Jan., 14(1): 143-160.

Caputo F., Cibirin M., Loche A., De Giorgio R., Zoli G. (2020). The recognition and management of protracted alcohol withdrawal may improve and modulate the pharmacological treatment of alcohol use disorder. *J Psychopharmacol.*, Nov., 34(11): 1171-1175.

Casalino D., Gatta D. (2018). Dal sapere al potere, l'esperienza della scelta La metodologia Housing First nell'esperienza ravennate. *SESTANTE*, 5: 42-47.

Costituzione della Repubblica Italiana - www.senato.it/istituzione/la-costituzione.

D.P.R. 223/1989.

De La Garza R. (2017). Reducing Alcohol Use Via Contingency Management and Verification Using a Urine Biomarker. *Am J Psychiatry*, Apr 1, 174(4): 309-310.

Higgins-Biddle J.C., Babor T.F. (2018). A review of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), AUDIT-C, and USAUDIT for screening in the United States: Past issues and future directions. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 44(6): 578-586.

L. 1228/1954.

Lucchini A. (2020). La sindrome da astinenza alcolica protratta. *Mission*, 53: 33-35.

Owen R.T. (2008). Sodium oxybate: efficacy, safety and tolerability in the treatment of narcolepsy with or without cataplexy. *Drugs Today (Barc)*, Mar., 44(3): 197-204.

Pacetti M., Ravani C. (2017). *Con...trattare i DGP – Esperienze di utilizzo del Contratto Terapeutico presso il CSM di Forlì*. Sestante, 03: 20-23.

Prochaska J.O., Velicer W.F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot.*, Sep-Oct, 12(1): 38-48.

Regione Emilia-Romagna. Cittadini Stranieri. <https://salute.regione.emilia-romagna.it/stranieri>.

Rösner S., Leucht S., Leherer P., Soyka M. (2008). Acamprosate supports abstinence, naltrexone prevents excessive drinking: evidence from a meta-analysis with unreported outcomes. *J Psychopharmacol.*, Jan., 22(1): 11-23.

Skinner M.D., Lahmek P., Pham H., Aubin H.J. (2014). Disulfiram efficacy in the treatment of alcohol dependence: a meta-analysis. *PLoS One*, Feb 10, 9(2): e87366.

Starace F. (2011). *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute*. Carocci.

Suzuki S., Mell M.M., O'Malley S.S., Krystal J.H., Anticevic A., Kober H. (2020). Regulation of Craving and Negative Emotion in Alcohol Use Disorder. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*, Feb., 5(2): 239-250.

Testino G., Vignoli T., Patussi V., Scafato E., Caputo F. (2020). SIA board (Appendix A) and the external expert supervisors (Appendix B). Management of end-stage alcohol-related liver disease and severe acute alcohol-related hepatitis: position paper of the Italian Society on Alcohol (SIA). *Dig Liver Dis.*, Jan., 52(1): 21-32.

van den Brink W., Addolorato G., Aubin H.J., Benyamina A., Caputo F., Dematteis M., Gual A., Lesch O.M., Mann K., Maremmanni I., Nutt D., Paille F., Perney P., Rehm J., Reynaud M., Simon N., Söderpalm B., Sommer W.H., Walter H., Spanagel R. (2018). Efficacy and safety of sodium oxybate in alcohol-dependent patients with a very high drinking risk level. *Addict Biol.*, Jul., 23(4): 969-986.

World Health Organization (2004). ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision, 2nd ed. World Health Organization. -- <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42980>