

Gestione dell'astinenza alcolica in un giovane con disturbo borderline di personalità e ADHD: un case report con confronto tra linee guida italiane e internazionali

Elena Tamussi*

Introduzione

L'astinenza da alcol è una condizione clinica complessa, caratterizzata da un quadro variabile che può spaziare da sintomi lievi a forme gravi con crisi epilettiche e delirium tremens (1). La gestione farmacologica è cruciale sia per la sicurezza del paziente che per favorire l'aggancio terapeutico e la successiva presa in carico (2).

Le *linee guida internazionali* (ASAM, 2020; NICE, 2017; WHO, 2014) raccomandano l'impiego delle benzodiazepine come trattamento di prima scelta nell'astinenza acuta (3-5).

La loro efficacia nel ridurre i rischi neurologici è ben documentata, ma non sono prive di effetti collaterali, in particolare se utilizzate a dosaggi elevati: sedazione marcata, apatia, peggioramento dell'umore, fino a dipendenza crociata (6, 7).

Le più recenti *Linee di Indirizzo Intersocietarie italiane* (2025) propongono un approccio diverso, identificando il sodio oxibato come farmaco di elezione nell'astinenza non complicata (8).

Tale scelta si fonda sull'esperienza clinica nazionale, che ha documentato un buon profilo di tollerabilità, in particolare nei giovani e nei pazienti con vulnerabilità psichiatriche (9).

Il caso che presentiamo riguarda un diciottenne con disturbo borderline di personalità e ADHD, inviato per valutazione specialistica in corso di astinenza da alcol.

Il decorso clinico ha permesso di mettere a confronto i due approcci, evidenziando come l'applicazione delle linee guida italiane abbia favorito un miglioramento significativo.

Presentazione del caso

Un giovane paziente è stato inviato per valutazione specialistica a seguito di sospensione improvvisa di un consumo quotidiano di almeno un litro di birra.

Il paziente è un giovane maschio di 18 anni, con diagnosi pregresse di ADHD (in età infantile) e disturbo borderline di personalità (in adolescenza).

L'anamnesi medica è significativa per allergie stagionali ai pollini e al pelo del gatto, e un intervento chirurgico in età pediatrica per testicolo ritenuto.

Non altre patologie croniche note.

Dal punto di vista tossicologico, il paziente aveva aumentato progressivamente il consumo di alcol negli ultimi mesi, fino ad almeno un litro di birra al giorno.

* *Medico specialista in psichiatria. Direttore sanitario dello S.M.I. Gli Acrobati di Concesio e Desenzano del Garda – Brescia.*

Riferiva inoltre uso sporadico di cannabis.

L'ultima assunzione alcolica risaliva a tre giorni prima della visita.

Il contesto familiare era caratterizzato da marcata conflittualità con il padre e da un maggiore supporto da parte della madre, che si è resa disponibile a supervisionare la terapia farmacologica.

All'esame clinico il paziente appariva vigile, collaborante ma lievemente irrequieto.

L'aspetto era curato.

Non vi erano segni di intossicazione acuta.

Si osservavano tremore fine alle mani, sudorazione moderata, tachicardia lieve (100 bpm), ansia marcata e ipereattività emotiva.

Non erano presenti alterazioni neurologiche focali né segni di compromissione del sensorio.

Al momento della visita assumeva diazepam 40-50 mg/die, ma presentava tremore fine, sudorazione, tachicardia (100 bpm), ansia e ipereattività emotiva.

Non erano presenti segni di intossicazione acuta né compromissione neurologica.

La valutazione con CIWA-Ar attribuiva un punteggio di 12, corrispondente a un'astinenza di grado moderato (10).

Il trattamento benzodiazepinico non aveva garantito un controllo adeguato dei sintomi e aveva indotto apatia e disforia, con sedazione e scarsa reattività alternata a irritabilità.

Tali fenomeni sono ben descritti in letteratura come reazioni avverse possibili in caso di alti dosaggi o di vulnerabilità psichiatriche (6, 11).

Intervento terapeutico

Seguendo le raccomandazioni delle Linee Guida Italiane (2025) (8), è stato avviato trattamento con sodio oxibato 10 ml tre volte/die, incrementato fino a 15 ml quattro volte/die, con sospensione progressiva del diazepam entro la seconda settimana.

Il farmaco è stato gestito sotto stretta supervisione materna e con consenso informato firmato dal paziente in presenza dei genitori.

La condivisione della prescrizione con la famiglia non è stata una imposizione ma un intervento costruito e vissuto come primo passo di un percorso partecipativo della famiglia.

Parallelamente, il paziente è stato inserito in Officina Acrobati, uno spazio esclusivo rivolto a giovani e adolescenti, che propone uno spazio di cura destrutturato ed accogliente, basato su informalità, laboratori esperienziali, attività partecipative ma allo stesso tempo alta professionalità e competenza con colloqui individuali e gruppi di sostegno.

L'approccio si fonda sulla co-costruzione di relazioni significative e sul lavoro in stretta sinergia della stessa équipe (gli operatori ruotano e partecipano alla vita all'interno dello spazio, sono sempre presenti almeno due operatori negli spazi comuni) con le famiglie (quando possibile) e i Servizi della rete.

La caratteristica fondamentale è la fusione fra i tempi della cura e quelli dell'esperienza.

Nel nostro caso, la partecipazione a Officina Acrobati ha permesso non solo di gestire la somministrazione farmacologica in un contesto educativo, ma anche di offrire al ragazzo uno spazio di confronto e appartenenza.

Durante le quattro settimane di trattamento, i controlli urinari per EtG sono risultati costantemente negativi.

La partecipazione degli operatori ad interventi di limitazione dei rischi in contesti di divertimento (un concerto trap) ha permesso il supporto e l'osservazione in un evento ad alto rischio.

Nonostante l'elevata esposizione a consumi alcolici del gruppo di pari, il ragazzo ha chiesto il supporto dell'educatore ed è riuscito a mantenere l'astinenza.

Dalla terza settimana è stato avviato il decalage di sodio oxibato, sospeso completamente al termine della quarta settimana.

Discussione

Il caso evidenzia differenze sostanziali tra raccomandazioni internazionali e italiane.

Secondo ASAM, NICE e WHO, le benzodiazepine rappresentano lo standard per la gestione dell'astinenza (3-5).

Tuttavia, in questo paziente l'uso ad alto dosaggio ha prodotto effetti collaterali clinicamente significativi, con scarsa efficacia sul controllo sintomatologico.

La letteratura evidenzia che dosi elevate di benzodiazepine, specie in regimi non guidati da scale di valutazione, possono causare sedazione eccessiva, deficit di motivazione e appiattimento affettivo, aumentando al contempo il rischio di irritabilità e disforia (2-7).

Nei giovani con vulnerabilità psichiatrica, come DBP e ADHD, tali effetti possono risultare ancora più destabilizzanti, riducendo l'aderenza al trattamento.

Le linee guida italiane del 2025 hanno scelto un approccio differente, identificando il sodio oxibato come farmaco di prima scelta (8).

I dati italiani mostrano che il sodio oxibato garantisce un controllo rapido dei sintomi senza eccessiva sedazione e con minore rischio di dipendenza (9).

Nel nostro caso, il passaggio a sodio oxibato ha consentito un netto miglioramento clinico e la sospensione delle benzodiazepine.

La dimensione psicosociale è stata altrettanto centrale: l'inserimento in Officina Acrobati ha fornito un contesto educativo e motivazionale, coerente con l'approccio raccomandato a livello internazionale, che sottolinea l'importanza di interventi integrati (5).

Il caso sottolinea anche l'importanza dell'impiego sistematico della scala CIWA-Ar nella clinica quotidiana.

L'utilizzo della scala ha permesso di inquadrare la gravità del quadro (astinenza moderata) e di modulare la terapia di conseguenza.

Studi randomizzati hanno dimostrato che i regimi "symptom-triggered", basati su CIWA-Ar, riducono significativamente

il consumo totale di benzodiazepine e migliorano gli outcome clinici rispetto ai regimi a dosaggio fisso (2).

Conclusioni

Il caso mostra come l'applicazione delle linee guida italiane, con l'uso di sodio oxibato in sostituzione delle benzodiazepine, possa offrire vantaggi clinici nei giovani con vulnerabilità.

L'impiego del sodio oxibato ha consentito una stabilizzazione rapida e sicura, evitando gli effetti collaterali dell'alto dosaggio di benzodiazepine.

Inoltre, l'utilizzo sistematico di strumenti di valutazione standardizzati (CIWA-Ar) permette di ottimizzare la gestione.

L'integrazione con un intervento di cura innovativo, rappresentato da Officina Acrobati, ha consolidato l'astinenza e rafforzato i fattori di protezione in un contesto educativo e comunitario.

Il confronto tra linee guida italiane e internazionali evidenzia l'importanza di contestualizzare le raccomandazioni al setting clinico e al profilo del paziente: nei soggetti giovani e con comorbidità psichiatriche, un approccio che riduca la sedazione e favorisca il coinvolgimento attivo appare particolarmente indicato.

In conclusione si ritiene che l'approccio nazionale possa rappresentare un modello di riferimento per contesti simili.

Ovviamente, ulteriori studi sono necessari per valutare in maniera sistematica l'efficacia di protocolli integrati in questa fascia di popolazione.

Riferimenti bibliografici

1. Victor M., Adams R.D. (1953). The effect of alcohol on the nervous system. *Res Publ Assoc Res Nerv Ment Dis.*, 32: 526-573.
2. Mayo-Smith M.F. (1997). Pharmacological management of alcohol withdrawal. *N Engl J Med.*, 338(9): 675-681.
3. American Society of Addiction Medicine (ASAM) (2020). *Clinical Practice Guideline on Alcohol Withdrawal Management*.
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2017). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. *NICE Guideline CG115*.
5. World Health Organization (WHO) (2014). *Management of substance abuse: clinical guidelines for withdrawal management and treatment of drug dependence in closed settings*. Geneva: WHO.
6. Lader M. (2011). Benzodiazepines revisited – will we ever learn?. *Addiction*, 106(12): 2086-2109.
7. Kosten T.R., O'Connor P.G. (2003). Management of drug and alcohol withdrawal. *N Engl J Med.*, 348(18): 1786-1795.
8. Alcolgia Italiana (2025). *Linee di Indirizzo Intersocietarie su Diagnosi e Cura del Disturbo da Uso di Alcol (DUA)*.
9. Caputo F., Vignoli T., Bernardi M., et al. (2002). Sodium oxybate in the treatment of alcohol withdrawal syndrome: a randomized double-blind trial. *Alcohol Clin Exp Res.*, 26(10): 1553-1558.
10. Sullivan J.T., Sykora K., Schneiderman J., Naranjo C.A., Sellers E.M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-Ar). *Br J Addict.*, 84(11): 1353-1357.
11. Rickels K., Schweizer E., Case W.G., Greenblatt D.J. (1990). Long-term therapeutic use of benzodiazepines. I. Effects of abrupt discontinuation. *Arch Gen Psychiatry.*, 47(10): 899-907.