

## EDITORIALE

**FeDerSerD e un impegno rinnovato nel 2025**  
*Roberta Balestra* 1

## LE RUBRICHE

**Contaminazioni**  
**Spacciatori di facilità: il marketing corrompe la Salute Mentale del Mondo**  
*Maurizio Fea* 5

**La Finestra dei consumatori**  
**Spilli nel the**  
*a cura di ASUGI Trieste* 6

**Poetry Corner/Rubrica di poesia**  
**Stefano Dal Bianco**  
*Enzo Lamartora* 7

## SAGGI, STUDI E RICERCHE

**La tossicodipendenza femminile**  
*Federica Beltrami, Roberto Berrini, Rosalba Lamberti, Eugenia Luraschi, Renato Sidoti* 8

**Wonderland. Adolescenti: atteggiamenti, stati emotivi e costruzioni di significati dei rischi connessi al consumo di sostanze stupefacenti e alcol**  
*Simone Evangelisti, Marco Giordani, Annie Noro, Federico Pian, Nicole Sian, Luis Maria Zoratti* 19

## CONTRIBUTI SCIENTIFICI

**Eradicazione virus epatite C entro il 2030: quale sfida futura per i Ser.D.?**  
*Maria Cevola, Antonella Falvo, Rosalba Gallo, Pietro Lucchino, Antonella Renda, Antonella Saladino, Giulia Audino* 40

## IL CONFRONTO DELLE IDEE

**C.A.V.E.A.T.**  
**Coils Achieve Value (to the extent that they) Embrace Addi(c)tional Treatments**  
*Fulvio Fantozzi* 45

## FeDerSerD/FORMAZIONE

**Master Under 40 e Nuovi Assunti. Analisi del questionario post corso (edizione 2023)**  
*a cura di Edoardo Cozzolino* 46

## FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE

**Il nuovo Consiglio direttivo nazionale di FeDerSerD. Triennio 2024-2027 - Deleghe esecutive - Settori tematici e coordinatori dei gruppi di lavoro** 51

**RECENSIONI** 3, 18, 44, 52

# Mission

ITALIAN QUARTERLY JOURNAL  
OF ADDICTION

## FeDerSerD e un impegno rinnovato nel 2025

L'anno 2024 si è chiuso lasciandoci molte soddisfazioni come Società Scientifica, ma anche numerosi motivi di preoccupazione per quanto attiene la situazione dei nostri Servizi.

Sia la Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenze, presentata dal Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) a fine giugno, che il report pubblicato dal Ministero della Salute l'8 novembre fotografano un aumento del 3% dell'utenza in carico ai Ser.D. a fronte di un calo della dotazione di personale dipendente dei diversi profili professionali, calo che si è progressivamente sostanziato negli ultimi 5 anni: infatti se nel 2018 risultavano incardinati nei 561 servizi italiani

- **Presentazione**  
*Alfio Lucchini*
- **Gestione integrata di un caso di emergenza sociale dalla strada alla Comunità: il ruolo della terapia con sodio oxibato all'interno di una rete di accoglienza, coordinata mediante l'ausilio di processi di telemedicina**  
*Nicola Rizzardi, Laura Daffini, Maurizio Campana, Patrizia Rocca, Marta Bighi, Paolo Lucchini, Giacomo Invernizzi*
- **Case Report. Strategie di intervento e gestione farmacologica di un paziente con disturbo da uso di alcol in comorbidità con aspetti depressivi ed insonnia**  
*Elena Tamussi*
- **Drunkoressia: diagnosi e trattamento di un caso complesso**  
*Maurizio Campana, Paola Milanese*
- **Recupero rapido senza ricovero: il successo del sodio oxibato nella dipendenza da alcol**  
*Ruggero Merlini, Jonathan Toscano, Rosandra Ferrario, Claudia Cospito, Annalisa Pistuddi, Patrizia Sofia, Maurizio Schiavi, Giuseppe Fiorentino*
- **L'utilizzo del sodio oxibato (acido gamma-idrossibutirrico) nel trattamento ambulatoriale della sindrome di astinenza da alcol in pazienti affetti da cirrosi epatica**  
*Maria Rita Quaranta, Vincenza Ariano*
- **La modulazione tra remissione e recovery degli approcci terapeutici comunitari. Studio osservazionale retrospettivo su una popolazione femminile con disturbo di alcol (AUD)**  
*L. Bruno, O. Angelini, M. Califano, T. Fontanella*

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno XI, n. 42

# Mission

Italian Quarterly Journal of Addiction

Periodico trimestrale della federazione italiana degli operatori  
dei dipartimenti e dei servizi delle dipendenze

FrancoAngeli

ANNO XVIII, 2024 - N. 68

## Fe Der Ser D

### Editor in Chief

Alfio Lucchini, Milano

### Scientific Board

Roberta Balestra, ASUGI Trieste; Claudio Barbanelli, Università La Sapienza, Roma; Bruno Bertelli, Università di Trento; Stefano Canali, SISSA Trieste; Vincenzo Caretti, Università LUMSA, Roma; Ivan Caviechi, Università La Sapienza e Tor Vergata, Roma; Massimo Clerici, Università Milano Bicocca; Massimo Diana, Cagliari; Riccardo C. Gatti, Milano; Gilberto Gerardo, Parma; Mark D. Griffiths, Trent University di Nottingham Regno Unito; Jakob Jonsson, Spelinstitutet AB/Sustainable Interaction e Stockholm University Svezia; Enrico Molinari, Università Cattolica del Sacro Cuore Milano; Sabrina Molinaro, CNR Pisa; Felice Nava, ASL Verona; Marco Riglietta, ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo; Giorgio Serio, Palermo; Enrico Tempesta, Osservatorio Alcol e Giovani Roma

### Editorial Board

Sandra Basti (Pavia); Marialuisa Buzzi (Bergamo); Maurizio Fea (Pavia); Raffaele Lovaste (Trento); Fabio Lucchini (Bergamo); Ezio Manzato (Verona); Vincenzo Marino (Varese); Liliana Praticò (Bergamo); Cristina Stanic (Trieste); Margherita Taddeo (Taranto); Concettina Varanago (Lodi)

### Editorial Office

CeRCo, Milano  
tel. 3356612717  
missionredazione@gmail.com

### Proprietà: FeDerSerD

Sede legale  
Piazza Carlo Stuparich 8, 20148 Milano

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

Stampa: Geca Industrie Grafiche  
Via Monferrato 54, 20098 San Giuliano Milanese

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Italia* (CC-BY-NC-ND 4.0 IT)

L'utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/it/legalcode>

Copyright by FrancoAngeli s.r.l. - Milano  
Autorizzazione Tribunale di Milano n. 131 del 6 marzo 2002

Chiuso in redazione il 31 dicembre 2024

ISSN 3034-8986

Seguici su:



[www.facebook.com/FeDerSerD/](http://www.facebook.com/FeDerSerD/)



@FeDerSerD



Gli articoli della rivista sono disponibili in modalità "Open Access" al link <http://www.francoangeli.it/riviste/sommario.asp?IDRivista=197&lingua=it>



complessivamente 6.223 operatori, nel 2023 le unità di personale sono scese a 5.843, toccando un record negativo.

Il report del Ministero della Salute evidenzia anche altri indicatori critici di tipo clinico ed organizzativo, meritevoli di approfondimento, quali il forte ritardo nella richiesta di aiuto da parte delle persone con problemi di dipendenza, con un tempo di latenza di oltre 10 anni, la presenza di comorbidità psichiatriche ed internistiche in una elevata percentuale dei soggetti, una insufficiente offerta da parte dei Ser.D. di attività di screening e di trattamento per l'HCV e l'HIV in molte regioni, una disomogenea attività di riduzione del danno, una carente offerta dedicata agli adolescenti e giovani adulti, pur in presenza di un aumento dei consumi problematici e delle dipendenze comportamentali e da sostanze nei giovanissimi.

La Legge di Bilancio per il 2025 ha previsto alcune importanti modifiche in tema di dipendenze, che impatteranno sulle attività delle Amministrazioni Nazionali, Regionali, Aziendali, dei Ser.D. e degli Enti del Terzo Settore; le più rilevanti sono:

- previsione di un fondo nazionale di 500.000 euro all'anno per programmi di prevenzione e contrasto delle dipendenze comportamentali dei giovani (art. 240);
- istituzione presso il DPA del Sistema Nazionale di allerta rapida per le droghe NEWS-D, che coordinerà i centri collaborativi di primo e di secondo livello del territorio. Tra i centri di secondo livello sono comprese le associazioni scientifiche e quindi FeDerSerD (artt. 243 e 244);
- istituzione presso il Ministero della Salute del RUAS (registro unico associazioni per la salute), suddiviso in aree tematiche, a cui potranno essere iscritte realtà del terzo settore delle dipendenze, per lavorare ai diversi tavoli tematici ministeriali (artt. 293 e 294);
- previsione di un fondo di 15 milioni all'anno per finanziare le prestazioni sanitarie residenziali in regime di mobilità interregionale (strutture specialistiche, pedagogico riabilitative e terapeutico riabilitative, artt. 365 e 366);
- istituzione di un fondo nazionale per le dipendenze patologiche pari a 94 milioni all'anno, che deriva dalla riorganizzazione dei precedenti fondi nazionali per il gioco d'azzardo (fondo sanitario e fondo Osservatorio nazionale GAP). Tale fondo verrà ripartito tra le Regione e le PA, che saranno chiamate ad approvare Piani regionali per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle dipendenze patologiche. Per realizzare le azioni previste in questi piani regionali potranno essere utilizzate le risorse di tale finanziamento nazionale per assumere personale sanitario e sociosanitario a tempo indeterminato alla misura del 30%. Una quota pari al 1,5% di tale fondo sarà trasferita annualmente al DPA per le attività di analisi e di monitoraggio del fenomeno delle tossicodipendenze. Una quota pari al 34,25% del fondo viene vincolata alla realizzazione dei Piani regionali GAP (artt. 367-370);
- soppressione dell'Osservatorio nazionale per il gioco d'azzardo (art. 371).

Alla luce di questi importanti eventi la nostra Società Scientifica si è attivata e continuerà ad attivarsi a livello istituzionale, anche di concerto con i più importanti partners del sistema pubblico-privato sociale, per presidiare e monitorare questioni di importanza strategica, che attengono alla possibilità di continuare ad assicurare le risposte di prevenzione e di cura previste nei Livelli Essenziali di Assistenza. Solo un sistema integrato pubblico-privato sociale coeso e forte nelle proposte istituzionali, rispettoso delle specificità di ciascuno, può ottenere risultati migliorativi per il settore delle dipendenze, che continua a soffrire per investimenti insufficienti e per scarsa attenzione.

È secondo questa prospettiva che, dopo la pubblicazione della Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenze, è stato condiviso un documento di proposta critica con contestuale richiesta di incontro, che è stato inviato al DPA e reso noto ai diversi stakeholders.

FeDerSerD nel corso del 2024 ha pubblicato inoltre un proprio documento di allerta e di indicazioni operative per gli operatori dei Servizi in tema di Piano nazionale di prevenzione contro l'uso improprio di fentanyl, al fine di promuovere le necessarie conoscenze tra gli addetti ai lavori e tra i consumatori sui nuovi oppiacei di sintesi e sulle rischiose sostanze in circolazione, per potenziare le attività diagnostiche e di laboratorio tossicologico, nonché le collaborazioni con i servizi dell'emergenza sanitaria e con quelli del terzo settore, per favorire l'adozione di misure di riduzione del danno efficaci, come la messa a distribuzione di naloxone spray. Sappiamo che grazie alla presenza di un Sistema Sanitario Nazionale pubblico e della diffusa rete dei Ser.D. l'epidemia drammatica di fentanyl in corso negli USA non interesserà in egual modo l'Italia, parimenti a quanto è accaduto anni fa in tema di epidemia di ossicodone, ma ciò nonostante siamo consapevoli della particolare pericolosità che riveste l'uso improprio di tali oppioidi e dei rischi di un possibile incremento di overdose, anche mortali.

Nel 2024 si è tenuto a Roma, dal 9 all'11 ottobre, il XIII Congresso Nazionale di FeDerSerD, a carattere elettivo, che ha rappresentato un importante appuntamento sul piano istituzionale, scientifico e culturale, nonché un'occasione preziosa di incontro, di confronto e di scambio di esperienze, nell'ambito del percorso di miglioramento continuo delle competenze professionali.

L'appuntamento congressuale è stato anche l'occasione per presentare alcune importanti esperienze innovative delle realtà locali, realizzate in collaborazione con gli Enti Locali e del Terzo Settore.

Sono state rinnovate le cariche istituzionali della Federazione ed è stato approvato un programma che intende realizzare alcune scelte innovative, finalizzate a sviluppare la partecipazione attiva alla vita della società scientifica dei professionisti dei servizi regionali, con particolare attenzione al contributo delle nuove generazioni e delle professioni del comparto. I diversi gruppi tematici, coordinati da componenti del direttivo nazionale, saranno "laboratori" multiprofessionali impegnati ad approfondire i diversi aspetti scientifici, operativi, culturali e normativi dello specifico settore. Auspichiamo che questi gruppi possano diventare un riferimento utile e di facile consultazione per i Ser.D. del territorio e per il Direttivo nazionale, possano fornire pareri tecnici, consulenze, possano contribuire a pubblicazioni, a news da diffondere con i canali di comunicazione della Federazione, possano arricchire le relazioni scientifiche degli eventi formativi.

FeDerSerD nel 2024 ha investito molta attenzione e risorse sul piano della formazione, arricchendo l'offerta di eventi già consolidata in presenza e in streaming *live* con nuove formule di apprendimento in streaming *on demand*, che ha riscosso un rilevante successo di iscritti. Sono stati realizzati, tra gli altri, 3 eventi congressuali macro-regionali al nord, centro e sud, è stata proposta la terza edizione di un Percorso formativo di specializzazione nell'area delle dipendenze patologiche - Master per professionisti under 40 e/o neo assunti.

Il piano della formazione per il 2025 è altrettanto ricco ed interessante e comprende il Congresso Nazionale che si terrà a Milano a fine ottobre.

**Roberta Balestra, Presidente nazionale**

## RECENSIONE



Maurizio Bornengo e Leopoldo Grosso  
**FARE IL PANE PER GLI ALTRI –  
GRUPPO E ACCOMPAGNAMENTO  
NELL'ESPERIENZA DI COMUNITÀ**

pp. 160  
euro 12,00

Editore: edizioni Gruppo Abele

Questa bella riflessione, pubblicata nel 2024, sul ruolo delle Comunità residenziali per le Dipendenze, giunge nel momento opportuno.

Gli autori segnalano un momento di stallo del sistema delle Comunità residenziali, caratterizzato da una crisi identitaria che si accompagna alle croniche difficoltà di bilancio.

*Maurizio Bornengo*, recentemente scomparso, è stato un imprenditore e responsabile di Comunità. In un lungo saggio in questo

volume offre le sue riflessioni "da operatore a operatore" sulle Comunità Terapeutiche. Non manca un suo caldo ricordo a cura di *Gianluca Seimandi*.

Tocca a *Leopoldo Grosso*, psicologo e psicoterapeuta, presidente onorario del Gruppo Abele onlus, proseguire una riflessione e una analisi sul ruolo delle Comunità per le Dipendenze, oggetto di molti suoi lavori.

*Leopoldo Grosso* si occupa dell'attualità e del futuro, con un ampio saggio/dialogo dal titolo "Le Comunità terapeutiche di quarta generazione".

Dalla puntuale analisi storica delle Comunità emerge una realtà ove i pari, il gruppo, la dimensione di servizio alla persona sono ancora oggi strumenti terapeutici molto significativi.

I cambiamenti della società e dei fenomeni di consumo dannoso, abuso e dipendenza impongono una nuova visione delle Comunità, sia di ordine culturale che di avanzamento scientifico.

Anche la collocazione fisica delle strutture deve essere di prossimità, centrale nelle città, accanto alle realtà del territorio e ai Servizi, con una più visibile prospettiva di opportunità per una rinascita degli ospiti.

Un testo utile, moderno, degno di favorire un dibattito tra gli operatori del sistema di intervento e nella società. (AL)



# ALCOVER®

sodio oxibato

175 mg/ml soluzione orale • flacone 140 ml corredato di misurino dosatore • 12 flaconi 10 ml



Depositato presso AIFA il 31/03/2023 MP2023/008



**CLASSE H: Specialità con impiego limitato nell'ambito degli ospedali e di strutture assimilate. Dispensabile in farmacia non in regime di SSN - NRNL**

**1 flacone 140 ml: €33,60 • 12 flaconi 10ml: €32,39**

Copyright © Franco Angelini

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial  
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

RCP ALCOVER





# Contaminazioni

Maurizio Fea

## Spacciatori di facilità: il marketing corrompe la Salute Mentale del Mondo

Le cause della sofferenza mentale dei giovani vengono imputate all'uso dei cellulari come sostiene Haidt nel suo libro *La generazione ansiosa. Come i social hanno rovinato i nostri figli*, Rizzoli editore.

I critici sostengono che questa è solo una correlazione e non una causa.

Io penso che la causa sia più generale e complessa; non solo di telefonini si tratta ma di quel complesso economico finanziario a cui i telefonini partecipano attivamente, che ha incrementato nel tempo la sua capacità persuasiva e condizionante abilmente celata dietro scenari e suggestioni, allo scopo di fare apparire vantaggiose un numero incredibile di opportunità sotto l'insegna del *facile, immediato, riproducibile* con poca fatica, in cambio di parte della tua vita che regali allo spacciatore di facilità.

Il conflitto tra il mondo descritto dagli spacciatori di facilità ed il mondo reale con cui hanno a che fare le persone, in particolare i giovani, contribuisce a deteriorare la salute mentale del mondo, alimentando comportamenti a prima vista inspiegabili di cui siamo testimoni oggi.

La distanza tra il mondo tecnologico, facile e rapido, e quello reale, complesso e faticoso, disorienta le persone la cui vita sembra avere senso solo tuffandosi dentro il vaso di Pandora della facilità, da cui rischiano di uscire pericolosamente compromessi.

Il numero dei tuffatori fa la differenza e fa lievitare il valore complessivo del successo commerciale: a fronte di pochi individui che bilanciano bene il valore della loro vita con il prezzo pagato per l'uso della tecnologia, ci sono miliardi di individui che messi insieme alimentano la potenza di calcolo, giustificano gli investimenti e la ricerca e remunerano in modo soddisfacente con i loro click i padroni del sistema finanziario e tecnologico.

L'esperienza, anche quella fatta al Liceo Cairoli di Pavia 4 anni fa, che ho descritto in *Spegni quel cellulare*, Carocci editore, ha mostrato che è possibile coinvolgere le persone in processi consapevoli in cui vengono maturate decisioni all'apparenza sfavorevoli come *Disconnettersi*, se lasciate libere di valutare le ragioni alla partecipazione e se si riesce ad utilizzare positivamente la potenza del conformismo per catalizzare ed orientare i cambiamenti.

Le derive prodotte dall'uso scriteriato delle tecnologie computazionali sono avvertite da molte persone che, singolarmente non riescono se non in particolari condizioni, a farvi fronte con pratiche alternative.

L'iper-comodità moderna è una specie di patto col diavolo.

È seducente perché fa appello ai nostri istinti, ma ci impoverisce di nascosto.

Ha reso più facile cavarsela, ma per molti versi più difficile avere veramente successo.

La prosperità e la felicità umana non riguardano solo la sussistenza, ma dipendono anche dalla crescita, dalla risoluzione dinamica dei problemi e dalla solidarietà attraverso le difficoltà. Idealmente, le comodità odierne dovrebbero fungere da sistemi di supporto che ci aiutano a muoverci verso obiettivi meritevoli, che si tratti di fare esercizio per una salute migliore, costruire una carriera, crescere una famiglia, creare un'opera d'arte o insegnare e fare da mentore ad altri.

Raggiungere questi obiettivi comporta sempre qualche tipo di inconveniente, ma è questa difficoltà stessa che plasma e sviluppa il nostro carattere.

Nicolas Carr autore di *Internet ci rende stupidi?* in una recente intervista alla BBC [www.bbc.com/future/article/20150511-do-computers-make-life-too-easy](http://www.bbc.com/future/article/20150511-do-computers-make-life-too-easy) sottolinea che se si guarda ai video giochi e lo si confronta con ciò che sappiamo su come le persone acquisiscono competenza, su come creiamo talento, scopriamo che sono meccanismi molto simili.

Sappiamo che per acquisire talento devi affrontare sfide difficili in cui eserciti le tue capacità al massimo, ancora e ancora, e lentamente acquisisci un nuovo livello di abilità, e poi sei sfidato di nuovo.

Il motivo per cui le persone amano i videogiochi è lo stesso motivo per cui amano sviluppare competenze e superare le sfide.

È davvero fondamentalmente piacevole lottare con una sfida difficile che poi alla fine superiamo, e questo ci dà il talento necessario per affrontare una sfida ancora più dura.

Allora perché una gran parte del mondo sembra preferire la facilità alla propria crescita e realizzazione?

Occorre anche un ruolo attivo di gruppi, di comunità come quelle scolastiche, istituzioni, che sappiano dare forma e sostanza ad iniziative che intercettano il senso di disagio al quale si rischia di fare l'abitudine, offrendo di non essere "ognuno perso dietro i fatti suoi" ma di condividere una opportunità ognuno a modo proprio ma con lo stesso scopo.

Sia il contesto scolastico che cittadino offrono opportunità di operare sfruttando le possibilità offerte dalla tecnologia e dai media sia analogici che digitali.

Solo coinvolgendo molte persone è realistico pensare di bonificare quei pozzi avvelenati a cui si abbeverano miliardi di persone, inquinati da tre sorelle sconsiderate facilità, comodità, rapidità, che imperversano in tutti gli ambienti gestiti dalle tecnologie computazionali e controllare che gli spacciatori di semplicità non trovino altri modi di inquinare.

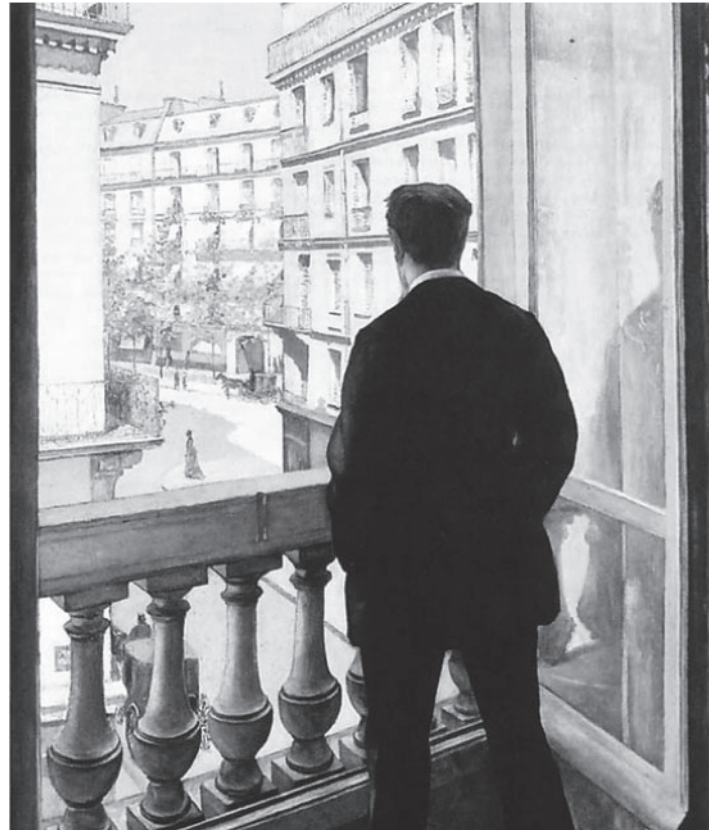
Se al complesso tecnologico viene a mancare il contributo essenziale dei praticanti, le condizioni di sopravvivenza del business tossico muteranno e la salute mentale del mondo ne avrà beneficio.

## La Finestra dei consumatori

*Questa rubrica è uno spazio riservato ai contributi, alle osservazioni, alle storie narrate in prima persona da chi si è trovato a frequentare i servizi per le dipendenze a causa dei propri problemi di salute.*

*Molti sono coloro che amano scrivere e che attraverso il linguaggio della prosa e delle poesie riescono ad esprimere compiutamente ciò che a voce può essere fonte di disagio o fatica.*

*Mission pensa che questo spazio possa essere prezioso sia per gli autori che per i professionisti che leggono la rivista e quindi lo propone con l'intento di sperimentare nuove forme di approfondimento e di confronto.*



### Spilli nel the

Sento spilli appuntiti  
 Nel petto  
 Appesantiscono la cassa toracica  
 Aprono il cuore  
 Spietati perseguitano  
 Dal tramonto all'alba  
 Tento di scioglierli  
 Come nell'acido  
 A 100 gradi  
 Nel mio the.

V.

*Spazio Androna Giovani, Area Dipartimentale Dipendenze. ASUGI Trieste*



## Poetry Corner/Rubrica di poesia

Enzo Lamartora

**Stefano Dal Bianco** (Padova, 1961) vive in provincia di Siena, dove insegna poetica e stilistica all'università. Si è occupato prevalentemente di Francesco Petrarca, Ludovico Ariosto, Andrea Zanzotto. Ha pubblicato *La bella mano* (1991), *Stanze del gusto cattivo* (1991), *Ritorno a Planaval* (2001), *Prove di libertà* (2012). Con *Paradiso* (Garzanti, 2024) ha vinto il premio Viareggio-Rèpaci 2024 sezione poesia, e il premio Strega poesia 2024.

Qui di seguito, alcune poesie tratte dal suo ultimo lavoro.

Un falco fermo contro un vento forte  
è figura di noi, se ad ali aperte resistenti  
alla tempesta dei pensieri  
tenessimo lo sguardo al nostro fine.

Ma ciò che ci sostiene è la tempesta  
che va riconosciuta come tale  
e abbracciata a mente spalancata  
qui dove l'obbedienza è  
nostra salvezza  
nostra immobilità verso la preda.

Ogni volta che ammazzo una mosca  
mi sento come un dio.  
Posso disporre della sua vita  
e lo faccio con coscienza.  
Se lei non mi dà fastidio, se non prende  
la via della finestra aperta,  
la uccido.  
È la legge, la giustizia.  
Così fanno gli dèi con noi  
Quando siamo insolenti,  
o anche per gioco.

Acero di Arquà  
che quest'anno compie quarant'anni

Si muove.  
Per come sembra a noi  
mentre si muove ride,  
prova qualcosa di nostro.  
Ma il suo provare è un tentativo

di essere nel vento  
un accordo di foglie  
un fremito di luci nella luce  
e è sereno  
non tenta di salvarsi  
né si impone, fa  
quello che deve fare  
non ha significato, è solo  
solo nel suo chiuso riso,  
paradiso.

Qualora i doveri o gli affetti della vita  
anche per pochi giorni ti chiamassero altrove  
devi sapere che al ritorno  
assieme all'abitudine  
sarà andato perso il contatto,  
sarà muto il silenzio dell'erba  
e diverso il profumo delle siepi.  
Il fatto è che la frequentazione dell'altrove  
porta con sé necessità, e assorda.  
Recuperare il contatto è affrancarsi dall'umano  
perché non c'è niente di umano nell'umanità  
o di tuo nel rumore del mondo che non sa.

Entrare in un bosco in un giorno sereno  
d'autunno nel silenzio  
è aprire l'occhio a pacatezze nuove  
e a nuove rarefatte convergenze  
mentre ogni foglia che cade  
costruisce una sua storia  
e la racconta come può, con lievi digressioni  
che nella calma parlano di te  
e di altre cose altrettanto misteriose.

® Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

## La tossicodipendenza femminile

Federica Beltrami\*, Roberto Berrini\*\*, Rosalba Lamberti\*\*\*, Eugenia Luraschi\*\*\*\*, Renato Sidoti\*\*\*\*\*

### SUMMARY

■ *The aim of this work is to focus women drug use disorder in recent years, reviewing literature about and collecting clinical samples from two inpatient health care facilities and one outpatient psychiatric service. Addicted women frequently show comorbid eating disorders, emotion dysregulation and PTSD from sexual abuse experiences.*

*Three clinical cases will be discussed in detail.*

*Data from studies conducted among women suffering from drug addiction are increasingly published, with the authors highlighting the specific needs of this group and the difficulties that women with addiction problems encounter.*

*The current study aimed to identify the barriers and needs of this audience, both when seeking help and during treatment.* ■

**Keywords:** *drug addiction, female gender, pregnancy, comorbid eating disorders, PTSD.*

**Parole chiave:** *tossicodipendenza, genere femminile, gravidanza, comorbidità con disturbi dell'alimentazione, Disturbo Post-Traumatico da Stress.*

*First submission: 19/12/2024, accepted: 28/12/2024*

### I temi della letteratura

Scopo di questo lavoro è di mettere a fuoco l'uso di sostanze e di alcol nel genere femminile, attraverso una valutazione della letteratura, una raccolta di dati clinici di casi in parte degenti presso due strutture residenziali terapeutiche e in parte afferenti ad un servizio ambulatoriale psichiatrico e la descrizione più dettagliata di alcuni tra quelli maggiormente collaboranti.

Il tema della medicina di genere è di attualità e porta a riflettere sulle differenze di genere a livello biologico e culturale come guida per modelli di cura differenziati, specifici e più efficaci.

Nel campo delle tossicodipendenze è noto che le differenze si

amplificano e il genere femminile risulta in netta minoranza sul piano epidemiologico-statistico, come nella maggior parte dei disturbi esternalizzati che sono più frequenti nei maschi, laddove invece le femmine prevalgono nell'area dei disturbi internalizzati (disturbi d'ansia e disturbi depressivi).

Le variabili gravidanza e maternità rappresentano un aspetto che interferisce sull'espressività del disturbo sia come fattore di rischio che come fattore di protezione e mette in luce a volte la difficoltà della rete dei servizi (servizi sociali, servizi per le dipendenze patologiche, tribunale, servizi ospedalieri) ad attivarsi in modo adeguato.

Il gender gap, che fino agli anni 80 era di 5:1 In favore dei maschi, si sta progressivamente restringendo (Motika *et al.*, 2022), con un'accelerazione a partire dalla prima decade del XXI secolo, riducendosi, secondo il World Drug Report del 2021 a 3:1.

Si stima che la percentuale europea di donne che usano sostanze arrivi al 40% e di conseguenza anche le morti per droga sono aumentate nelle utilizzatrici di sostanze.

Tra gli utilizzatori di sostanze, solo una bassa percentuale sviluppa una dipendenza, ma i problemi che sperimentano le donne in questa condizione assumono una specificità di genere in base a più fattori: le ragioni dell'incontro con le sostanze, la

\* *Psicologa, psicoterapeuta presso Comunità terapeutica di Montargiasco Arona (NO), consulente Ser.D. di Verbania.*

\*\* *Medico psicoterapeuta, docente della Scuola di Psicoterapia "Mara Selvini" di Milano.*

\*\*\* *Psicologa, psicoterapeuta, UOC Psicologia Clinica, ASST Santi Paolo e Carlo.*

\*\*\*\* *Psicologa, psicoterapeuta presso la Comunità terapeutica di Cozzo (PV) Dianova Cooperativa Sociale arl.*

\*\*\*\*\* *Medico psicoterapeuta, docente della Scuola di Psicoterapia "Mara Selvini" di Milano.*



maggiore vulnerabilità di sviluppare una dipendenza, la complessità dei percorsi di remissione, il maggior rischio di ricadute. Le ricerche evidenziano che l'iniziazione all'alcol e alle droghe per molte ragazze e donne deriva principalmente dal bisogno di gestire l'ansia, da bassa autostima, depressione, sentimento di isolamento e traumi derivati da abuso sessuale o violenza.

Per il genere maschile prevale il bisogno di appartenere a un gruppo.

Le donne usano più frequentemente degli uomini l'alcol come risposta allo stress, possono essere particolarmente suscettibili all'effetto di reward degli psicostimolanti, più facilmente degli uomini tendono ad abusare degli oppiacei da prescrizione ed è più frequente nelle donne l'uso aggiuntivo di altre sostanze (p. es. psicofarmaci) per aumentare l'effetto dei farmaci a base di oppiacei.

È di rinforzo a queste evidenze ricordare che i disturbi del comportamento alimentare, anoressia e bulimia nervosa, sono appannaggio per il 90% dei casi delle femmine e si stima anche che i disturbi della personalità siano 2-3 volte più frequenti nel genere femminile.

Queste differenze verosimilmente sono connesse con meccanismi biologici che interagiscono con fattori culturali e fattori di stress.

Ci sono dati in letteratura che sottolineano il ruolo degli ormoni sessuali (Bobzean *et al.*, 2014; Melis, 2016) nella modulazione degli effetti delle sostanze sulle donne.

Inoltre la transizione dall'abuso alla dipendenza è più frequente e più veloce nelle donne, è più probabile che le donne utilizzino le sostanze a scopo di automedicazione, sono più suscettibili agli effetti avversi e all'overdose e sperimentano ricadute più frequentemente dei maschi.

Molte ricerche mettono in evidenza che oltre ai fattori sopra citati che indicano la specificità dei fattori di rischio per le donne che usano sostanze, il problema principale risiede nella difficoltà che le donne incontrano quando decidono di cercare un trattamento.

Alcuni studi riportano che le donne incontrano atteggiamenti negativi collegati alle conseguenze cui queste vanno incontro quando diventano dipendenti dalle sostanze, comprese gravidanze indesiderate, prostituzione, diffusione di malattie a trasmissione sessuale (Boroumandfar *et al.*, 2020). Le donne che diventano madri sperimentano uno stigma ulteriore rispetto alla difficoltà di conservare le responsabilità genitoriali durante il trattamento (Lee *et al.*, 2017).

Motika *et al.* (*op. cit.*) nella loro metanalisi concludono che le istituzioni non sono carenti, ma che le difficoltà e le barriere sono relative all'inadeguata conoscenza dei servizi a disposizione, alle difficoltà di accesso e di risposte specifiche e adeguate e dallo stigma o dalla paura di sperimentarlo da parte degli operatori.

Weathers e Billingsley (1982) mettevano a fuoco già all'inizio degli anni '80 le peculiarità della tossicodipendenza femminile, connessa a costrutti mentali come la bassa stima del proprio corpo e una visione negativa del ruolo femminile, quindi fattori che attengono sia allo status biologico che a quello sociale della donna.

Fernandez-Montalvo *et al.* (2017) in uno studio longitudinale per valutare le differenze tra uomini e donne nella percentuale di dropout durante il percorso di trattamento, trovano che, rispetto ad una percentuale globale di dropout del 38,8%, le

donne interrompono il trattamento nel 47,1%, mentre gli uomini nel 31,3%, differenza statisticamente significativa.

Le donne di questo gruppo presentano un profilo psicopatologico più grave delle donne che portavano a termine il trattamento e anche degli uomini che interrompono prematuramente il percorso. Complessivamente, quindi, le donne evidenziano esiti trattamentali peggiori degli uomini e necessitano di percorsi differenziati e aggiuntivi per le loro esigenze.

Lev-Wiesel e Shuval (2006) esaminano le differenze di genere rispetto ai fattori causali e ai fattori di cura percepiti in un campione di tossicodipendenti in trattamento metadonico.

I risultati indicano che le femmine riferiscono circostanze familiari, come la violenza domestica e l'incesto, alla base dell'uso di sostanze più frequentemente dei maschi, mentre questi indicano la curiosità e l'influenza di amici tossicodipendenti come fattori che hanno avuto maggior impatto sull'incontro con la droga.

Per le donne sono fattori personali come la forza di volontà a contribuire alla ritenzione in trattamento, mentre per gli uomini è il supporto sociale, formale e informale, a costituire il fattore di maggiore influenza per l'esito positivo del trattamento.

Thomas e Bull (2018) trattano il tema della dipendenza patologica da sostanze femminile dal punto di vista delle politiche sanitarie.

Si basano su due aspetti chiave: l'uso di droga e la sua influenza sul ruolo riproduttivo della donna e l'uso di droga in connessione con la vulnerabilità femminile al rischio (comprese violenze fisiche, sessuali, traumi e disturbi mentali).

L'indagine degli autori su questi due rappresentazioni evidenzia nelle decisioni politiche aree di silenzio che riportano a meccanismi di trascuratezza sia nei confronti delle politiche di riduzione del danno cui sono maggiormente esposte le donne tossicodipendenti, sia per quanto riguarda le donne che non sono in gravidanza o non sono madri, giovani donne, donne più anziane e transgender o comunque tutte le donne che sono al di fuori dal discorso dominante del ciclo riproduttivo normativo.

Smith (2020) mette a fuoco la casistica delle donne tossicodipendenti in gravidanza, per valutare l'influenza della gravidanza sul processo di trattamento e conclude che le donne in gravidanza hanno minori probabilità di portare a termine il trattamento rispetto alle donne non in gravidanza, tranne nel caso in cui le donne in gravidanza siano obbligate al trattamento da un provvedimento giudiziario, contesto in cui le donne in gravidanza rispondono meglio al trattamento rispetto alle donne non in gravidanza.

Citiamo anche da Mucci (2018) ricerche in cui il genere gioca un ruolo importante nell'attaccamento disorganizzato, come nel lavoro di Beebe *et al.* (2012) sulle origini precoci dell'attaccamento disorganizzato in bambini di quattro mesi, in cui in maschi erano sovrarappresentati ed emotivamente più reattivi delle femmine.

L'autrice cita anche le ricerche di Shore (2017), secondo il quale le esperienze traumatiche nei maschi danno luogo con maggiore frequenza a disturbi esternalizzati associati ad una ipoattivazione del sistema HPA, mentre i disturbi internalizzati sono più frequenti nelle femmine esposte a esperienze traumatiche in connessione con la cronica iperattivazione del sistema HPA.

Queste modificazioni biopsicologiche indicano la maggiore diposizione dei maschi allo sviluppo di disturbi di personalità narcisistico/antisociali e la maggiore frequenza nelle femmine di

disturbi dello spettro borderline e depressivo, con manifestazioni autolesionistiche.

Lacatena (2020) nel suo lavoro parte dalla premessa che la minore diffusione statistica della tossicodipendenza tra le donne rispetto agli uomini possa essere in parte dovuta a problemi di accesso ai servizi e di adeguatezza degli stessi.

Le donne tossicodipendenti subiscono una più forte stigmatizzazione sociale rispetto agli uomini, volendo rimarcare la condizione di incompatibilità della donna con quella della maternità.

È indubbio come le donne tossicodipendenti abbiano il timore di essere etichettate come madri inadeguate ed essere conseguentemente allontanate dai propri figli.

L'autrice sottolinea le vulnerabilità e i rischi delle donne tossicodipendenti: il 60% delle consumatrici si prostituisce come fonte di reddito, da cui consegue l'elevato rischio di trasmissione di malattie infettive.

La droga prevalente è l'eroina e secondariamente la cocaina.

Le donne usano più frequentemente degli uomini tranquillanti, sedativi e stimolanti tipo anfetamine e esordiscono più tardivamente degli uomini, pur avendo una più rapida progressione verso la dipendenza.

Le donne soffrono maggiormente di disturbi ansioso-depressivi, disturbi della personalità (istrionico e borderline) e disturbi del comportamento alimentare, mentre gli uomini più frequentemente vengono diagnosticati per disturbi della condotta, antisociale e passivo-aggressivo.

Negli ultimi anni si è registrato un aumento sproporzionato di casi di overdose tra le donne<sup>1</sup>, di consumo di stupefacenti e coinvolgimento delle stesse nei traffici di narcotraffico e nelle reti criminali.

L'autrice conclude che il raggiungimento dell'astinenza non basta senza riuscire a fare un lavoro sulla persona in quanto donna, specificamente orientato a sostenere e promuovere gli aspetti costitutivi della femminilità, in un rapporto con l'operatore che sappia confrontarsi con i vissuti di svalutazione del corpo e della sessualità che pervadono la vicenda umana delle tossicodipendenti.

Petit *et al.* (2017) partono dalla premessa che il craving rappresenta la causa più frequente di ricadute nei pazienti alcol-dipendenti e che è associato a sintomi di ansia e di depressione gravi.

Confrontando una casistica di maschi e femmine gli autori hanno verificato che nei primi i sintomi affettivi si manifestano nelle prime fasi della detossificazione, mentre nelle donne persistono per tutta la durata del trattamento e sono più intensi.

Sul piano delle indagini psicoterapeutiche secondo il vertice teorico delle relazioni di attaccamento Berrini *et al.* (2002) partivano dall'ipotesi di una tendenziale inversione delle posizioni relazionali e affettive dei genitori nella "fotografia familiare" della ragazza tossicodipendente rispetto a quella del tossicodipendente maschio: in quest'ultima è più abituale riscontrare un padre periferico, variabilmente indifferente o svalorizzante o violento, e una madre ipercoinvolta, variabilmente controllante, ostile, sottomessa; nella famiglia della tossicodipendente le attribuzioni riferibili alla prossimità e alla accessibilità delle figure parentali subiscono una tendenziale inversione, fino ad arrivare ad una polarità opposta nei casi più evidenti, in cui la madre mostra di essere periferica e il padre ipercoinvolto.

Nelle famiglie esaminate la perifericità materna sulla scena affettiva si manifestava in certi casi con un rovesciamento di ruoli, in cui la madre richiedeva alla figlia di interpretare ruoli e funzioni materne, dando all'osservatore l'impressione di una relazione invischiata, ma sulla base di una abdicazione della genitorialità, delegata alla figlia stessa.

La figura della madre, a causa di questa carenza, risulta centrale per la tossicodipendente; padre e madre non sono equivalenti.

Vi è una sostanziale asimmetria nelle richieste: più elevate nei confronti della madre, che pertanto delude più facilmente e in modo più crudele.

La narrazione del rapporto stabilito con il proprio padre da parte delle tossicodipendenti è segnata dalla presenza di un legame privilegiato, illusorio però, che occulta/minimizza la carenza.

La variabile abuso sessuale, soprattutto se esito della deviazione di richieste di attaccamento al padre, rappresenta una spinta determinante per l'associazione tra tossicodipendenza e promiscuità sessuale.

Le madri delle tossicodipendenti sono prevalentemente segnate da vicende personali comportanti una significativa squalifica/svalorizzazione del proprio essere donna che sembra ripercuotersi nel passaggio generazionale sulle figlie.

In prospettiva le figlie tossicodipendenti avranno maggiori probabilità di trasmettere ai loro figli uno stile genitoriale trascurante o abbandonico, in base al *modello operativo interno* della relazione con la propria madre, che, probabilmente rappresenta una variabile più importante della stessa tossicodipendenza per il destino del figlio della tossicodipendente.

Cirillo *et al.* (2016) confermano le ipotesi eziopatogenetiche sopra descritte e aggiungono ulteriori considerazioni sulla base della teoria dell'attaccamento<sup>2</sup>.

Le figlie tossicodipendenti di madri periferiche, distanzianti o rifiutanti, sviluppano un pattern di attaccamento evitante/disorganizzato o disorganizzato con varie possibilità di riorganizzazione, punitiva, autarchica o protettiva.

Tali modelli operativi interni costituiscono uno dei principali fattori di vulnerabilità per l'esordio e il consolidamento dell'uso di sostanze, fino al raggiungimento di uno stato di dipendenza.

Nelle narrazioni psicoterapeutiche di queste pazienti si evidenzia che l'ambiguità presente nel rapporto con il padre possa contribuire a creare e perpetuare la condizione di disorganizzazione ossia la mancanza di strategie efficaci per orientarsi in base a dei punti di riferimento relazionali.

Gli autori ipotizzano che la maggiore gravità dei quadri clinici di tossicodipendenza femminile rispetto a quella maschile sia da associare a due fattori: il primo riguarda la maggiore frequenza di esperienze di abuso sessuale e quindi di comorbilità tra uso di sostanze e disturbo post-traumatico e secondo il fatto che la maggiore distanza della mamma si configura come una scomparsa del ruolo materno, con effetti deprimenti e disorganizzanti maggiori rispetto a quanto avviene nelle famiglie dei pazienti di sesso maschile.

Inoltre la differente modalità di postura del padre, che non si presta ad alcuna forma di idealizzazione, ma aggiunge danno attraverso comportamenti seduttivi e incoerenti, quindi più pesante, ma in negativo, di quella evanescente e periferica del tossicodipendente maschio, può contribuire a rendere la vulnerabilità per le sostanze e i quadri psicopatologici delle femmine maggiormente gravi e disorganizzati.



Anche nella casistica di Mucci (*op. cit.*) la dinamica genitorifiglia viene descritta secondo tali possibili successioni, facendo riferimento anche a Kohut (1971) che vede nel padre una occasione di rispecchiamento alternativa al fallimento materno rispetto a questa funzione vitale per lo sviluppo del sé.

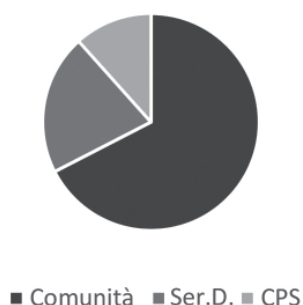
È in mancanza della risorsa paterna, ossia di una sua capacità di caregiving adeguata, che si creano le condizioni per lo sviluppo della vulnerabilità agli stati insicuri e incoerenti del sé.

I lavori e le ricerche selezionate permettono di inquadrare con una certa chiarezza le differenze tra tossicodipendenze maschili e femminili, con l'evidenza che le specificità di queste ultime non trovano sempre nel sistema di cura una risposta all'altezza della complessità delle loro problematiche, di ordine psicopatologico, sociale, culturale e anche sostanzialmente, di genere.

Nello svolgimento seguente del lavoro evidenzieremo alcuni dati relativi ai contesti di lavoro a cui appartengono una parte degli autori e proporremo una lettura di alcune storie cliniche sufficientemente approfondite e dettagliate per permettere di riflettere sui punti nodali dei percorsi di trattamento e meglio individuare le modalità di approccio per le donne tossicodipendenti.

## Alcuni dati desunti dalla casistica

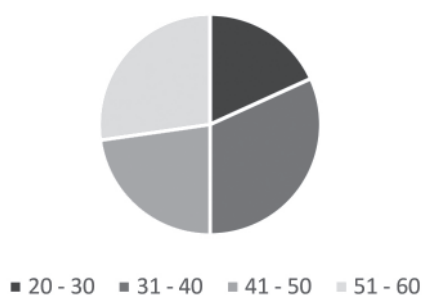
Luogo di cura



Il campione è stato raccolto presso due strutture residenziali<sup>3</sup> per la cura della dipendenza da sostanze e da alcol entrambe con la presenza di utenza mista femminile e maschile e sono il 67% del campione, il 21% proviene da un Ser.D. e il 12% da un CPS.

La presenza di un campione ampio nell'ambito della residenzialità ha permesso di raccogliere una serie di dati (ad es. sintomi sfera alimentare, relazioni sentimentali) e in generale la complessità e la sua conseguente gestione che tale casistica presenta.

Eta'



Il campione presenta il 18% di pazienti tra i 20 e i 30 anni, il 32% tra i 31 e i 40 anni, il 23% tra i 41 e 50 anni, il 27% tra i 51 e i 60 anni.

È importante nell'analisi di questa tabella considerare la numerosità di pazienti con un'età tra i 31 e 40 anni che quindi arrivano relativamente tardi ad iniziare un percorso di cura e si può ipotizzare che ciò avvenga perché i servizi sono meno preparati all'accoglienza della tossicodipendenza femminile e/o meno preparati ad accogliere madri tossicodipendenti che richiedono una specificità di trattamento non sempre disponibile o accedono al servizio più tardi, come succede frequentemente negli alcolisti.

## Sintomi sfera alimentare



- Presenza di diagnosi di disturbo alimentare
- Presenza di sintomi senza diagnosi
- Nessun sintomo

Nella raccolta anamnestica e nel trattamento di queste pazienti emergono sintomi riconducibili alla sfera dei disturbi alimentari, il 32% presenta una diagnosi di disturbo alimentare mentre il 14% presenta sintomi riconducibili a quest'area, che per diversi motivi non sono stati diagnosticati ma che diventano palesi in particolare nel contesto residenziale.

È nota l'associazione frequente tra i disturbi da uso di sostanze e i disturbi del comportamento alimentare (DNA, disturbi della nutrizione e dell'alimentazione), che convivono in un rapporto di comorbidità o si succedono nel corso dell'evoluzione psicopatologica del paziente in una sorta di migrazione transdiagnostica.

A questo proposito Sloane *et al.* (2017) hanno proposto che la disregolazione emozionale rappresenti un costrutto transdiagnostico che sta alla base di differenti manifestazioni psicopatologiche.

Ganson, Murray e Ganata (2021) hanno valutato la copresenza di uso di sostanze e disturbi alimentari in un ampio campione di studenti universitari.

La copresenza dei due disturbi rende la prognosi più sfavorevole e il trattamento più difficile.

Munn-Chernoff *et al.* (2020) evidenziano che le donne che hanno una diagnosi di disturbo da uso di alcol e di nicotina in comorbidità hanno una maggiore frequenza di disturbi alimentari rispetto alle donne che manifestano unicamente il disturbo da uso di alcol o quella da uso di nicotina, le quali a loro volta manifestano una maggiore prevalenza di disturbi alimentari rispetto alla popolazione femminile senza alcun disturbo da uso di sostanze.

Liu *et al.* (2022) evidenziano il tema dell'uso di sostanze illegali per diminuire di peso in una casistica femminile.

Gli autori partono dalla considerazione che l'immagine corporea è influenzata da fattori socio-culturali e di genere e che nei paesi in via di sviluppo il benessere economico e l'abbondanza di cibo si associa alla desiderabilità di avere una figura magra.

Le donne sono più portate a fare propria l'ideale socio-culturale associato alla forma corporea ed esiste una più forte associazione nelle donne rispetto agli uomini tra insoddisfazione per la propria forma corporea e il confronto con gli altri.

In Cina il fenomeno della tossicodipendenza femminile sta diventando più frequente e spesso in concomitanza con la preoccupazione per il peso e la forma fisica.

Nella casistica esaminata e seguita per un periodo di tre anni, è stato verificato che l'aspettativa di perdere peso e raggiungere un'ideale di magrezza era alla base dell'esordio nell'uso di sostanze, del mantenimento e delle ricadute durante i periodi di remissione all'interno dei centri per la cura delle tossicodipendenze.

Mucci (2018, p. 16, p. 18, p. 177) illustra così il nesso che collega a livello simbolico l'attacco al corpo dell'autolesionismo e quello dell'anoressia:

Il corpo diventa il bersaglio di attacchi autodistruttivi ed è sentito come "straniero", "non me" e inaccettabile a causa di sensazioni corporee esistenziali maladattive o il ricettacolo di parti persecutorie e di sensazioni proiettate sul corpo come fosse un altro disgustoso e odiato.

... l'ambiente positivo o negativo e il conseguente stato neuropsicobiologico in cui si sviluppa il corpo-sé del bambino contribuiscono alla formazione mentale e fisica del corpo-mente-cervello del nuovo essere.

Come forma di autoregolazione affettiva, per quanto estrema possa sembrarci, tagliarsi spesso origina in connessione con qualcosa o qualcuno con cui si è in relazione... cioè un sollievo rispetto ad un eccessivo stato di arousal quando il cervello è sopraffatto. In un disturbo di personalità, specie borderline, questi stati estremi sono spesso da considerarsi come causati dall'atro, dal suo comportamento, e finiscono per diventare un messaggio disperato, una richiesta d'aiuto, o una ferita inferta, una vendetta. Così come nelle anoressiche, il corpo può diventare ostaggio di una rivendicazione brutale rispetto al controllo che la madre opera inconsapevolmente sul corpo della figlia, finché quest'ultima per liberarsene deve arrivare a controllare se stessa e la propria volontà in una morsa mortifera (anche se per "esistere" talvolta si arriva alla morte)... il corpo sentito come sé e altro nello stesso tempo.



L'associazione tra esperienze traumatiche e tossicodipendenza è un aspetto consolidato e clinicamente significativo della clinica dei disturbi da uso di sostanze (Rice *et al.*, 2001).

Quando tali esperienze evolvono in un disturbo post-traumatico da stress la severità dei sintomi è maggiore e la prognosi dell'efficacia del trattamento è di solito meno favorevole, soprattutto in base alla componente violenta del trauma (Johnson, 2008).

È noto che lo sviluppo di un DPTS dipende da una sommatoria di fattori di vulnerabilità e fattori di protezione, tra i quali il pattern di attaccamento rappresenta un elemento decisivo (Chandler e Mc Caul, 2003; Armour, Elklit e Shevlin, 2011).

Maerker *et al.* (2022) mettono l'accento sull'importanza clinica di distinguere la diagnosi di disturbo post-traumatico complesso dal disturbo post-traumatico e dal disturbo borderline della personalità.

I soggetti affetti da questa patologia hanno subito esposizioni multiple a situazioni traumatiche come abusi in età infantile o violenze domestiche o di comunità.

In Lotzin *et al.* (2019) i profili traumatici con un maggior livello di severità erano correlati ad un esordio più precoce dell'uso di sostanze e ad una maggiore rapidità di evoluzione in dipendenza. Inoltre i profili dei traumi infantili erano correlati alla gravità dei sintomi depressivi, distimici, sociofobici e alla perdita della fiducia di base.

Joseph *et al.* (2019) fanno un confronto tra un campione di uomini tossicodipendenti da cocaina, con e senza storia di traumi infantili e un'analoga casistica di donne, per valutarne le differenze nella risposta all'ossitocina somministrata successivamente ad una stimolazione del craving per la cocaina e misurata attraverso la fMRI.

Se l'ossitocina riduce la stimolazione per la sostanza a livello corticale in tutti i soggetti, negli uomini con o senza anamnesi di traumi infantili si riduceva anche la reattività dell'amigdala, mentre nelle donne dipendenti da cocaina con anamnesi positiva per traumi infantili, al contrario, si registrava un aumento della reattività dell'amigdala.

Basandosi anche su precedenti studi analoghi, gli autori mettono in luce che la reattività limbica degli uomini è connessa alla sostanza, mentre quella delle donne è maggiormente stimolata dalle esperienze stressanti.

Gli autori di questo lavoro non parlano del ruolo del sistema di attaccamento, ma è nostra opinione che l'ossitocina, che interviene nella relazione di conforto e di cura che disattiva le richieste di attaccamento, solleciti un bisogno strettamente correlato con le esperienze traumatiche infantili, rispetto alle quali sembra che il "riparo" fornito dalla droga sia più efficace per gli uomini che per le donne.

Peirce *et al.* (2011) partono dalla nota considerazione che i tossicodipendenti vanno incontro a esperienze traumatiche con frequenza maggiore rispetto alla popolazione generale e si propongono di mettere a fuoco un aspetto meno indagato dalla letteratura, la frequenza di ritraumatizzazione, evidenziando che le donne sperimentano il doppio di episodi di riesposizione a eventi traumatici degli uomini, andando incontro più frequentemente degli uomini a malattie che mettono a rischio la vita, morte o malattia di una persona amata.

Le donne che assumevano droga per via iniettiva erano quelle maggiormente esposte alla ritraumatizzazione.

La presenza di abusi nella metà del campione raccolto conferma un dato già presente in letteratura.

Nella nostra analisi sulla casistica, in particolare quella presente nelle comunità, si è rilevato anche il dato della frequenza con cui le pazienti creano relazioni affettive o comunque vicinanza con pazienti di sesso maschile.

Earp *et al.* (2017) sottolineano che la facoltà dell'amore romantico di creare addiction deve essere considerata una modalità naturale di favorire il legame di coppia tra le persone, tuttavia la presenza di questo aspetto ci ha portato a riflettere se si è in presenza anche di elementi riconducibili alla dipendenza affettiva oppure no.

Spesso nella storia di queste pazienti la presenza di abusi sessuali, come confermato dalla tabella sopra, può condurre queste persone alla ricerca di relazioni intime, non raramente guidate dalla coazione alla riedizione dell'esperienza traumatica (cfr. Peirce *et al.*, *op. cit.*).

Tuttavia bisogna anche considerare come nella tossicodipendenza femminile è elevata la presenza di comportamenti promiscui finalizzati alla acquisizione della sostanza di abuso.

L'area della sfera affettiva è delicata e porta molti interrogativi ad es. è possibile che non si tratti di dipendenza affettiva ma ad es. vista la numerosità di pazienti con tratti borderline una delle caratteristiche è la tendenza all'impulsività che spesso può tradursi non in agiti aggressivi come nella casistica maschile ma in comportamenti a rischio nella sfera sessuale/affettiva.

Nel lavoro specifico su alcuni casi trattati in struttura residenziale dove si è cercato di dare un senso alla tendenza impulsiva a creare relazioni intime, spesso si è riscontrato come le risposte delle pazienti fossero generate dalle stesse difese di minimizzazione e di concretizzazione utilizzate per spiegare la dipendenza dalle sostanze.

I dati emersi dal campione presentato ci portano a riflettere sulla complessità che questa casistica presenta e alla difficoltà che i servizi spesso tendenti alla settorializzazione non riescono sempre a cogliere completamente.

Abbiamo ipotizzato anche come si può assistere nella storia di queste pazienti al passaggio da un sintomo ad es. alimentare al sintomo dipendenza da sostanze.

Alcuni autori (cfr. ad es. Burkett e Young, 2012; Raynaud *et al.*, 2010; Fisher *et al.*, 2010, 2016) sottolineano l'analogia tra la biochimica dell'attaccamento e il funzionamento delle sostanze d'abuso sulle stesse aree del cervello deputate allo sviluppo di relazioni di vicinanza e di sicurezza.

In letteratura si trova anche la prevalenza di tratti di personalità dipendente (Benotsch *et al.*, 2017) o di attaccamento ansioso/ambivalente (Gori, Russo e Topino, 2023).

Quindi sembra che la dipendenza affettiva si inneschi se esistono antecedenti di vulnerabilità rispetto ai modelli operativi interni consolidati nelle esperienze di attivazione del sistema di attaccamento e rispetto alla rigidità e pervasività dei tratti patologici della personalità, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti di dipendenza.

Nel caso delle femmine tossicodipendenti, quindi la dipendenza affettiva si potrebbe considerare come un aspetto che completa il quadro clinico e informa le decisioni trattamentali, analogamente ad altre comorbilità che riguardano le motivazioni di attaccamento, i tratti patologici della personalità e gli eventuali disturbi psichiatrici associati.

## Descrizione di casi esemplificativi

### Il caso di Anna

Anna inizia un percorso psicologico nella primavera del 2021, quando ha poco più di 40 anni.

Ha iniziato diversi percorsi psicologici a partire dall'adolescenza con scarso successo.

Nell'autunno dell'anno prima aveva ripreso i colloqui con la psichiatra di riferimento per sintomatologia ansioso-depressiva e per disturbo di personalità NAS dopo un periodo di assenza dal Servizio di circa 6 anni.

Anna è figlia unica, nei primi colloqui psicologici si mostra formalmente collaborante e motivata riportando un'infanzia "serena" connotata da scarsa presenza dei genitori per impegni lavorativi e affidamento alle cure dei nonni.

Riassume la sua relazione con i genitori in questo modo: "Ci vedevamo poco, i miei litigavano sempre perché erano stanchissimi per il lavoro, ma mi hanno voluto bene, a loro modo"; "Sono stati sempre precisi nella vita ma io non capivo l'utilità di certe regole per cui non credo di essere stata una buona figlia".

Il percorso liceale si incrina al secondo anno per difficoltà relazionali. Inizia un periodo di oscillazioni affettive ed emozionali che Anna modula con l'autolesionismo e l'abuso di alcol.

I genitori divengono consapevoli delle condotte della figlia in occasione del primo tentativo di suicidio per autolesionismo.

I tentativi di aggancio ai servizi di cura si rivelano fallimentari.

Un secondo agito con assunzione incongrua di farmaci poco prima della maggior età viene gestito dai genitori per paura dell'attivazione dei Servizi sociali.

Concluso il liceo Anna conosce l'attuale marito di circa dodici anni più grande.

Iniziano subito una convivenza.

Dopo una prima fase di equilibrio, il rapporto s'incrina quando la paziente ha circa 25 anni, perché scopre di essere stata contagiata dal virus dell'HIV, trasmesso dal compagno ex tossicodipendente. In quella occasione si rivolge per la prima volta ad un CPS accettando esclusivamente una cura farmacologica che prosegue con monitoraggi saltuari per circa una decina d'anni, dopodiché scompare.

In quegli anni si verifica un progressivo tracollo della situazione economica che esita in una perdita della casa di proprietà e una collocazione della coppia presso un alloggio del comune.

A distanza di circa sei anni dell'ultimo contatto con il servizio, Anna richiama il curante per un peggioramento del quadro clinico e riferisce che a seguito di assenze ripetute sul lavoro è stata licenziata e anche il marito non ha più un lavoro stabile.

Accetta un percorso di presa in carico psicologica.

Nei primi colloqui psicologici Anna fa di tutto per mostrarsi nel migliore dei modi.

Una seppur fragile alleanza terapeutica le consente di rivelare uso di cocaina da anni a scopo di automedicamento e condotte di cutting.

Racconta di come, all'insaputa del marito, avesse contratto debiti per procurarsi la cocaina. Rifiuta di rivolgersi al Ser.D. e di valutare un programma di cure residenziale; prosegue la psicoterapia, presentando frequenti variazioni dello stato mentale e affettivo e necessita di due ricoveri per lo sviluppo di sintomi di depressione maggiore.

A distanza di circa sei mesi dall'inizio della psicoterapia Anna inizia a sabotare gli appuntamenti. I tentativi di comprenderne le motivazioni sono fallimentari.

Informa che rientrerà a vivere temporaneamente dai genitori, che, ignari del suo stato di salute, attribuiscono la sua decisione alla conflittualità e all'instabilità della relazione con il marito.



Dopo due mesi dal trasferimento, a seguito di uno stato dissociativo dopo abuso di cocaina si lancia da un cavalcavia rimanendo paraplegica.

Questa paziente manifesta un quadro sintomatologico complesso che frequentemente fa presupporre una genesi traumatica precoce.

Ma nelle reticenze di Anna non si intravede uno spiraglio di verbalizzazione che permetta di ricostruire una narrazione rispetto a vicende di maltrattamento o abuso, antecedenti lo sviluppo della dipendenza da sostanze.

Questo aspetto ci porta a considerare lo scarto notevole tra la diagnosi psichiatrica ricevuta e l'espressività sintomatica della sofferenza.

Se ne deduce che l'instabilità affettiva, la disregolazione emozionale, gli agiti autolesivi e suicidari siano stati attribuiti all'uso di alcol e di sostanze, scindendo la persona in una paziente psichiatrica, da una parte, con sintomi moderati e una paziente tossicodipendente, con comportamenti gravi dall'altra.

Nei casi come quello di Anna le parole non aiutano a decifrare la complessità della situazione, mentre il corpo sembra riferire la presenza di una grave depersonalizzazione e quindi un disconoscimento di se stessa, che fa pensare all'introiezione di una qualche forma di violenza (fisica, psicologica) e di colpa ("Non credo di essere stata una buona figlia").

A questo si aggiungono le successive ritraumatizzazioni (cfr. Peirce *et al.*, *op. cit.*), fino a culminare nell'impulso di eliminare del tutto la sua persona.

L'esito sfavorevole di questo caso rimanda alla difficoltà di trattamento delle pazienti che uniscono l'uso di sostanze all'instabilità borderline e alla depressione maggiore, comorbilità che, è noto, si associano al rischio elevato di suicidio.

Difficile immaginare un contesto terapeutico adeguato a contenere tanta complessità, al di là dei periodi di ricovero in reparto.

Ci si può chiedere se i genitori potessero essere maggiormente attivati e coinvolti nell'operazione di messa in sicurezza della figlia.

### **Il caso di Miriam**

Miriam, 34 anni è persona nota al Ser.D. dall'età di 25 anni.

Viene descritta dalla madre come un'adolescente molto irrequieta, difficile da gestire, attratta dagli ambienti della tossicodipendenza nei quali ricerca persone con cui intrattenere relazioni sentimentali.

Dall'anamnesi risulta avere iniziato l'uso di sostanze proprio in adolescenza.

Dai 14 anni THC, in seguito verso i 16 anni cocaina e a 23 eroina fumata per arrivare all'ultimo anno ad iniettarsela.

Miriam vive con la madre che è la sua figura di riferimento principale.

I genitori sono separati da quando Miriam aveva 3 anni.

Il loro rapporto è da sempre inficiato dalla relazione disfunzionale del padre con la madre e attualmente anche dalla presenza della nuova moglie di lui.

Grazie ai primi interventi del Ser.D. Miriam riesce a raggiungere l'obiettivo di un corso professionale e lo supera a pieni voti.

Negli anni successivi lavora in maniera discontinua alternando ricadute nell'uso di sostanze in modo anche molto pesante.

Dimostra comunque di voler stare bene e accetta di mettersi in gioco con un percorso psicoterapeutico, raramente disdice

gli appuntamenti e si presenta puntuale anche nei periodi di maggiore uso.

Il percorso terapeutico è stato sempre altalenante non rispetto alla frequenza degli incontri ma rispetto alla modalità di utilizzo degli stessi.

Si sono alternati incontri emotivi in cui Miriam sembrava essere capace di trattare tematiche difficili ad incontri assolutamente superficiali, inautentici, privi di contenuti che riportavano tutto su un piano puramente cognitivo e non era possibile trattare nessuna tematica rispetto alla sua storia di vita.

Ciò che emerge dal racconto della sua infanzia è sicuramente carico di forte sofferenza emotiva perché Miriam riferisce di avere, sin da piccola, sentito un forte peso rispetto alla situazione familiare e un'angoscia eccessiva rispetto a quello che vedeva intorno a lei.

Il racconto di questo suo pezzo emotivo è sempre disorganizzato, l'eloquio risulta frammentato e confuso e Miriam alle volte sembra essere talmente angosciata nel ricordare immagini ed episodi che appare in uno stato dissociativo importante difficile da elaborare in un contesto ambulatoriale in cui, successivamente al colloquio, lei deve tornare all'interno della sua quotidianità.

Rispetto alla sfera sentimentale, dopo la fine di una convivenza con un ragazzo anche lui tossicodipendente, negli ultimi anni intrattiene relazioni con diversi uomini tutti compromessi con temi di abuso sostanze e temi delinquenziali.

Sono questi gli anni in cui Miriam manifesta il suo malessere con agiti che mettono a repentaglio la sua vita poiché si mette a rischio sia rispetto alle frequentazioni, sia rispetto ai luoghi, fino ad essere fermata solo dall'intervento delle forze dell'ordine che la conducono ad una struttura ospedaliera perché picchiata, molestata e sotto effetto di sostanze.

Durante questi episodi appare sganciata completamente dalla realtà.

Rientrata in sé non è in grado di ricordare quanto accaduto.

Dopo circa dieci anni dalla sua presa in carico Miriam accetta per la prima volta la proposta di un percorso comunitario che da una parte si rileverà contenitivo e strutturante per lei perché porta a termine mansioni, partecipa a gruppi, collabora con motivazione alle varie proposte terapeutiche, ma dall'altra emerge in maniera importante l'aspetto compulsivo-caotico nella sfera sessuale che porterà alla scelta da parte della struttura ospitante di interrompere il programma a causa delle molteplici trasgressioni.

Miriam vive questa situazione per ben due volte, in due percorsi diversi che la mettono in una condizione di forte vissuto fallimentare e nello stesso tempo le fanno vivere la sensazione di essere "deleteria/nociva" per l'ambiente circostante.

L'aggancio con gli operatori è sempre precario, chiede aiuto ma fatica ad affidarsi del tutto, rimane sempre guardinga e diffidente pur dimostrando compiacenza e gentilezza.

Nel periodo trascorso nella prima struttura si definisce un quadro di pensieri intrusivi che prima di quel momento erano stati imputati all'uso di sostanze.

Nel secondo contesto comunitario gradualmente emergono ricordi traumatici riguardanti la sfera sessuale dei primissimi anni di vita che le fanno vivere da una parte una sensazione di liberazione di quel vissuto, dall'altra un senso di destabilizzazione importante poiché i ricordi riguardano una figura familiare per lei significativa per cui il vissuto è fortemente ambivalente e

oscilla dalla paura di nuocere all'altro, alla rabbia per il sopruso subito.

Miriam chiese più volte di potere ritornare nella seconda comunità, come a voler riparare l'interruzione di un tragitto che forse aveva percepito come potenzialmente evolutivo.

Le relazioni che Miriam intrattiene, sia all'interno delle strutture, sia nei momenti in cui vive in casa con la mamma, sono tutti legami altamente disfunzionali caratterizzati da forte uso di droghe e condotte maltrattanti in cui il ruolo di Miriam sembra oscillare da quello di vittima a quello di carnefice.

La lettura integrata di strumenti psico diagnostici mette in luce un funzionamento caratterizzato da immaturità psichica che vede la paziente sprovvista delle risorse emotive e ideative necessarie a comprendere e gestire la complessità della realtà.

Sentendo di non avere degli strumenti per muoversi nel mondo, Miriam sarebbe spinta ad appoggiarsi a degli elementi concreti esterni che, grazie anche ad un adeguato bagaglio cognitivo (QI=94), le permetterebbero di orientarsi e di capire come comportarsi, evidenziando così una certa dipendenza dal contesto.

Tuttavia, in situazioni meno strutturate in cui il livello di complessità e ambiguità è maggiore, queste strategie non sono sufficienti e la paziente finisce per disorganizzarsi, perdendo il controllo su ciò che le accade.

L'origine di tale immaturità deriva da un clima primario vissuto come poco sicuro e disponibile: la figura paterna sembra essere percepita come aggressiva, dura e in qualche modo minacciosa. Mentre la figura materna appare del tutto inconsistente e indisponibile, in quanto completamente in balia della propria sofferenza.

Infatti, sembra che la paziente abbia vissuto la relazione con questa figura come con un oggetto mortifero, inanimato che, pur soddisfacendo i suoi bisogni fisiologici, non ha garantito un contatto affettivo positivo né un senso di protezione.

Si potrebbe ipotizzare che all'interno di questo legame siano quindi circolati dei vissuti depressivi che hanno lasciato nella paziente una profonda angoscia di morte.

Di fronte ad una figura materna così fragile, la rabbia sarebbe stata vissuta come un affetto lesivo, lasciando alla paziente la sensazione di essere in qualche modo pericolosa per l'altra persona.

Perciò, non sarebbe stata concepita come una spinta evolutiva per potersi separare, ma piuttosto un impulso da annullare, lasciando così Miriam in una condizione di importante dipendenza.

La struttura del Sé risulta infatti frammentata e immatura, per cui sembra che la paziente, proprio percependo questa fragilità, non riesca a fidarsi delle proprie risorse, sentendo di doversi affidare a un'altra persona per poter capire come muoversi nel mondo.

Per questo motivo arriverebbe ad assumere un atteggiamento accondiscendente, pur di garantirsi la sua vicinanza, esponendosi a diversi rischi, poiché potrebbe non dare un limite alle richieste che l'altra persona avanza.

Infatti, se da un lato la presenza dell'altro sembra necessaria e rassicurante, dall'altro il contatto con le persone sembra darle un certo fastidio e allarmala, poiché percepite come potenzialmente pericolose e non sempre benevole.

Tali esperienze, insieme alla difficoltà a costruire delle rappresentazioni stabili del mondo, farebbero sentire la paziente con-

tinuamente esposta ad una minaccia che genera in lei uno stato di costante tensione e angoscia, come se in qualsiasi momento potesse subentrare qualche pericolo improvviso.

Alla luce della conoscenza di Miriam sia nel contesto territoriale che nel contesto contenitivo e grazie alla valutazione corposa a livello testistico effettuato in questi anni si comprende come sia difficoltoso per la paziente intraprendere un percorso terapeutico, proprio a partire dalla sfiducia che sperimenta all'interno delle relazioni.

La fatica più grande dell'équipe curante nell'oggi è percepire fortemente l'angoscia ed il malessere della paziente e non trovare un luogo di cura adatto a lei che possa essere sia contenitivo che protettivo.

I continui agiti impulsivi nella sfera sessuale sono infatti ritraumatizzazioni continue che "nutrono" il suo malessere e la sua disorganizzazione; l'espulsività delle strutture ospitanti sono al contempo continue conferme del fatto che lei sia "deleteria" per l'ambiente circostante.

### **Il caso di Fatima**

Fatima originaria del Nord Africa, cresciuta in una famiglia benestante e con una madre abbastanza distante dalle rigide regole culturali ed un padre che si rivelerà essere dedito all'alcol. In età preadolescenziale inizia a usare sostanze come la cannabis ed avere comportamenti trasgressivi.

A diciotto anni si trasferisce in Italia per sposarsi con un italiano; dal matrimonio, che si rivela più che altro un modo per svincolarsi dalla famiglia, nasce una figlia e dopo pochi anni avviene la separazione a causa dei tradimenti del marito.

Fatima racconta di essersi ritrovata in un sistema matriarcale del tutto simile a quello dal quale aveva cercato di uscire lasciando il paese di origine.

Il marito faceva uso di sostanze e Fatima inizia gradualmente a usare alcol.

Il matrimonio finisce ma, a causa delle necessità economiche, la giovane rimane a casa del marito, nonostante i pessimi rapporti con la famiglia dei suoceri.

Sol dopo alcuni anni si allontana da quella situazione, ma la pandemia di Covid e le sue conseguenze la conducono a intraprendere lavori all'interno di locali notturni e discoteche dove gradualmente si avvicina all'uso di cocaina.

Fatima ricorda che quando la figlia andava in visita al padre, per sopportarne l'assenza, l'alcol diventava lo strumento più efficace per la gestione dell'angoscia e del vuoto di quei momenti.

La paziente intreccia diverse relazioni affettive con uomini dipendenti da sostanze che presentavano anche comportamenti violenti e possessivi.

Purtroppo queste circostanze portano alla segnalazione della sua condizione ai servizi sociali e alla tutela per i minori che poi la conducono all'aggancio con il Ser.D.

L'inserimento e la presa in carico si è subito rivelata complessa in quanto la paziente mostrava tratti di personalità connessi a motivazioni autarchiche e agoniste e sembrava incapace di formulare una domanda di aiuto e una partecipazione collaborativa congrua con il contesto.

Inoltre evidenziava una difficoltà più evidente nei confronti delle figure femminili, che si riverberava nella relazione con la psicoterapeuta.

La fatica iniziale è stata quella della costruzione di una fiducia di base e di una alleanza almeno formale, utilizzando come

porta di accesso il suo ruolo di madre, motivando la paziente alla prospettiva di ritornare ad avere rapporti con la figlia senza la presenza dei Servizi di Tutela. Lavorando su questo tema Fatima accettò di entrare in Comunità.

Gradualmente riconosce come le sostanze e la dipendenza erano antecedenti alla nascita della figlia; esce dall'idealizzazione della figura materna e vede come l'investimento che la madre aveva su di lei era funzionale alla madre stessa per acquisire riconoscimenti nella sua famiglia di origine.

Tale strumentalità della relazione era stata avvertita da lei e per questo aveva iniziato ad essere trasgressiva ed uscire dal ruolo di bambina per bene che aveva sempre portato avanti.

La riorganizzazione autarchica abbiamo ipotizzato nascesse dalla necessità di fare da sola e dall'assenza seppure misconosciuta della madre.

Un esempio di quanto avvenuto in struttura, che ha permesso di accedere a queste riformulazioni, scaturiva dall'astio che provava per due operatrici, giovani donne vicine alla sua età, che lei considerava e trattava alla pari, incapace di subordinarsi.

Nei colloqui psicoterapeutici era riuscita a dire come tali operatrici assomigliassero alle sue cugine materne e ciò ha appunto permesso di arrivare a riformulare il passato e i giochi famigliari sottostanti partendo da dati del qui ed ora.

Gradualmente, a fianco di questa area, emergono i ricordi più traumatici sulla sfera sessuale che poi verranno messi a fuoco in modo predominante durante le sedute con EMDR.

Il ruolo genitoriale valorizzato positivamente anche da parte dei servizi esterni ha permesso di dare un senso alle fatiche del suo percorso in Comunità e di porre attenzione al ruolo inibitorio che la figlia aveva nei confronti delle sostanze, la cui presenza, dopo la separazione coniugale, la preveniva dall'impulso di bere.

Anche la vicinanza che ha trovato con un ospite della struttura è diventata oggetto di riflessione grazie al contesto protetto che ha permesso di contenere i passaggi all'atto e ha favorito la comprensione di quanto delle sue relazioni traumatiche pregresse potessero confonderla nelle sue scelte attuali.

La relazione non sanzionata da parte dell'équipe e usata come strumento e opportunità di lavoro ha dato la possibilità di commentare la tendenza alla dipendenza affettiva e di porre alla luce le similitudini e il *continuum* con la dipendenza dalle sostanze.

Inoltre le sta apparendo sempre più chiaro il quadro relazionale e l'incastro di coppia e sta prendendo in esame come il quadro relazionale e l'incastro di coppia abbiano le stesse caratteristiche di quelle precedenti dove lei è a volte vittima e dove a volte il disagio di essere in posizione down la porta a ripristinare la posizione up ovvero quella del carnefice.

Si osserva quindi un'estrema difficoltà a stare in posizione alla pari.

Nel rapporto con l'équipe riesce attualmente a contenere le sue oscillazioni agoniste, mentre con i pari manifesta ancora una certa instabilità.

Nel corso della sua permanenza in comunità si è entrati sempre di più nel racconto dettagliato delle diverse esperienze traumatiche sessuali che hanno origine da un evento in adolescenza, dal quale è originata la vulnerabilità alla ritraumatizzazione, nel corso delle sue esperienze successive.

Fatima riconosce come queste situazioni traumatiche hanno un'influenza sulle sue relazioni amicali, affettive e su determinate scelte anche in campo lavorativo.

In questo caso si rileva come la componente traumatica che indirizza la paziente a utilizzare le motivazioni e le procedure sessuali e agoniste al posto di quelle connesse alle richieste e ai bisogni di attaccamento, in questo analogamente agli altri casi illustrati, sembra che riesca ad essere contenuta dal contesto residenziale di cura, come se la paziente mostrasse di essere ricettiva rispetto alle componenti accuditive e collaborative delle relazioni interpersonali.

Probabilmente, al contrario dei casi precedenti presentati nell'articolo, l'esperienza della genitorialità ha permesso di mitigare la disorganizzazione e l'impulsività e la paziente è riuscita a venire in contatto con le emozioni di attaccamento/accudimento nella relazione con la figlia.

## Discussione

Le peculiarità dei casi esemplificativi illustrati fanno riferimento a problematiche che rientrano nell'area borderline, che, come abbiamo già sottolineato (Shore, *op. cit.*) sono più frequenti nel genere femminile, mentre nel genere maschile è più frequente incontrare manifestazioni di tipo narcisistico/antisociale.

Tale collocazione diagnostica rende queste pazienti trasversali a vari contesti terapeutici (Ser.D., CPS, Comunità terapeutiche, Strutture residenziali psichiatriche, Servizi Tutela Minori).

Nel lavoro abbiamo preso in considerazione i contesti della Comunità terapeutica, il Ser.D. e il CPS.

Come si è visto nella raccolta dei dati della casistica, le pazienti manifestano i sintomi, i disturbi e le difficoltà nel seguire i percorsi di trattamento che abbiamo trovato nell'esame della letteratura internazionale.

Alla luce di quanto esposto, si comprende come tale difficoltà sia principalmente connessa principalmente alla sfiducia che sperimentano all'interno delle relazioni e alla riedizione delle esperienze traumatiche non elaborate e non condivise con un ambiente familiare tutelante.

La coazione a ripetere, l'identificazione con l'aggressore, la precoce costituzione di un sé alieno scisso e la dissociazione connessa con la disorganizzazione dell'attaccamento, con il disturbo post-traumatico o post-traumatico complesso, sono aspetti che rappresentano una psicopatologia a genesi relazionale che solo esperienze relazionali positive, "emotivamente correttive" possono contrastare o lenire.

D'altra parte proprio le relazioni di vicinanza possono rappresentare un trigger per l'attivazione delle difese di evitamento, di attacco-fuga e provocare reazioni, spesso inconsapevoli, che incrinano o rompono l'alleanza terapeutica.

Ne consegue che la riuscita della presa in carico di questa tipologia di pazienti è aleatoria per la multifattorialità patologica, ma riteniamo che la variabile di genere accresca ulteriormente la precarietà dell'incontro con i contesti di cura.

Sofferamoci ancora sul caso di Miriam: l'aspetto centrale del tragitto trattamentale di questa paziente sembra trovarsi per certi aspetti al polo opposto del caso di Anna.

Quest'ultima rifiutava l'inserimento in una comunità terapeutica e questo mancato passaggio di cura ha lasciato aperto lo spazio per un agito anticonservativo dall'esito non fatale, ma di portata gravemente e permanentemente disabilitante.

Miriam, invece, chiede reiteratamente di essere ammessa nella struttura residenziale da cui era stata espulsa, ma ciò non le viene permesso e la paziente si trova a ripetere comportamenti a rischio e alimentare la dipendenza da sostanze.



Le due situazioni hanno molti punti di contatto per l'espressività psicopatologica, la gravità della componente comportamentale e l'uso di sostanze compulsivo.

Nello specifico entrambe trovano nella relazione con un partner un esito di aggravamento della propria situazione, sia fisica che psicologica, evidenziando lo stretto rapporto tra dipendenza sentimentale/sexuale e dipendenza da sostanze.

Nel caso di Miriam è di particolare interesse come tale componente abbia una genesi traumatica rappresentata dall'abuso sessuale intrafamiliare in età infantile.

Alla luce di questa informazione l'espulsione della paziente dalla comunità terapeutica acquista un significato ancora più critico: in un certo senso Miriam viene punita per un comportamento che rappresenta il suo problema principale alla base della ragione per cui gli operatori cercavano di aiutarla.

Ma la comunità interpretava probabilmente il comportamento di Miriam come un aspetto correlato ad un tratto manipolativo e egocentrato, mentre si trattava di un modo di avere padronanza di un'esperienza di grave vittimizzazione infantile.

È evidente che queste considerazioni non devono essere interpretate come una critica alle procedure e alle decisioni della comunità terapeutica che ha preso in carico la paziente, la quale ha salvaguardato la collettività e il funzionamento generale, le cui regole rappresentano comunque dei limiti a cui non tutti i degenti riescono ad adattarsi.

Ma proprio questo aspetto riporta al discorso di come adattare i contesti terapeutici a pazienti di sesso femminile che agiscono attraverso le motivazioni sessuali comportamenti disregolati di natura post-traumatica, suscitando talvolta reazioni stigmatizzanti o moralistiche da parte delle équipe curanti.

Riportiamo alcuni contenuti della ricerca di Molteni (2011), che sottolinea che assumere il genere come categoria euristica interpretativa non implica banalmente l'aggiunta di un ulteriore elemento di complessità in un fenomeno già complesso come il consumo di droga e, prosegue l'autrice, la categoria *genere* ha un significato che va oltre la semplice distinzione biologica tra i sessi, ma include le pratiche culturali che definiscono il maschile e il femminile, incluse credenze, percezioni, preferenze, atteggiamenti, comportamenti e attività.

Si tratta di un processo incessante di costruzione sociale e non esiste prima della vita sociale stessa.

Le donne che contravvengono alle aspettative sociali sono viste come "doppiamente devianti", mentre nelle politiche e nelle rappresentazioni della tossicodipendenza maschile, al contrario, non compare alcun riferimento alle responsabilità familiari e al ruolo di padre.

Certamente il fenomeno della tossicodipendenza femminile e il modo di affrontarlo da parte del sistema di cura evolvono in relazione alla trasformazione delle aspettative di dipendenza della donna da parte della società e, per quanto in questo ambito i cambiamenti siano in rapida evoluzione, gli stereotipi di genere continuano a manifestare una certa resistenza.

L'intento del nostro lavoro è stato di contribuire a evidenziare la necessità di potenziare gli strumenti culturali e clinici per affrontare il fenomeno della tossicodipendenza femminile.

## Note

1. A questo riguardo il recente lavoro di Han *et al.* (2023) in cui rilevano che dal 2018 al 2021, la mortalità per overdose delle donne tra i 35

e i 44 anni in gravidanza e nel periodo del post-partum è triplicata, in linea con l'incremento della mortalità per overdose nella popolazione generale degli Stati Uniti. La maggior parte di queste morti si verificavano al di fuori dei contesti di cura. Per questo gli autori auspicano approcci di cura non punitivi per incentivare le donne tossicodipendenti in gravidanza e nel post-partum a rivolgersi ai servizi per il trattamento del disturbo.

2. Per le connessioni tra pattern di attaccamento e tossicodipendenza confronta anche: Roberto Berrini, Renato Sidoti, Federica Beltrami, Laura De Vecchi, Eugenia Luraschi, Lucia Monicchi, La dipendenza da sostanze come modalità di disattivazione del sistema dell'attaccamento: una ricerca su un campione di pazienti degenti in comunità terapeutica, *Mission*, 51, Anno XIV, marzo 2019, pp. 7-17.

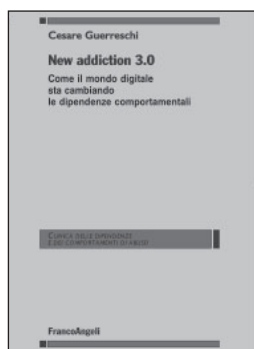
3. Comunità terapeutica di Montrigiasco Arona (NO) Gruppo Abele di Verbania Onlus; Comunità terapeutica di Cozzo (PV) Associazione Dianova Onlus.

## Riferimenti bibliografici

- Armour C., Elklit A., Shevlin M. (2011). Attachment typologies and posttraumatic stress disorder (PTSD), depression and anxiety: a latent profile analysis approach *Eur J Psychotraumatol.*, 2, 6018.
- Beebe B., Lachmann F.M., Markese S., Buck K.A., Barick L.E., Chen H., Cohen P., Andrews H., Feldstein S., Jaffe J. (2012). On the origin of disorganized attachment and internal working models: paper II. An empirical microanalysis of four-months mother-infant interactions. *Psychoanalytic Dialogues*, 22(3): 352-374.
- Benetsch E.G., Sawyer A.N., Martin A.M., Allen E.S., Nettles C.D., Richardson D., Rietmeijer C.A. (2017). Dependency Traits, Relationship Power, and HealthRisks in Women Receiving Sexually-Transmitted Infection Clinic Services. *Behavioral Medicine*, Jul-Sep., 43(3): 176-183.
- Berrini R., Cambiaso G., Cirillo S., Cocchini A., Santioli L., Serra T., Troletti P. (2002). La tossicodipendenza femminile, una ricerca eseguita su un campione di tossicodipendenti da oppiacei. *Ecologia della Mente*, 2: 187-215.
- Bobzean S.A., De Nobrega A.K., Perrotti L. I. (2014). Sex differences in the neurobiology of drug addiction. *Exp Neurol.*, Sep., 259: 64-74.
- Boroumandfar Z., Kianpour M., Afshari M. (2020). Ups and downs of drug rehab among women: A qualitative study. *BMC Women's Health*, 20, 77.
- Burkett J.P., Young L.J. (2012). The behavioral, anatomical and pharmacological parallels between social attachment, love and addiction. *Psychopharmacology* (Berl), November, 224(1): 1-26.
- Chander G., McCaul M.E. (2003). Co-occurring psychiatric disorders in women with addictions. *Obstet Gynecol Clin North Am.*, Sep., 30(3): 469-81.
- Cirillo S., Berrini R., Cambiaso G., Mazza R. (2016). *La famiglia del tossicodipendente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Earp B.D., Wudarczyk O.A., Foddy B., Savulescu A. (2017). Addicted to love: What is love addiction and when should it be treated?. *Philos Psychiatr Psychol.*, March, 24(1): 77-92.
- Fattore L., Melis M. (2016). Sex differences in impulsive and compulsive behaviors: a focus on drug addiction. *Addict Biol.*, Sep., 21(5): 1043-51.
- Fernández-Montalvo J., López-Goñi J. J., Azanza P., Arteaga A., Cacho R. (2017). Gender differences in treatment progress of drug-addicted patients. *Women Health*, Mar., 57(3): 358-376.
- Fisher H.E., Brown L.L., Aron A., Strong G., Mashek D. (2010). Reward, Addiction, and Emotion Regulation Systems Associated With Rejection in Love. *J Neurophysiol*, 104: 512-60.
- Fisher H.E., Xu X., Aron A., Brown L.L. (2016). Intense, Passionate, Romantic Love: A Natural Addiction? How the Fields That Investigate Romance and Substance Abuse Can Inform Each Other. *Frontiers in Psychology*, maggio, 7, 687.

- Ganson K.T., Murray S.B., Nagata J.M. (2021). Associations between eating disorders and illicit drug use among college students. *Int J Eat Disord.*, Jul., 54(7): 1127-1134.
- Gori A., Russo S., Topino E. (2023). Love Addiction, Adult Attachment Patterns and Self-Esteem: Testing for Mediation Using Path Analysis. *J. Pers. Med.*, 13, 247.
- Han B., Compton W.M., Einstein E.B., Elder E., Volkow N.D. (2023). Pregnancy and Postpartum Drug Overdose Deaths in the US Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Psychiatry*. Published online November 22.
- Johnson S.D. (2008). Substance use, post-traumatic stress disorder and violence. *Curr Opin Psychiatry*, 21(3): 242-246.
- Joseph J.E., McRae-Clark A., Sherman B.J., Baker N.L., Moran-Santa Maria M., Brady K.T. (2019). Neural correlates of oxytocin and cue reactivity in cocaine-dependent men and women with and without childhood trauma. *Psychopharmacology (Berl.)*, Nov., 7. Doi: 10.1007/s00213-019-05360-7.
- Lacatena A.P. (2020). Donne e tossicodipendenza. Quando la patologia è di altro genere... *Mission*, aprile, XIV(53): 26-32.
- Lee N., Boeri M. (2017). Managing Stigma: Women Drug Users and Recovery Services. *Fusio*, 1: 65-94.
- Lev-Wiesel R., Shual R. (2006). Perceived causal and treatment factors related to substance abuse: gender differences. *Eur Addict Res.*, 12(2): 109-12.
- Liu L., Xiaotao W., Yang X., Wing-Hong C. (2022). Using Illicit Drugs to Lose Weight among Recovering Female Drug Users in China: An Exploratory Qualitative Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 2626.
- Lotzin A., Grundmann J., Hiller P., Pawils S., Schäfer I. (2019). Profiles of Childhood Trauma in Women With Substance Use Disorders and Comorbid Posttraumatic Stress Disorders. *Front Psychiatry*, Oct., 18, 10, 674. doi: 10.3389/fpsy.2019.00674.
- Maercker A., Cloitre M., Bachem R., Schlumpf Y. R., Khoury B., Hitchcock C., Bohus M. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. *Lancet*, Jul., 2, 400(10345): 60-72.
- Molteni L. (2011). *L'eroina al femminile*. Milano: FrancoAngeli.
- Motyka M.A., Al-Imam A., Haligowska A., Michalak M. (2022). Helping Women Suffering from Drug Addiction: Needs, Barriers, and Challenges. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19.
- Mucci C. (2018). *Corpi borderline. Regolazione affettiva e clinica dei disturbi della personalità*. Milano: Raffaello Cortina, 2020.
- Munn-Chernoff M.A., Few L.R., Matherne C.E., Baker J.H., Men V. (Yu), McCutcheon V.V., Agrawal A., Buchholz K.K., Madden P.A.F., Heath A.C., Duncan A.E. (2020). Eating Disorders in a Community-Based Sample of Women with Alcohol Use Disorder and Nicotine Dependence. *Drug Alcohol Depend.*, July 01, 212, 107981.
- Peirce J. M., Kolodner K., Brooner R. K., and Kidorf M. S. (2011). Traumatic Event Re-exposure in Injecting Drug Users. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 89(1): 117-128.
- Petit G., Luminet O., Cordovil de Sousa Uva M., Monhonval P., Leclercq S., Spilliaert Q., Zammit F., Maurage P., de Timary P. (2017). Gender Differences in Affects and Craving in Alcohol-Dependence: A Study During Alcohol Detoxification. *Alcohol Clin Exp Res.*, Feb., 41(2): 421-431.
- Reynaud M., Karila L., Blecha L., Benyamina A. (2010). Is love passion an addictive disorder?. *Am J Drug Alcohol Abuse*, Sep., 36(5): 261-7.
- Rice C., C Mohr D., Del Boca F. K., Mattson M. E., Young L., Brady K., Nickless C. (2001). Self-reports of physical, sexual and emotional abuse in an alcoholism treatment sample. *J Stud Alcohol*, Jan., 62(1): 114-23.
- Sloan E., Hall K., Moulding R., Brice S., Mildred E., Staiger P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clin Psychol Rev.*, Nov., 57: 141-163.
- Smith W. T. (2020). Women with a substance use disorder: Treatment completion, pregnancy, and compulsory treatment. *J Subst Abuse Treat.*, Sep., 116, 108045.
- Thomas N., Bull M. (2018). Representations of women and drug use in policy: A critical policy analysis. *Int J Drug Policy*, Jun., 56: 30-39.
- Weathers C., Billingsley D. (1982). Body image and sex-role stereotype as features of addiction in women. *Int J Addict.*, Feb., 17(2): 343-7.

## RECENSIONE



Cesare Guerreschi

### NEW ADDICTION 3.0 Come il mondo digitale sta cambiando le dipendenze comportamentali

Collana: Clinica delle dipendenze  
e dei comportamenti di abuso  
euro 26,00

Editore: FrancoAngeli

soprattutto nella fascia di popolazione più giovane, la più a rischio, interrogandosi se esse non siano diventate in realtà nuove forme di normalità. Viene poi messo in luce come Internet possa rendere possibile la perpetuazione di comportamenti potenzialmente compulsivi – come il giocare d'azzardo, il comprare e il guardare pornografia – e come, anzi, possa aggravare e rendere più rischiose queste forme di dipendenza. Infine, viene affrontato il tema del binge watching – la visione di serie televisive e film per un periodo di tempo prolungato e senza interruzioni – come fenomeno che non ha ancora un potenziale additivo conclamato, ma che possiede dei meccanismi intrinseci molto simili a quelli di dipendenze già consolidate. Anche il sovraccarico informativo, ossia la necessità da parte dell'uomo moderno di essere costantemente informato e aggiornato, può trasformarsi in un'ossessione, in grado di comprometterne la quotidianità. Il volume, anche grazie alla presenza di numerosi casi clinici, vuole essere un utile strumento per le varie figure professionali che si occupano di dipendenze: psicologi e psicoterapeuti, psichiatri, neurologi, neuropsichiatri, medici di medicina generale, assistenti sociali e infermieri.

Cesare Guerreschi, psicoterapeuta, fondatore e presidente della S.I.I.Pa.C. (Società Italiana Intervento Patologie Compulsive), pioniera in Italia dei programmi di prevenzione e trattamento per le new addiction, tra i massimi esperti in Europa. Tra le sue numerose pubblicazioni, per i nostri tipi ha pubblicato: *L'azzardo si veste di rosa. Storie di donne, storie di gioco, storie di rinascita* (2008); *La dipendenza affettiva. Ma si può morire anche d'amore?* (2011); *Pornodipendenza: la sofferenza dietro l'apparenza* (2022).

® Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

# Wonderland. Adolescenti: atteggiamenti, stati emotivi e costruzioni di significati dei rischi connessi al consumo di sostanze stupefacenti e alcol

Simone Evangelisti\*, Marco Giordani\*\*, Annie Noro\*\*\*, Federico Pian\*\*\*\*, Nicole Sian\*\*\*\*\*, Luis Maria Zoratti<sup>o</sup>

## SUMMARY

■ *Wonderland is a project to promote mental and social well-being and specifically to prevent the risks associated with the consumption of drugs: in particular alcoholic beverages (BA), cannabinoids and other drugs (SS). The project, funded by the ASUFC-Department of Mental Health and Addictions - Ser.D. of Udine, was carried out in the 2024/25 school year by two sociologists in collaboration with a group of 20 students in PCTO2 (team) from the Copernico, Percoto and Sello high schools in Udine and their reference teachers. The team carried out the research-intervention activity: production, administration, data analysis of the Wonderland questionnaire (research phase) and realization of classroom meetings, with the support of materials specially created to encourage dialogue and group reflection (intervention phase). In this article we take into consideration some variables of the questionnaire that have allowed an in-depth study of the basic statistical analysis and the experimentation of the application of statistical tests with the aim of increasing knowledge on the phenomenon and identifying some useful elements for the intervention in the classroom (didactic/scientific purpose). ■*

**Keywords:** *Wonderland Project, Risk prevention, Ser.D., High school students and teachers, Didactic-scientific purposes.*

**Parole chiave:** *Progetto Wonderland, Prevenzione dei rischi, Ser.D., Studenti e insegnanti liceali, Finalità didattico-scientifiche.*

*Articolo sottomesso: 4/11/2024, accettato: 16/12/2024*

## Presentazione

*Wonderland* è un progetto di promozione del benessere psichico e sociale e nello specifico di prevenzione dei rischi legati al consumo di sostanze stupefacenti: in particolare di bevande alcoliche (BA), cannabinoidi e altre droghe (SS).

Il progetto, finanziato dall'ASUFC-Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze - Ser.D. di Udine, è stato realizzato, nell'anno scolastico 2024/25 da due sociologi in collaborazione con un gruppo di 20 studenti in PCTO2 (team) dei licei Copernico, Percoto e Sello di Udine e dei relativi insegnanti di riferimento.

Il team, ha svolto l'attività di ricerca-intervento: produzione, somministrazione, analisi dati del questionario Wonderland (fase di ricerca) e realizzazione di incontri in classe, con il supporto di materiali appositamente creati per favorire il dialogo e la riflessione di gruppo (fase dell'intervento). In questo articolo si prendono in considerazione alcune variabili del questionario che hanno permesso un approfondimento dell'analisi statistica di base e la sperimentazione dell'applicazione di test statistici con lo scopo di aumentare le conoscenze sul fenomeno e di individuare alcuni elementi utili all'intervento in classe (scopo didattico/scientifico).

\* *Studente del Liceo N. Copernico classe 3 CLSA.*

\*\* *Sociologo presso Co.S.M.O. SCS.*

\*\*\* *Sociologa presso Co.S.M.O. SCS.*

\*\*\*\* *Studente del Liceo N. Copernico classe 3 CLSA.*

\*\*\*\*\* *Studentessa del Liceo C. Percoto classe 3 AU.*

<sup>o</sup> *Studente del Liceo N. Copernico classe 3 CLSA.*



## Introduzione

### *Adolescenza e consumo di Sostanze Stupefacenti (SS) e Bevande Alcoliche (BA)*

#### *Adolescenza e frequentazione*

Questo lavoro parte da considerazioni di carattere sociologico [10, 15]. L'adolescenza è la fase in cui alla rilevanza della comunicazione in famiglia si sostituisce la comunicazione in gruppo (frequentazione) e con i partner affettivi (amore). In questa fase si sviluppa, ulteriormente, l'autonomia dell'azione e delle scelte. Il gruppo, diviene un contesto di vita fondamentale per gli adolescenti che si fonda su amicizia e divertimento dando vita alla frequentazione [1, 3, 11, 12, 18]. Il divertimento, per alcuni, può essere ricercato a tutti i costi, assumendo una valenza principale nella frequentazione (sbilanciamento della frequentazione verso il divertimento). Il divertimento in alcuni casi può essere ricercato attraverso l'uso di BA e SS [6, 11, 12] [Vedi Box 1]: acquisendo la forma del cosiddetto "sballo". Il consumo di BA e SS può avvenire sia in gruppo (es. consumo di BA al bar, abuso di BA o SS ad una festa o in discoteca) sia in forma isolata e finalizzata a risolvere problemi personali (vita sentimentale, difficoltà familiare, problemi emotivi). Nel primo caso il consumo e lo sballo possono essere accettati o meno dal gruppo. Se il consumo di SS e BA diviene un "surrogato" del divertimento il/i soggetto/i può/possono decidere di allontanarsi dal gruppo o meno. Il consumo di SS e BA oltre all'inclusione/esclusione dal gruppo porta con sé altri numerosi rischi [Vedi Box 2].

#### **Box 1 - Sostanze stupefacenti**

- Creano alterazioni psicofisiche generate dal principio attivo (allucinazioni, eccitazione, stordimento).
- Creano crisi di astinenza: non si può stare senza... desiderio compulsivo di assunzione.
- Danno assuefazione: a parità di dose gli effetti "ricercati" diminuiscono. Questo comporta la "ricerca" di dosi sempre più elevate per provare effetti desiderati sempre maggiori (consumismo).
- Danno dipendenza: impossibilità a vivere senza usare la sostanza. Per curare la dipendenza sono necessari interventi medico-psico-sociali dispendiosi e che non sempre sortiscono effetti desiderati.
- Con il termine sballo s'intende la ricerca di divertimento a tutti i costi che prevede l'utilizzo di BA e SS.

#### **Box 2 - I rischi connessi all'uso di sostanze**

- Esclusione sociale.
- Incorrere in problemi legali (ritiro patente, carcerazione).
- Subire/agire violenze fisiche.
- Passaggio da droghe "leggere" ma comunque dannose a droghe "pesanti" aumentando i rischi legati alla poli-assunzione (mix di sostanze) che possono portare all'overdose e alla morte.
- Danneggiamento anche irreversibile di organi quali cuore, fegato, polmoni e cervello: causati anche dall'assunzione occasionale (una sola volta).
- Dipendenza da sostanze.
- Emarginazione.
- Diventare attori di azioni illegali (acquisto/spaccio di sostanze).

#### *Rischio, pericolo e sicurezza* [15]

L'uso di BA e SS ha a che fare con i concetti di rischio, pericolo, sicurezza e fiducia [14]. L'uso di sostanze provocano danni psico-fisici-sociali e mettono a rischio la persona.

#### *Sicurezza*

Nell'azione la sicurezza non esiste: c'è sempre la possibilità (rischio) che qualcosa di improbabile e/o imprevisto accada (pericolo): ad es. la marijuana è tagliata con Ecstasy senza che l'assuntore ne sia a conoscenza mettendolo così in una situazione di pericolo derivante dall'inconsapevolezza dei rischi. Sotto effetto di sostanze le persone si possono comportare in modo inadeguato ma anche violento (risse, violenze sessuali, atti autolesionistici).

#### *Rischio*

Il rischio è quindi sempre presente nell'azione. Quando si prevedono le possibili conseguenze di un'azione e si decide in modo autonomo cosa fare si parla di assunzione responsabile del rischio. Per prendere decisioni e assumersi il rischio bisogna essere sicuri che le informazioni siano corrette, evitando fonti non attendibili. Questo porta alla consapevolezza che i danni sono attribuibili solo a scelte personali.

#### *Pericolo*

Quando si è ciechi di fronte ai possibili rischi si è in una situazione di pericolo: si crede di essere al sicuro quando non lo si è. La responsabilità delle azioni e dei rischi può essere concepita come personale (io sono responsabile delle mie decisioni) o essere attribuita a fattori esterni (al caso, agli amici, alla sfortuna).

#### *Fiducia*

Il rischio dell'azione è collegabile al tema della fiducia: ad es. posso essere fiducioso che le cose andranno bene anche se il rischio è alto, posso fidarmi di un amico che mi garantisce che la droga è "buona". Credere di saper gestire il consumo di sostanze (aver fiducia nelle proprie capacità) sottovaluta i reali rischi causati dall'uso di BA e SS. Credere nella capacità personale di gestire le SS è un'azione pericolosa poiché e cieca rispetto ai possibili danni.

## Metodi

### *Strumento di ricerca e analisi*

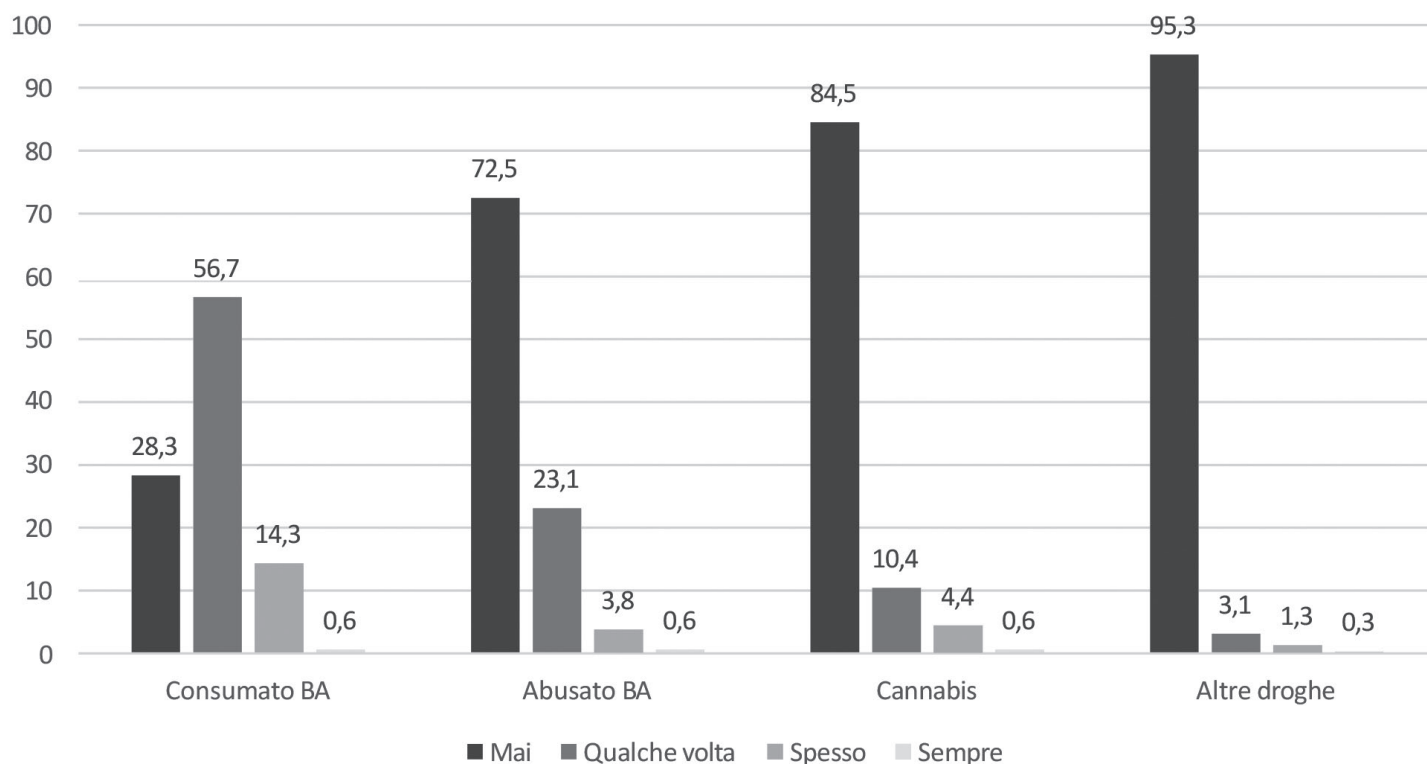
Il questionario composto da domande chiuse, con risposte precodificate e alcune domande aperte è stato strutturato sui seguenti argomenti: 1) idea di divertimento; 2) amicizia (significato e origine); 3) benessere (fisico, psichico e sociale), life skills (importanza rispetto al benessere, grado di competenza percepito) [4, 5, 9, 16]; 4) emozioni provate prevalentemente (da cosa sono influenzate negativamente e positivamente); 5) sostanze e consumi: a) definizione sostanze stupefacenti, b) grado di informazione percepito sulle conseguenze, c) rischi connessi alla sperimentazione, consumo e abuso, d) frequenza di consumo personale e da parte degli amici; 6) richiesta d'aiuto per problemi lievi e gravi, cosa l'ostacola, competenze personali nelle relazioni d'aiuto. L'analisi dei dati per l'intervento è stata realizzata dal gruppo ricerca-multimediale. utilizzando il programma Spss [7, 8, 13] e in particolare l'analisi delle frequenze, le tabelle a doppia entrata, il test per campioni indipendenti di Kruskal-Wallis e l'analisi delle corrispondenze.

## Risultati

### *Il campione*

Al sondaggio hanno partecipato 328 studenti (66.8% F, 29.6% M il 3.7% non ha risposto) dei licei Copernico 46%, Percoto 48.2% e Sello 5.8% con un'età compresa tra i 14 e i 19 anni (media 16). I dati sono stati raccolti con un questionario.

**Graf. 1 - Stili di consumo di BA, Cannabis e altre droghe**



### Sostanze di consumo

Il Graf. 1 riporta i dati percentuali di rispondenti che, nell'ultimo anno, hanno fatto uso e/o abuso di BA, cannabinoidi e/o altre droghe. La maggioranza degli adolescenti ha sperimentato il consumo di BA (71,7%) mentre il 27,5% ne ha abusato (binge drinking). Il 14,8% ha utilizzato cannabinoidi dei quali il 5% in modalità continuativa (spesso e sempre). Il 4,7% dei rispondenti dichiara di aver usato altre droghe. Si osserva un generale aumento nella frequenza dei consumi di BA e SS all'aumentare dell'età dei rispondenti.

### Differenze tra i gruppi

Sono stati analizzati tutti i dati raccolti per valutare eventuali differenze, statisticamente significative, negli atteggiamenti, negli stati emotivi e nella costruzione di significati nelle risposte fornite da tre gruppi di adolescenti, distinti in base allo stile di consumo di bevande alcoliche, cannabinoidi e altre sostanze stupefacenti. In particolare, è stata creata una variabile di raggruppamento con:

- 90 studenti (28.4%), che hanno dichiarato di non aver mai consumato bevande alcoliche o altre sostanze stupefacenti (astinenti = AST);
- 126 studenti (39.7%), che hanno dichiarato di consumare bevande alcoliche ma senza mai ubriacarsi (consumatori di bevande alcoliche = CBA);
- 101 studenti (31.9%), che hanno dichiarato di essersi ubriacati e/o di aver consumato cannabinoidi o altre sostanze stupefacenti (abusatori di bevande alcoliche e/o consumatori di cannabinoidi e altre sostanze = CABP).

I dati evidenziano (vedi Tab. 1) come più dei ¾ degli studenti nell'ultimo anno siano entrati in contatto con una sostanza, e che il consumo di bevande alcoliche sia il più diffuso nella popolazione studentesca.

**Tab. 1 - Categorizzazione in base ai consumi**

	Studenti	%
Astinenti (AST)	90	28.4
Consumatori BA (CBA)	126	39.7
Poliassuntori (CABP)	101	31.9
Totale	317	100.0

Le differenze nelle risposte fornite dai tre gruppi individuati sono state verificate per mezzo del test per campioni indipendenti di Kruskal-Wallis i cui dati (rango delle medie e P-value), sono riportati nella Tab. 2.

*Significato del divertimento.* Nel gruppo CABP prevale l'idea di divertimento come andare a ballare e di sballo con BA e SS. I dati mostrano una differenza significativa tra i gruppi su queste attività, con i CABP che associano maggiormente il divertimento all'uso di sostanze. Osservazioni: l'uso di BA e di SS è dato da un tipo di divertimento mirato allo svago e anche dal contesto.

*Emozioni provate nell'ultimo anno.* Nel sondaggio sono state poste varie domande sulle emozioni provate dalle tre categorie (AST, CBA e CABP) ed è risultato che i CABP provano con molta più frequenza rabbia e tristezza rispetto agli altri gruppi. Inoltre, è stato riscontrato che la soddisfazione è significativamente inferiore per i CABP rispetto ai CBA e agli AST.

**Tab. 2 - Ranghi medi e significatività del Test di K Stili di consumo personali e di gruppo**

Variabili	Ranghi medi			Sig. P-value
	Astinenti AST	Consumatori di BA CBA	Abusatori poliassuntori CABP	
<i>Significato del divertimento</i>				
Andare a ballare	108,43	166,16	195,13	,000
Sballare con Bevande alcoliche	94,20	144,99	234,22	,000
Sballare con Droghe	132,83	139,02	207,25	,000
<i>Life skills</i>				
Saper dire di no	139,03	166,58	167,34	,045
Prevedere le conseguenze delle azioni	163,87	169,96	140,99*	,044
Sapere gestire situazioni stressanti	151,01	176,44	144,37	,018
<i>Emozioni provate nell'ultimo anno</i>				
Rabbia	139,42	161,41	173,44	,031
Tristezza	132,46	163,61	176,91	,002
Soddisfazione	154,09	178,17	139,47	,005
<i>Fattori che influenzano positivamente il benessere</i>				
Famiglia	173,52	170,57	131,63	,001
Coppia amore	124,98	162,15	185,39	,000
Sostanze SS	136,13	135,85	208,28	,000
Scuola	157,47	180,60	133,80	,001
<i>Fattori che influenzano negativamente il benessere</i>				
Famiglia	139,40	156,67	179,50	,008
Coppia amore	137,04	160,25	177,01	,027
<i>Quanto si sentono informati sulle conseguenze di sostanze</i>				
Consumo di BA	130,44	160,65	182,39	,000
Abuso di Nicotina	125,14	165,23	181,40	,000
Consumo di SS	138,37	150,28	188,27	,000
<i>Fattori che spingono a consumare per la prima volta SS</i>				
Mettersi in mostra	170,98	172,43	131,57	,001
Disagio sociale	174,78	162,06	140,50	,027
<i>Fattori che spingono a fare uso abituale di SS</i>				
Mettersi in mostra	165,08	173,33	135,71	,006
La dipendenza dalla sostanza	162,37	168,50	144,14	,036
<i>Fattori che spingono a abusare di BA</i>				
Ricerca divertimento	133,28	174,51	162,57	,002
Mettersi in mostra	161,58	177,40	133,75	,001
Non sapere dire di no	175,29	161,11	141,85	,037
Dipendenza dalla sostanza	184,85	153,06	142,62	,003
Non sapere chiedere aiuto	178,17	159,68	141,44	,020

Osservazioni: lo sballo tramite SS e l'abuso di BA può avere conseguenze negative nella vita dell'individuo, il che lo porta ad essere più spesso triste e arrabbiato. Una domanda da porsi è se la tristezza e la rabbia siano una conseguenza dell'abuso di sostanze o se rappresentano una causa, creando un circolo vizioso.

*Fattori che influenzano positivamente il benessere.* Dai risultati ricavati dal questionario risulta che il benessere psicosociale per gli AST è influenzato positivamente dalla famiglia, mentre per i CABP è influenzato dal rapporto con il/la partner e/o dall'assunzione di SS. Gli AST, presumibilmente, vivono una situazione favorevole all'interno delle relazioni familiari, conferendo loro maggiore importanza per quanto riguarda il loro

benessere. I CABP, invece, ricevono maggior sostegno dalla relazione sentimentale e dall'uso di SS. Questo potrebbe indicare un maggiore distacco dalla famiglia per questi ultimi. Come vedremo, per i CABP il rapporto con il partner rappresenta anche una fonte di malessere, indicando una difficoltà ad affrontare relazioni intime.

*Fattori che influenzano negativamente il benessere.* Dalle informazioni ricavate, i poliassuntori ritengono che la famiglia e il/la compagno/a (analogamente ai CBA) influenzino negativamente la loro quotidianità. Osservazioni: il rapporto con il/la partner può influire sia positivamente che negativamente nella vita di un CABP. Inoltre, per i CABP la famiglia è ritenuta una delle



cause del loro mancato benessere, mentre per gli AST il rapporto con la famiglia ha l'effetto opposto.

*Quanto si sentono informati sulle conseguenze dell'uso di BA e SS.* Il questionario presentava un'ulteriore domanda su quale fosse il livello di informazioni che il soggetto ritiene di possedere riguardo le conseguenze dei comportamenti a rischio. I risultati mostrano una maggiore consapevolezza percepita dei rischi all'interno del gruppo CABP, mentre gli AST riconoscono di essere meno informati. Nonostante i CABP si ritengano ben informati sui rischi legati all'uso di BA e SS, continuano comunque a farne uso. La domanda da porsi è se il consumo sia consapevole dei rischi o se le informazioni che essi possiedono sugli effetti delle sostanze siano incomplete o imprecise. Il fatto che tra i CABP ci sia una percentuale di rispondenti che ritiene che la marijuana o altre sostanze non siano una droga fa riflettere.

*Fattori che spingono a consumare per la prima volta SS.* Il quesito somministrato chiedeva quali fossero, secondo i rispondenti, le principali motivazioni per cui un individuo inizia ad assumere SS. Il gruppo AST ritiene che i fattori coinvolti nel primo approccio alle SS siano: mettersi in mostra (simile ai CBA), la mancata conoscenza dei rischi e il disagio sociale. I dati mostrano una significativa differenza nei modi di concepire le cause legate alla sperimentazione di SS, così come all'uso abituale e all'abuso di alcol.

*Osservazioni:* chi consuma sostanze sembra non attribuire il problema a fattori legati alle relazioni intime con familiari e partner, ma piuttosto ad altri aspetti non sufficientemente indagati in questo contesto.

*Fattori che spingono a fare uso abituale di SS.* Gli AST e i CBA generalmente ritengono che chi fa uso abituale di SS lo faccia anche per mettersi in mostra, mentre i CABP non concordano su questa motivazione.

*Fattori che spingono ad abusare di BA.* Il gruppo AST presenta come fattori legati all'abuso di BA le seguenti cause: mettersi in mostra, non sapere dire di no, dipendenza dalla sostanza, e non sapere chiedere aiuto. I CBA e i CABP ritengono invece che la ricerca del divertimento sia una causa più importante rispetto agli AST per l'abuso di BA, mentre si discostano per quanto riguarda l'incidenza della dipendenza dalla sostanza.

*Stili di consumo dei rispondenti e dei loro amici.* Utilizzando il test di Kruskal Wallis e la tabella a doppia entrata si può dedurre la tendenza degli studenti a circondarsi di amici con stili di vita simili. In particolare per quanto riguarda lo specifico consumo di cannabinoidi tra i CABP il consumo di Marijuana non è mai considerato rischioso (10,9%) e per il 38,6% il rischio è legato alla frequenza di consumo e quindi alla dipendenza.

L'analisi della corrispondenza (Leiden SPSS Group) condotta sui dati relativi al consumo di sostanze tra amici nell'ultimo anno ha prodotto risultati significativi in diverse aree. L'obiettivo era analizzare le relazioni tra il comportamento di consumo di bevande alcoliche, abuso di alcol, consumo di cannabis e altre droghe, con le categorie di astinenza e consumo vario.

Di seguito è riportato un riassunto sintetico dei risultati chiave, insieme a una tabella che rappresenta i dati essenziali delle quattro variabili principali esaminate.

L'analisi dei grafici Bip Plot (Figg. 2-5), derivante dall'analisi delle corrispondenze, ci consente di esaminare il rapporto tra lo stile di consumo individuale e quello di gruppo.

*Astinenti (AST).* Nel tempo libero, gli astinenti tendono a frequentare un numero limitato di amici o addirittura nessuno che

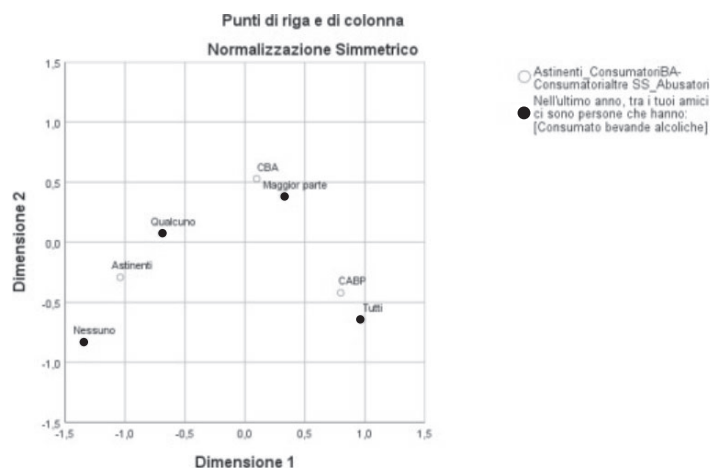
consumi bevande alcoliche (BA) (Fig. 2) o che si ubriachi (Fig. 3), e che faccia uso di cannabis (Fig. 4) o altre droghe (Fig. 5). Questo suggerisce, come ovvio aspettarsi, che gli AST mantengono relazioni sociali che non sono influenzate dalla cultura del consumo di BA e SS.

*Consumatori di Alcol Moderati (CAB).* I consumatori di alcol moderati si integrano in gruppi di amici in cui può esserci la presenza di alcune persone che si sono ubriacate (Fig. 3) o che fanno uso di cannabis (Fig. 4) e altre droghe (Fig. 5), ma in genere non sono circondati da un ambiente di consumo eccessivo. Questo indica una certa flessibilità nel loro comportamento di consumo, pur mantenendo un margine di controllo. Il consumo di BA comunque può per alcuni rappresentare un ingresso a consumi in modalità binge drinking (ubriacatura) e il passaggio al consumo di SS.

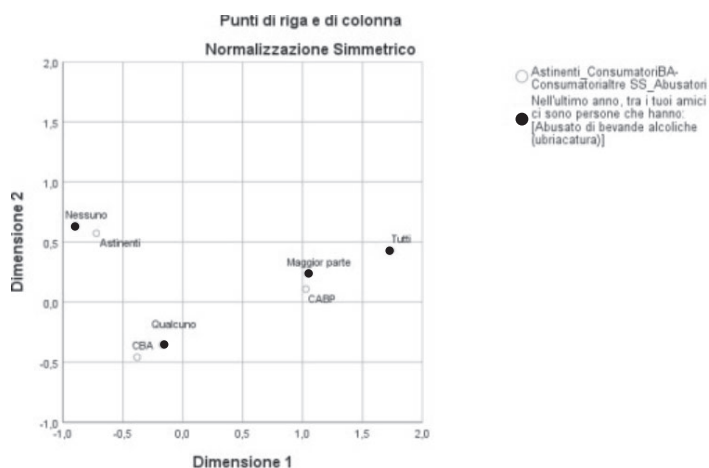
*Abusatori (CABP).* Gli abusatori, invece, tendono a circondarsi di amici che consumano bevande alcoliche (Fig. 2), si ubriacano (Fig. 3) e utilizzano cannabis (Fig. 4) o altre droghe (Fig. 5). Questa categoria è caratterizzata da una forte connessione sociale al consumo di sostanze, evidenziando un rischio maggiore di sviluppare comportamenti problematici a causa della normalizzazione di queste pratiche nel loro cerchio amicale.

In sintesi gli AST, mantenendo relazioni con pochi o nessun amico consumatore, dimostrano un approccio che riflette una scelta consapevole e potenzialmente salutare. Al contrario, i CAB moderati mostrano una certa flessibilità nel loro comportamento, interagendo con amici che occasionalmente si ubriacano o fanno uso di cannabis. Questo potrebbe dar vita ad influenzare le scelte future (vedi aumento delle azioni a rischio con l'aumentare dell'età). Infine i CABP evidenziano una preoccupante normalizzazione del consumo di sostanze nel loro ambiente sociale, il che aumenta il rischio di sviluppare comportamenti problematici. Questa interazione tra il consumo individuale e le influenze sociali sottolinea l'importanza di interventi mirati che possano promuovere scelte più sane e fornire supporto a coloro che si trovano in contesti a rischio ma soprattutto la necessità di riflettere sulla responsabilità delle scelte in merito ai consumi e alla partecipazione o meno a determinati gruppi di pari.

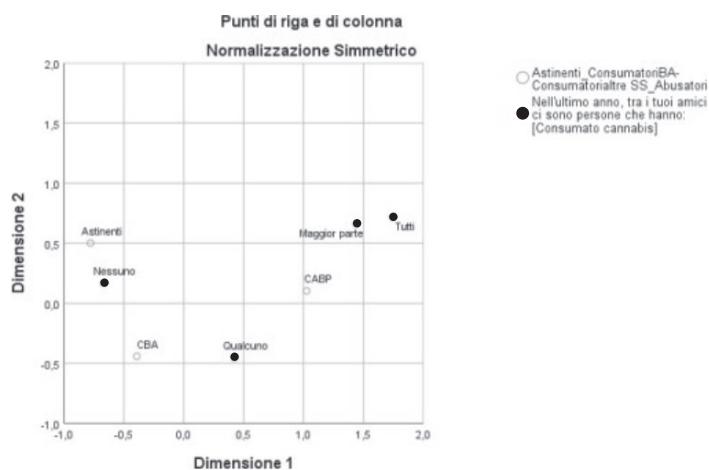
**Fig. 2 - Categorie di consumo e consumo di BA da parte degli amici**



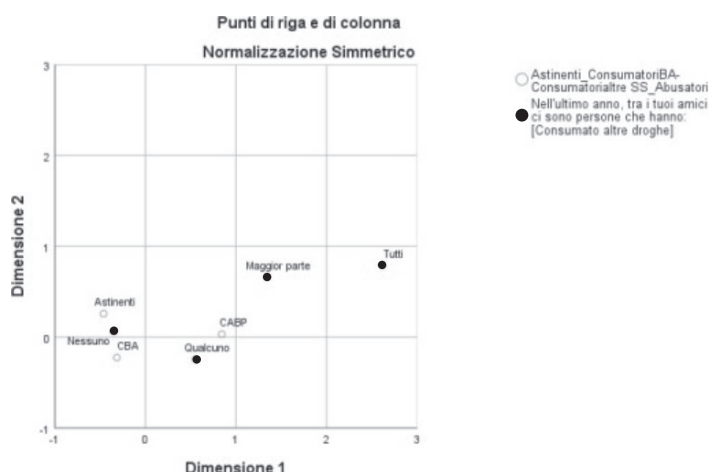
**Fig. 3 - Categorie di consumo e Binge Drinking tra gli amici**



**Fig. 4 - Categorie di consumo e consumo di Cannabis da parte degli amici**



**Fig. 5 - Categorie di consumo e consumo di altre sostanze da parte degli amici**



## Conclusioni

I dati emersi dal progetto Wonderland rivelano chiaramente la diversità negli stili di consumo tra gli adolescenti e la correlazione con le loro percezioni sul divertimento, le emozioni provate e il contesto sociale. L'analisi ha mostrato che il 28,3% degli stu-

denti si astiene completamente dal consumo di sostanze (AST), il 39,4% consuma bevande alcoliche senza eccedere (CBA), mentre il 31,9% fa un uso occasionale o abituale di bevande alcoliche e sostanze stupefacenti (CABP). I risultati indicano che il gruppo CABP è particolarmente incline a cercare il "divertimento" attraverso lo sballo, nonostante manifesti emozioni negative come rabbia e tristezza con maggiore frequenza rispetto agli altri gruppi. Questi giovani evidenziano anche una difficoltà nell'acquisire competenze chiave, come la capacità di gestire situazioni stressanti e dire di no, sebbene credano di essere meglio informati sui rischi associati al consumo di bevande alcoliche e sostanze. Tale percezione, però, risulta in parte distorta, poiché molti di loro non considerano sostanze come la Marijuana, LSD e le anfetamine pericolose se consumate sporadicamente. Un'altra dinamica significativa riguarda l'influenza del gruppo di pari: gli astinenti tendono a frequentare amici che condividono abitudini simili, mentre i CABP si circondano di coetanei con stili di vita che promuovono il consumo di sostanze. Questo suggerisce l'importanza di affrontare non solo il consumo di alcol e droghe nelle iniziative di prevenzione, ma anche le relazioni sociali e i modelli di divertimento che ne derivano. Pertanto, risulta essenziale focalizzare gli interventi educativi non solo sul rischio legato alle sostanze, ma anche sulla promozione di una cultura del benessere basata su scelte autonome e consapevoli, in cui il divertimento non sia associato esclusivamente allo sballo.

## Riferimenti bibliografici

1. Ansaloni S., Baraldi C. (a cura di) (1996). *Gruppi giovanili e intervento sociale. Forme di promozione e testimonianza*. Milano: FrancoAngeli.
2. Baraldi C. (1994). *Suoni nel silenzio. Adolescenze difficili e intervento sociale*. Milano: FrancoAngeli.
3. Baraldi C. (1999). *Il disagio della società. Origini e manifestazioni*. Milano: FrancoAngeli.
4. Baraldi C. (2020). *I sistemi della comunicazione*. Firenze: Olschki.
5. Baraldi C., Piazzini G. (1996). *Costruzioni sociali del gruppo. Un programma di ricerca teorica ed empirica*. Urbino: QuattroVenti.
6. Baraldi C., Rossi E. (a cura di) (2002). *La prevenzione delle azioni giovanili a rischio*. Milano: FrancoAngeli.
7. Barbaranelli C. (2006). *Analisi dei dati con SPSS. II. Le analisi multivariate*. Milano: Edizioni Universitarie di Lettere Economia Diritto.
8. Barbaranelli C., D'Olimpio F. (2007). *Analisi dei dati con SPSS. I. Le analisi di base*. Milano: Edizioni Universitarie di Lettere Economia Diritto.
9. Imbo A. (1997). *Emanciparsi dalle dipendenze. Strategie d'intervento per operatori ed educatori*. Milano: FrancoAngeli.
10. Giddens A. (1989). *Sociologia*. Bologna: il Mulino.
11. Giordani M., Noro A. (a cura di) (2004). *Nautibus. Esperienze e strumenti di intervento sociale con gli adolescenti*. Milano: FrancoAngeli.
12. Giordani M., Noro A. (2004). *Come vascelli nella tempesta. Dall'imprevedibilità della pandemia alla creazione di un metodo per gestire la classe scolastica*. Milano: FrancoAngeli.
13. Giorgetti M., Massaro D. (2007). *Ricerca e percorsi di analisi dati con SPSS*. Milano: Pearson Paravia Bruno Mondadori S.p.A.
14. Luhmann N. (1996). *Sociologia del rischio*. Milano: Mondadori.
15. Luhmann N. (2002). *La fiducia*. Bologna: il Mulino.
16. Luhmann N., De Giorgi, R. (1992). *Teoria della società*. Milano: FrancoAngeli.
17. Nizzoli U., Colli C. (2004). *Giovani che rischiano la vita. Capire e trattare i comportamenti a rischio negli adolescenti*. Milano: McGraw-Hill.
18. Ugolini P. (a cura di) (2013). *Alcol e buone prassi sociologiche. Ricerca, osservatori, piani di zona, clinica, prevenzioni*. Milano: FrancoAngeli.

# Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno XI, n. 42

MISSION n. 68

**Board editoriale e Comitato scientifico:** Giovanni Ad-dolorato, Roberta Agabio, Fabio Caputo, Giorgio Cerizza, Mauro Cibin, Giovanni Galimberti, Ina Hinnenthal, Ezio Manzato, Antonio Mosti, Felice Nava, Biagio Sanfilippo, Teo Vignoli, Valeria Zavan

**Redazione:** Ezio Manzato, Felice Nava, Liliana Praticò, Sara Rosa

**Direttore:** Alfio Lucchini

**Responsabile scientifico:** Ezio Manzato

Inviare richieste e contributi scientifici a:  
[missionredazione@gmail.com](mailto:missionredazione@gmail.com)

**Redazione Mission:** CeRCo, Milano.

## Presentazione

*Alfio Lucchini\**

Questo numero di “Clinica dell’Alcolismo” contiene numerosi contributi scientifici riferiti a Case Report di percorsi terapeutici di pazienti alcolisti di notevole impegno clinico.

In particolare si è proposto ai livelli dirigenziali nazionali e regionali di FeDerSerD di curare una raccolta di casistica che prevedesse trattamenti integrati con componente farmacologica, in particolare di farmaci specifici per la dipendenza da alcol.

Sono pervenuti numerosi contributi che via via saranno pubblicati in questa sezione della rivista scientifica.

Ritengo molto interessante osservare la varietà di utilizzo del Sodio Oxibato nelle condizioni cliniche presentate dai pazienti: si va da situazioni di emergenza con attivazione di una rete di intervento che utilizza strumenti di varia natura fino alla telemedicina; a situazioni di comorbilità di ordine psichiatrica; ad una situazione estremamente grave di disturbo maggiore da uso di alcol unito a comorbilità di disturbo della alimentazione; ad una situazione complicata in cui l’utilizzo del Sodio Oxibato ha evitato il ricovero ospedaliero e stabilizzato clinicamente il paziente; ed infine vengono presentati due casi clinici in cui il Sodio Oxibato è risultato efficace nel trattamento ambulatoriale della sindrome da astinenza alcolica in persone con cirrosi epatica.

\* *Direttore dell’Italian Quarterly Journal of Addiction - Mission*

*Una varietà di situazioni che dimostrano, se mai ce ne fosse ancora bisogno, come i Servizi ambulatoriali italiani trattino situazioni cliniche complesse, siano inseriti in reti significative della realtà socio sanitaria, e sappiano utilizzare i farmaci efficaci nell’interesse del paziente e attivare al meglio le risorse disponibili.*

*La notevole adesione dei colleghi alla proposta e l’interesse della casistica esaminata, consiglia di procedere con un **progetto** più sistematico rivolto a tutto il sistema di intervento italiano.*

Anche l’ultimo contributo proposto, uno studio di genere legato alla attività clinica in campo alcologico in una struttura residenziale, solo apparentemente si discosta dal tema centrale di questo numero della Newsletter, ma analizzando gli obiettivi dei trattamenti e dell’intervento complessivo in Comunità terapeutica, enfatizza l’importanza di valorizzare obiettivi personalizzati sulle caratteristiche e reali risorse del paziente e non standardizzati, e in definitiva quindi programmi multidisciplinari integrati che fruiscono di tutti gli strumenti terapeutici a disposizione.

*Lavori scientifici secondo i criteri prima illustrati (leggibili in questo numero della rivista) possono essere inviati direttamente a me, per una agevole e personale interrelazione. Mail: [alfiolucchini@gmail.com](mailto:alfiolucchini@gmail.com)*



# Gestione integrata di un caso di emergenza sociale dalla strada alla Comunità: il ruolo della terapia con sodio oxibato all'interno di una rete di accoglienza, coordinata mediante l'ausilio di processi di telemedicina

Nicola Rizzardi\*, Laura Daffini\*, Maurizio Campana\*, Patrizia Rocca\*\*, Marta Bighi\*\*, Paolo Lucchini\*\*\*, Giacomo Invernizzi\*\*\*

Questa è la storia di un giovane uomo, Sacha (nome di fantasia), di trentaquattro anni, originario dell'Europa dell'Est, trasferitosi in Italia all'età di undici anni. Vive con la madre, che nel frattempo si è risposata ed ha avuto altri due figli dal nuovo compagno.

Il padre è sempre stato assente e da tempo i rapporti si sono interrotti.

Sasha sperimenta precocemente l'uso di svariate sostanze, a 14 anni l'incontro con cannabinoidi ed allucinogeni, in seguito amfetamine ed oppiacei fino alla cocaina, utilizzata intorno ai 18 anni.

Tutte queste sostanze non sono riuscite mai a colmare il vuoto e lenire le sofferenze di Sacha come l'alcol che dai 14 anni accompagna il paziente quotidianamente, vuoi per l'effetto specifico autoterapeutico, vuoi per l'imprinting culturale che Sasha identifica e contatta dentro sé.

Ricorda l'adolescenza come un periodo buio, caratterizzato da fallimenti scolastici, comportamenti devianti e condotte d'abuso.

Gran lavoratore, ha intavolato plurimi progetti occupazionali senza il timore di doversi spostare anche all'estero o cercare impiego nei settori più disparati, ma l'abuso di alcolici si è sempre messo di traverso causando ripetuti fallimenti che nel tempo hanno eroso l'autostima di Sasha.

Non ha mai giocato d'azzardo e non nutre interesse né curiosità nel provare.

Nel 2015, nell'ambito di un controllo delle forze dell'ordine, viene riscontrato un tasso alcolemico elevato, la patente viene ritirata e da allora Sasha non riesce più a riottenere il permesso di guida.

Nel 2022 si presenta per la prima volta al Ser.D. di Lovere per chiedere aiuto, riferisce di bere due bot-

tiglie di vino al giorno e di incrementare progressivamente l'introito nei giorni successivi fino a perdere il controllo dell'uso della sostanza, dichiarando di essere arrivato a bere fino a 5 bottiglie di vino al giorno, per raggiungere uno stato di alterazione al limite con il coma.

Passa i successivi due giorni a tentare di recuperare le forze per poi riprendere l'assunzione con le medesime caratteristiche.

Alla valutazione medico/infermieristica d'ingresso il paziente si presenta lucido e collaborante, in ordine ed adeguato al contesto, sono presenti note d'ansia e moderata deflessione del tono dell'umore.

Non vi è evidenza di alterazioni dei parametri vitali, l'obiettività cardiopolmonare ed addominale nei limiti e non sono presenti segni riferibili a sindrome astinenziale in atto.

Gli esami ematici mostrano lieve elevazione della CDT (2,3%) e della GammaGT, nella norma i valori di MCV, AST, ALT, Bilirubina reflex e Fosfatasi Alcalina.

Gli accertamenti tossicologici su matrice cheratinica mostrano positività per ETG ad elevati valori (> 100 pg/mg) e positività per cocaina e BEG.

L'accertamento tossicologico risulta positivo per il riscontro del metabolita acido dei cannabinoidi.

L'uso di cocaina e cannabinoidi non era emerso alla raccolta anamnestica iniziale e durante il colloquio clinico ne viene riferito un uso episodico.

Viene posta diagnosi di Disturbo da Uso di Alcol Grave. Si imposta terapia con Sodio Oxibato 30 ml/die frazionato nelle 24 ore (1 flacone al risveglio e ½ flacone successivamente ogni 4 ore) associato a Tiapride 100 mg ogni 12 ore e Citalopram 20 mg/die.

Il paziente, dopo due accessi, non si presenta più al servizio e contatta gli operatori riferendo di trovarsi in Islanda per provare a ricominciare una nuova vita, in un contesto completamente differente da quelli finora sperimentati.

\* S.C. Ser.D. - ASST Bergamo Est.

\*\* S.C. Telemedicina - ASST Bergamo Est.

\*\*\* Fondazione Opera Bonomelli Bergamo.

Sasha ricompare al Ser.D. circa 4 mesi dopo l'ultimo contatto, il progetto migratorio è fallito ed al rientro in Italia ha ripreso uso di alcolici, sospeso in Islanda solo per l'elevato costo delle bevande.

Presenta scarsa motivazione interna e vuole effettuare la presa in carico solo per riottenere la patente di guida.

Con tali premesse anche questa presa in carico si conclude con un abbandono precoce e Sasha, dopo la restituzione degli esami tossicologici che evidenziano ancora un elevato valore di ETG e presenza di cocaina nella matrice cheratinica, interrompe i contatti con il servizio.

Dopo più di un anno di assenza si ripresenta al servizio. Purtroppo non solo ha visto fallire numerosi progetti lavorativi, ma sono emersi gravi problemi abitativi: la casa dove risiedeva è stata venduta mentre si trovava all'estero e la madre non è più disposta a riaccoglierlo. Fino ad alcuni giorni prima è riuscito a trovare ospitalità per la notte presso amici, ma durante il giorno si trova a vagare per il paese e la stagione invernale è alle porte.

Le ultime notti ha dormito all'addiaccio e si presenta dimagrito e trasandato.

La rete territoriale costituita con il progetto A.I.Co.P. (Area Interventi Contrasto alla Povertà) della fondazione Opera Bonomelli di Bergamo ci permette di trovare un posto in prima accoglienza a Bergamo e, grazie ai Servizi di telemedicina attivi presso il Ser.D. di Lovere di ASST Bergamo Est, è stato possibile gestire il paziente a distanza, senza doverlo affidare ad un altro servizio, garantendo la presa in carico da parte dell'equipe terapeutica che già conosce Sasha e di cui lo stesso si fida.

Viene impostata terapia con Sodio-Oxibato 40 ml frazionato durante le 24 ore (1 flacone al risveglio, poi ½ flacone ogni 3 ore per 3 volte) e multivitaminico del gruppo B.

Il paziente viene affidato all'educatore della Fondazione Opera Bonomelli che ne cura il trasporto a Bergamo e l'inserimento in struttura di pronta accoglienza. Si consegna all'educatore l'affido di una settimana di Alcover e si procede al trasferimento del ritiro del farmaco presso il Ser.D. di Bergamo.

La scorta di farmaci viene presa in carico dal servizio di infermeria dell'Opera Bonomelli che ne curerà la somministrazione in base alla prescrizione medica.

Tramite la piattaforma di telemedicina di ASST Bergamo Est, uno strumento che garantisce sicurezza ed affidabilità nella gestione del paziente a distanza, vengono effettuati frequenti colloqui sia con il medico (televisite), finalizzati all'ottimizzazione della terapia farmacologica ed alla valutazione delle condizioni cliniche, che con l'assistente sociale (teleassistenza), per la ricerca di una comunità.

La peculiarità intrinseca della terapia con Sodio Oxibato ha permesso la gestione a distanza del farmaco, mediata dal personale dell'infermeria: i primi giorni di inserimento infatti sono stati caratterizzati dal manifestarsi di moderati sintomi astinenziali, valutati attraverso televisite di controllo supportate dal personale infermieristico della Fondazione Opera Bonomelli per la rilevazione dei parametri vitali.

Tale manifestazione è stata trattata con incremento della posologia a 50 ml/die per poi tornare a 40 ml/die entro una settimana.

Sasha attualmente si trova all'interno di un percorso comunitario che lo sta aiutando a ritrovare se stesso, si sente accolto e riesce a far emergere la sofferenza che ha vissuto, provando a prendersi cura del bambino interiore che finora ha trovato sollievo solo nell'alcol.

Proseguono i colloqui mediante l'ausilio di processi di telemedicina che permettono non solo di sentire, ma anche di vedere Sasha e cogliere i messaggi non verbali che verrebbero meno con una semplice telefonata. Si sta procedendo alla progressiva riduzione posologica di Sodio Oxibato fino alla sospensione.

Le caratteristiche di sicurezza e maneggevolezza del farmaco, la rete territoriale costituita da servizio delle dipendenze e Fondazione Opera Bonomelli, con l'ausilio della piattaforma aziendale di telemedicina, ha permesso il buon esito di un percorso di cura, dalla strada alla comunità, con una singola valutazione in presenza del paziente, permettendo di ottimizzare tempo e risorse in un caso d'emergenza sociale.

## Riferimenti bibliografici

Ministero della Salute, decreto del 29/04/2022: Approvazione delle linee guida organizzative contenenti il "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare".

La Telemedicina al Ser.D. Di Lovere: dalla necessità della pandemia all'innovazione strutturata. Abstract al XII Congresso Nazionale Federserd, Bergamo, ottobre 2023. Rizzardi N.\*[1], Daffini L.[1], Rocca P.[2], Bigli M.[2], Colombi R.[1], Marchese C.[1], Morina A.[1], Faustini M.[1], Noris M.[1], Paniconi M.A.[1], Campana M.[3] [1]ASST Bergamo Est / S.C. delle Dipendenze / Ser.D. Lovere Italy, [2]ASST Bergamo Est / S.S. Telemedicina, Seriate, Italy, [3]ASST Bergamo Est / S.C. delle Dipendenze / Ser.D. Gazzaniga Italy.

van den Brink W. *et al.* (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.

Guiraud J., van den Brink W. (2024). Sodium oxybate: A comprehensive review of efficacy and safety in the treatment of alcohol withdrawal syndrome and alcohol dependence. *Int Rev Neurobiol.*, 178: 213-281.

# Case Report. Strategie di intervento e gestione farmacologica di un paziente con disturbo da uso di alcol in comorbidità con aspetti depressivi ed insonnia

Elena Tamussi\*

## Anamnesi

Il paziente, di 47 anni, si presenta al servizio dipendenze nel maggio 2023 per problematiche legate all'abuso di alcol, sviluppate in un contesto di stress lavorativo e personale.

Riferisce che l'abuso di alcol è iniziato a febbraio 2023, successivamente a una crisi di burnout legata al lavoro che svolge da 25 anni.

L'uso di alcol, inizialmente sociale, si è trasformato in un meccanismo per gestire l'ansia e il senso di inadeguatezza. Nei momenti di maggior consumo, arrivava a bere circa un litro e mezzo al giorno tra aperitivi e vino bianco.

Riferisce anche tremori mattutini e sintomi di astinenza. L'anamnesi familiare rileva ipertensione arteriosa e neoplasie, ma non familiarità per disturbi psichiatrici.

Vive con la madre anziana, in un contesto di supporto da parte della famiglia, anche se segnala pressioni e aspettative vissute come opprimenti durante l'infanzia.

Divorziato da diversi anni, ha attraversato difficoltà relazionali significative che hanno contribuito al suo malessere.

L'anamnesi patologica remota è positiva per un episodio di artrite settica della clavicola.

Gli esami ematici iniziali evidenziavano alterazioni delle transaminasi (AST 123 U/L, ALT 125 U/L) e gamma-GT (494 U/L), nonché un livello di CDT (1,8%) superiore al cut-off diagnostico per l'abuso alcolico.

## Valutazione iniziale

Alla prima valutazione medica, il paziente mostra umore ipotimico, forte ansia e tremori in stato di astinenza.

Segnala anche pirosi gastrica e digestione dispeptica.

Rifiuta inizialmente il trattamento con sodio oxibato, sostenendo di non ritenersi in una condizione grave, ma accetta una terapia con lansoprazolo, vortioxetina, diazepam e tiamina.

Al momento dell'inizio del percorso, mostra una superficiale consapevolezza dei fattori scatenanti del suo abuso

\* *Medico specialista in psichiatria. Direttore sanitario Consorzio SMI Gli Acrobati Concesio (Brescia).*

di alcol, riconducibili a un sovraccarico lavorativo e alle difficoltà nel gestire le pressioni esterne e interne.

La collaborazione è inizialmente limitata, ma migliora con il progredire del rapporto terapeutico.

## Fasi dell'intervento

**1. Primo periodo di trattamento (maggio-dicembre 2023):** il paziente si impegna inizialmente nella riduzione del consumo alcolico, riferendo una diminuzione progressiva fino a due bicchieri di vino bianco solo nel fine settimana.

Durante i colloqui regolari con il servizio, si conferma una iniziale consapevolezza delle cause scatenanti, tra cui il burnout lavorativo e le difficoltà relazionali.

Tuttavia, il paziente fatica ad approfondire tale aspetti e rimane sempre su un piano superficiale.

Viene mantenuta la terapia con vortioxetina e lansoprazolo, il diazepam rimane solo al bisogno.

A dicembre 2023, il paziente riferisce periodi di astensione alternati a binge drinking nei momenti di maggiore stress.

Gli esami ematici mostrano un lieve miglioramento degli indici epatici, con CDT al di sotto del cut-off diagnostico ma gamma-GT ancora elevata (139 U/L).

**2. Ricadute e intensificazione della terapia (gennaio-settembre 2024):** a gennaio 2024, un evento stressante familiare provoca un'intensificazione degli episodi di binge drinking.

Il paziente riferisce di sentirsi incapace di gestire il craving, ma continua a rifiutare il sodio oxibato, optando per il reinserimento delle benzodiazepine (diazepam).

Gli esami ematici di marzo 2024 mostrano una gamma-GT di 114 U/L e CDT 0,5%.

Durante i colloqui, il paziente esprime difficoltà nel riconoscere la gravità della situazione, minimizzando l'impatto dei binge.

Tra aprile e maggio, si verificano nuovi episodi di binge drinking, in parte sottovalutati dal paziente stesso.

Gli esami di maggio 2024 confermano un peggioramento degli indici epatici (gamma-GT 193 U/L) ma CDT sempre sotto il cut off (0.6%).



Nei mesi estivi il paziente diventa meno regolare negli appuntamenti.

Quando si ripresenta nel mese di settembre riferisce discreto benessere e nega episodi di abuso alcolico.

Gli esami ematici del 16/09/2024 mostrano una CDT sempre inferiore al cut off ma al tempo stesso rilevano una CDT elevata (263 U/L).

**3. Peggioramento del funzionamento lavorativo (ottobre 2024):** a metà ottobre il paziente torna dopo un ulteriore periodo di assenza dalla frequentazione dello SMI.

Riferisce un momento di forte difficoltà legato a una recente delusione e a un senso di fallimento in ambito lavorativo.

Ammette di aver incrementato significativamente il consumo di alcol e di essersi presentato al lavoro in stato di ebbrezza.

Descrive l'episodio lavorativo scatenante, riportando di essere stato rimproverato dal suo responsabile con la frase "Non sai fare il tuo lavoro".

Riflette su questa affermazione, riconoscendo di sentirsi incapace di fermarsi prima di arrivare a situazioni autodistruttive, come lasciare che il problema del bere comprometta anche il lavoro.

Nel corso del colloquio, si lavora sul fatto che "Non puoi fare il tuo lavoro se non curi prima te stesso".

Questo sembra spingere il paziente a riflettere più profondamente sulla necessità di occuparsi della propria salute.

Viene invitato a riconsiderare l'opportunità di un percorso specialistico di sostegno per il consumo di alcol con terapia specifica.

Il paziente rifiuta nuovamente tale intervento asserendo di essere certo di poter gestire l'alcol in maniera diversa con il supporto benzodiazepinico ed antidepressivo.

**4. Evento critico e ricovero (novembre 2024):** il 6 novembre 2024, il paziente viene ricoverato presso neurologia vascolare per un sospetto ictus.

Le indagini strumentali (TC e RM) escludono eventi ischemici.

Durante la degenza, sono stati osservati episodi di assenze e una crisi epilettica vera e propria, che hanno portato alla decisione di coinvolgere il Centro per l'Epilessia per una valutazione più approfondita e un eventuale inquadramento diagnostico e terapeutico.

Vengo contattata dai Colleghi neurologi per una riflessione sul caso.

Segnalo che il paziente presenta una storia significativa di abuso e sollecito l'impostazione di una terapia con sodio oxibato per la gestione della fase astinenziale.

I Colleghi sono scettici e preferirebbero una benzodiazepina, ritenendo tali molecole più maneggevoli e sicure. Sottolineo invece come il sodio oxibato sia preferibile alle benzodiazepine in questo caso per diversi motivi:

- Effetto diretto sui sintomi di astinenza: il sodio oxibato agisce direttamente sui sistemi GABAergici e glutammatergici alterati dall'astinenza da alcol, riducendo i sintomi con maggiore specificità rispetto alle benzodiazepine.
- Ridotto rischio di sedazione eccessiva: a differenza delle benzodiazepine, che possono causare eccessiva sedazione e dipendenza crociata, il sodio oxibato consente una migliore gestione senza interferire con lo stato di vigilanza del paziente.
- Profilo terapeutico specifico: il sodio oxibato è indicato non solo per la gestione dell'astinenza, ma anche come supporto nel trattamento della dipendenza da alcol, contribuendo alla stabilizzazione nel medio termine.

Concordiamo quindi introduzione di sodio oxibato ma i Colleghi optano per un dosaggio minimo (10 ml x 3).

Il paziente verrà seguito dal Centro per l'Epilessia per approfondimenti diagnostici relativi alle crisi epilettiche e alle assenze.

Sul fronte della gestione dell'abuso di alcol, concordo che il paziente si presenterà allo S.M.I. lo stesso giorno della dimissione per la prosecuzione e l'aggiustamento della terapia.

**5. Periodo di follow-up (novembre-dicembre 2024):** a seguito del ricovero, il paziente racconta di essersi reso conto di aver sottovalutato la propria situazione.

Durante il colloquio dell'11/11/2024 appare trascurato nell'aspetto, riferisce stanchezza e difficoltà a dormire.

Lamenta sintomi persistenti compatibili con astinenza da alcol, tra cui irritabilità, sudorazione e tremori.

Non segnala episodi convulsivi recenti.

L'esame obiettivo psichico evidenzia uno stato di vigilanza conservato, ma appare ansioso e lievemente agitato.

Il pensiero è lineare, senza ideazioni patologiche.

Si è chiarita la necessità di proseguire la terapia con sodio oxibato tramite prescrizione del nostro servizio.

La terapia viene impostata e, considerata la persistenza dei sintomi di astinenza, si decide di aumentare gradualmente il dosaggio fino a 15 ml x 4 volte al giorno, monitorando eventuali effetti collaterali e miglioramenti clinici.

Durante il colloquio del 25 novembre 2024, riferisce di mantenere l'astinenza dall'alcol e di sentirsi "coperto" dal sodio oxibato.

Gli esami ematici di dicembre mostrano un miglioramento degli indici epatici, con gamma-GT scesa nuovamente sotto alle 100 U/L e CDT stabilizzata sotto il cut-off.

Il paziente partecipa attivamente ai colloqui, in cui si affrontano temi come la gestione dello stress e la resilienza.

Durante il colloquio del 18 dicembre 2024, viene introdotto il tema della dualità personale attraverso la figura simbolica del supereroe Batman, che stimola una riflessione profonda sul percorso di cambiamento.

## Scale di valutazione

	T0	T1	T2	T3	T4
CGI gravità	4	4	3	6	4
CGI miglioramento	NA	4	3	6	2
CGI indice efficacia	NA	0.5	1.0	0.5	1.5
Criteri DSM-5	5/11	5/11	2/11	6/11	2/11
VGF	71	71	71	48	61
HONOS	10/48	9/48	7/48	24/48	9/48
AUDIT	29		20		
CTQ tot	53	37	37	60	25
CTQ reward	10	9	9	12	7
CTQ relief	21	16	16	21	9
CTQ obsessive	22	12	12	27	9
CIWA-Ar	13	2	2	5	1
ISI sonno	18	5	5	21	2

T0: maggio 2023, T1: novembre 2023, T2: maggio 2024, T3: ottobre 2024 – peggioramento del funzionamento, T4: dicembre 2024 (in terapia con sodio oxibato).

## Discussione del caso

Questo caso mette in evidenza le complessità nella gestione della dipendenza da alcol in un contesto di vulnerabilità psicologica e burnout lavorativo.

L'iniziale rifiuto del sodio oxibato sottolinea la necessità di un approccio terapeutico flessibile, centrato sulla costruzione di un'alleanza terapeutica e sul rispetto dei tempi del paziente.

Il ricovero e l'evento critico hanno rappresentato un punto di svolta, favorendo una maggiore consapevolezza e l'accettazione di terapie più strutturate.

Il sodio oxibato si è dimostrato efficace nel controllo del craving e nella stabilizzazione del paziente, confermando il suo ruolo chiave nel trattamento della dipendenza da alcol.

L'integrazione con supporto psicologico ha permesso di affrontare non solo gli aspetti sintomatici, ma anche le dinamiche personali sottostanti, favorendo un percorso di crescita e resilienza.

## Conclusioni

La gestione della dipendenza da alcol richiede un approccio multidisciplinare, che integri terapie farmacologiche mirate, supporto psicoeducativo e monitoraggio clinico.

Il caso evidenzia l'importanza di strategie terapeutiche personalizzate, capaci di adattarsi alle esigenze e resistenze iniziali del paziente, nonché di strumenti efficaci come il sodio oxibato per il controllo dei sintomi di astinenza e il mantenimento dell'astinenza.

## Riferimenti bibliografici

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
2. World Health Organization (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*.
3. Addolorato G. et al. (2009). Role of GABAergic system in alcoholism and stress: focus on acamprosate and baclofen. *Alcohol and Alcoholism*, 44(2): 146-155.
4. Koob G.F., Volkow N.D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8): 760-773.
5. Möller H.J., Witkowski T. (2010). Sodium oxybate (gamma-hydroxybutyrate) in the treatment of alcohol dependence: a review of the clinical evidence. *CNS Drugs*, 24(11): 981-992.
6. Gessa G.L. et al. (2000). Gamma-hydroxybutyric acid (GHB) and alcoholism: overview of the pharmacological properties and therapeutic possibilities. *Alcohol*, 20(3): 257-265.
7. Gallimberti L. et al. (1992). Gamma-hydroxybutyric acid for treatment of alcohol withdrawal syndrome. *The Lancet*, 339(8794): 146-149.
8. Guy W. (1976). Clinical Global Impressions. In: Guy W. (ed.), *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology-Revised*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, pp. 218-22.
9. Wing J.K., Beevor A.S., Curtis R.H., Park S.B., Hadden S., Burns A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): Research and development. *Br J Psychiatry*, 172(1): 11-18.
10. American Psychiatric Association (2001). *DSM-IV-TR: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. 4ª edizione, Text Revision. Milano: Masson.
11. Saunders J.B., Aasland O.G., Babor T.F., de la Fuente J.R., Grant M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88(6): 791-804.
12. Bernstein D.P., Fink L., Handelsman L., Foote J., Lovejoy M., Wenzel K., Sapareto E., Ruggiero J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*, 151(8): 1132-1136.
13. 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.
14. Bastien C.H., Vallières A., Morin C.M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med.*, 2(4): 297-307.

# Drunkoressia: diagnosi e trattamento di un caso complesso

Maurizio Campana\*, Paola Milanese\*

## Anamnesi

Paziente femmina, 29 anni, istruzione universitaria, impiegata, convivente.

Atleta, come pure il compagno.

Esordio anoressico a circa 13 anni, dopo episodi di abusi da parte di figure adulte.

In quegli anni ha messo in atto, rapidamente e spontaneamente, correttivi sia in ambito nutrizionale che comportamentale, ottenendo una remissione dell'anoressia.

Poco dopo si manifestano però episodi di binge-eating, progressivamente più frequenti e sempre accompagnati da vomito auto-indotto a scopo compensativo.

È stata quindi in cura presso una struttura privata ambulatoriale, con nutrizionista e supporto psicologico ottenendo risultati apprezzabili senza mai del tutto interrompere episodi di binge e vomito che attualmente si manifestano con frequenza circa mensile.

In età adolescenziale inizia l'uso di cannabinoidi, con modalità rapidamente intense, in termini di craving e frequenza, per poi abbandonare dopo circa un anno il consumo, senza mai ricadervi. In quegli anni l'alcol è stato spesso presente, ma senza apparenti eccessi.

Negli ultimi anni si è consolidato un consumo, quasi rituale, serale di Gin, per ben concludere le serate *rilassandosi*.

Da qualche mese però l'uso di Gin è divenuto pluriquotidiano, non solo serale, ma sempre più in modo *funzionale* alla gestione della quotidianità.

Usa come esempio l'intensa attività fisica, solo occasionalmente con finalità compensative; ha scoperto il ruolo dell'alcol nel ridurre la fatica e non più solo come rilassante post-performance. L'alcol d'abuso è solo il Gin anche se talvolta usa birra ma solo in contesti conviviali, in pizzeria. Nega uso presso e/o attuale di altre sostanze d'abuso e/o altri comportamenti di addiction.

È in terapia con Citalopram 13 gtt/die.

## Valutazione clinica

Inquadramento diagnostico con DSM-5: disturbo da uso di alcol, grave (303.90-F10.2), bulimia nervosa con condotte di eliminazione (307.51-F50.2).

E.O.: nulla di particolare rilevanza clinica, buone condizioni cliniche generali.

## Valutazione psicologica

Valutazione psicologica tramite colloqui clinici e test: EDE-Q, ABQ, PAI - Personality Assessment Inventory, SCID-5-PD.

\* S.C. Ser.D., ASST Bergamo-Est.

## Fasi dell'intervento

Viene immediatamente intrapreso un trattamento con Sodio-Oxibato, al dosaggio di 20 ml in prima giornata e poi 30 ml/die per 21 giorni.

Il dosaggio è stato successivamente ridotto a 20 ml/die, per altri 90 giorni, e poi la paziente ha richiesto, ed ottenuto, un programma di "mantenimento a basso dosaggio" con Sodio-Oxibato (10 ml/die), che assumeva solo al termine della giornata lavorativa.

È stato contestualmente introdotto l'uso di Naltrexone al dosaggio di 50 mg/die.

Il trattamento con l'antagonista oppiaceo prosegue tuttora, dopo l'interruzione della terapia con Sodio-Oxibato.

La compliance generale è stata ottima e la scomparsa di episodi di binge-drinking e binge-eating è stata rapida.

Nell'anno di osservazione sono stati sporadici gli episodi di binge con alcol e/o cibo.

Dopo la rapida stabilizzazione clinica alla paziente è stato offerto un programma di psicoterapia individuale che prosegue tuttora.

## Discussione

Il caso descritto ben rientra nella tipologia di pazienti con significativa comorbidità clinica, che i nostri servizi si trovano a trattare sempre più spesso, e che rafforza i concetti evidenziati dalla cosiddetta teoria transdiagnostica, la quale tende ad apportare un significativo contributo al superamento degli steccati diagnostici, purtroppo confermati anche nel DSM-5, proponendo una visione più ampia ed estesa della complessità nosologica.

In questo caso, alla storia di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) insorti nella pre-adolescenza, si è sovrapposto un disturbo da uso di alcol (DUA) inquadrabile come drunkoressia.

Il trattamento farmacologico con Sodio-Oxibato prima e con Naltrexone poi, unitamente all'intervento psicoterapeutico individuale ha favorito il miglioramento del quadro clinico nella sua complessità fenomenologica rendendo indistinguibile, alla fine, il ruolo sul singolo disturbo da parte del singolo farmaco. Si intravede, oltre alla teoria transdiagnostica un nuovo approccio terapeutico che, azzardiamo ad etichettare, come transfarmacologico.

## Riferimenti bibliografici

1. Fairburn C.G., Cooper Z., Shafran R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41: 509-528.
2. Gadalla T., Piran N. (2007). Co-occurrence of eating disorders and alcohol use disorders in women: a meta-analysis. *Arch Womens Ment Health*, 10: 133-140.



# Recupero rapido senza ricovero: il successo del sodio oxibato nella dipendenza da alcol

Ruggero Merlini, Jonathan Toscano, Rosandra Ferrario, Claudia Cospito, Annalisa Pistuddi, Patrizia Sofia, Maurizio Schiavi, Giuseppe Fiorentino\*

## Introduzione

La dipendenza da alcol rappresenta una condizione patologica complessa, derivante dall'interazione di fattori biologici, psicologici e sociali.

Questa patologia, oltre a generare un significativo impatto sulla salute pubblica, comporta elevati costi socio-sanitari e un deterioramento rilevante della qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari oltre a ripercussioni anche lavorative.

La gestione terapeutica richiede interventi evidence-based e approcci multidisciplinari personalizzati.

Questo case report descrive il percorso clinico di "Giulio", un uomo di 34 anni con una storia di alcolismo cronico.

L'introduzione del sodio oxibato, associata a trattamenti farmacologici e psicoterapeutici mirati, ha permesso di evitare il ricovero e conseguire una remissione rapida e stabile.

## Anamnesi clinica

Nel 2019, Giulio si è rivolto al Ser.D. a seguito di un fermo per guida in stato di ebbrezza avvenuto nel 2017 in Romania, con un'alcolemia registrata di 1,2 g/l.

Questo episodio rappresentava la seconda violazione correlata al consumo di alcol, dopo un evento analogo verificatosi cinque anni prima.

Dal 2013, il paziente aveva adottato un pattern di consumo serale consistente in 2 litri di birra ad alta gradazione (circa 18 unità alcoliche), con lo scopo di ottenere effetti ipnoinducenti e ansiolitici. Questo comportamento ha portato a una

dipendenza progressiva, sia fisica che psicologica (Gasparini, 2019).

Sul piano clinico, Giulio presentava un glaucoma subclinico e una sindrome da dispersione pigmentaria oculare, diagnosticati nel 2012, oltre a una frattura di radio e ulna risalente al 2008. Non sono state rilevate comorbidità psichiatriche significative.

Nel 2024, su indicazione del proprio psicoterapeuta, il paziente si è presentato al NOA con un livello alcolemico pari a 1,26 g/l.

Al momento dell'accoglienza, riferiva un'assunzione irregolare di duloxetina (120 mg/die) e un uso serale di clonazepam (circa 20 gocce).

## Protocollo terapeutico

Il trattamento è stato definito attraverso una valutazione multidisciplinare, che ha portato all'adozione di un protocollo terapeutico basato sull'impiego di sodio oxibato, inizialmente somministrato alla dose di 7,5 ml quattro volte al giorno.

La prima somministrazione avveniva presso il NOA, mentre le dosi successive venivano autogestite dal paziente a domicilio, vista l'assenza di un caregiver.

Il sodio oxibato è stato scelto per il suo effetto di controllo sui sintomi di astinenza e sul craving, favorendo una rapida stabilizzazione clinica (Vignoli, Addolorato & Caputo, 2017).

In parallelo, sono stati introdotti mirtazapina (inizialmente 15 mg, titolata fino a 30 mg) per favorire il sonno e stabilizzare l'umore, e gabapentin (100 mg tre volte al giorno, incrementato fino a 300 mg tre volte al giorno) per la gestione dell'ansia e del discomfort fisico.

Il monitoraggio comprendeva controlli quotidiani con etilometro e la somministrazione delle scale

\* *Équipe Multidisciplinare Noa San Donato Milanese. DSMD, UOC Dipendenze Sud, ASST Melegnano Martesana (Milano).*

CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol) e VAS (Visual Analogic Scale) per valutare l'intensità dei sintomi di astinenza (Sullivan *et al.*, 1989).

Dopo una settimana, Giulio ha riportato un miglioramento significativo della qualità del sonno e della stabilità emotiva.

Non erano presenti sintomi di craving o alterazioni ideative.

L'unico effetto collaterale riportato è stato un lieve irrigidimento muscolare ai quadricipiti femorali, giudicato clinicamente irrilevante (Lucchini, 2020).

Contestualmente, è stato avviato un percorso psicoterapeutico volto a rafforzare la motivazione e a elaborare le dinamiche emotive sottostanti la dipendenza.

### Titolazione e adattamenti

Dopo tre settimane, la posologia del sodio oxibato è stata ridotta a 7,5 ml due volte al giorno (dopo cena e alle 23), mantenendo un focus sui momenti critici della giornata.

Durante questa fase, il paziente ha riferito episodi di insonnia, trattati efficacemente con l'introduzione di quetiapina a basso dosaggio (25 mg).

Questo aggiustamento ha garantito la continuità terapeutica e il consolidamento dei risultati clinici.

### Risultati clinici

A distanza di un mese dall'inizio del trattamento, Giulio ha ripreso con successo la sua attività lavorativa come venditore di contratti telefonici, evidenziando un netto miglioramento delle performance e della produttività.

Ha riportato maggiore lucidità mentale, motivazione e capacità di gestire con efficacia le interazioni sociali.

L'assenza di craving, associata a un miglioramento complessivo del benessere psicofisico, ha consentito una stabilizzazione clinica e un reinserimento funzionale completo (De Pasquale, 2019).

### Discussione e conclusioni

L'esclusione del sodio oxibato dal protocollo terapeutico avrebbe probabilmente comportato la necessità di un ricovero per disassuefazione, con conseguenti interruzioni della routine quotidiana e un incremento dello stigma sociale.

Inoltre, i tempi di recupero psicofisico sarebbero stati prevedibilmente più lunghi, ritardando il reinserimento lavorativo e sociale.

Questo caso clinico sottolinea il ruolo centrale del sodio oxibato nella gestione della dipendenza da alcol, grazie alla sua capacità di stabilizzare rapidamente le condizioni del paziente.

L'integrazione con mirtazapina, gabapentin e supporto psicologico ha permesso di affrontare efficacemente la complessità della patologia, garantendo risultati rapidi e duraturi.

L'approccio multidisciplinare e personalizzato si conferma cruciale per il successo terapeutico, promuovendo sia la stabilità clinica sia il reinserimento sociale e lavorativo.

### Riferimenti bibliografici

1. De Pasquale E. (2019). *Il percorso assistenziale farmacologico nel disturbo da uso di alcol*. FeDerSerD. [www.federserd.it](http://www.federserd.it).
2. Gasparini G. (2019). *Farmaci approvati dall'AIFA per il trattamento della dipendenza e del craving alcolico*. FeDerSerD. [www.federserd.it](http://www.federserd.it).
3. Lucchini A. (2019). Gravi limitazioni alla terapia con sodio oxibato: e adesso?. *Blog SITD*.
4. Lucchini A. (2020). Sicurezza del sodio oxibato nella terapia dell'alcolismo. Newsletter "Clinica dell'Alcolismo. *Mission - IQJA*, 67.
5. Riglietta M. (2019). *Le basi neurobiologiche per il trattamento della dipendenza da alcol*. FeDerSerD. [www.federserd.it](http://www.federserd.it).
6. 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). *British Journal of Addiction*, 84(11): 1353-1357.
7. Vignoli T., Addolorato G., Caputo F. (2017). La terapia farmacologica dell'alcolismo: il sodio oxibato (acido gamma-idrossibutirrico-GHB) farmaco anti-alcol approvato dall'organismo regolatorio italiano per la pratica clinica. Parte III. *Mission*, 46.

# L'utilizzo del sodio oxibato (acido gamma-idrossibutirrico) nel trattamento ambulatoriale della sindrome di astinenza da alcol in pazienti affetti da cirrosi epatica

Maria Rita Quaranta\*, Vincenza Ariano\*\*

## Introduzione

Il Disturbo da Uso di Alcol (DUA) è una condizione cronica e recidivante, dovuta al consumo di alcol, caratterizzato da una ridotta capacità di interrompere o controllare il consumo nonostante le conseguenze negative a livello sociale, occupazionale e/o sanitario [1].

Il DUA, classificato come lieve, moderato e grave, mostra una prevalenza mondiale compresa fra il 20% e il 30% negli uomini e fra il 10% e il 15% nelle donne [2].

Nel 2019, il consumo di alcol ha causato a livello mondiale circa 2,6 milioni di decessi (il 4,7% di tutti i decessi) e 115,9 milioni di DALY (Disability-adjusted life year) (il 4,6% di tutti i DALY), in gran parte dovuti a malattie non trasmissibili, lesioni e problemi di salute mentale.

Le malattie del tratto gastroenterico, le lesioni involontarie, le malattie cardiovascolari e le neoplasie maligne sono state le principali cause dei 2,6 milioni di decessi attribuibili all'alcol stimati nel 2019, responsabili rispettivamente del 22%, 19,8%, 18% e 15,3% di questi decessi [3].

La sindrome di astinenza da alcol (SAA) è una condizione clinica pericolosa per la vita che colpisce i pazienti affetti da DUA quando essi diminuiscono o interrompono bruscamente il consumo di alcol ed è caratterizzata da una serie di segni e sintomi che nei casi più gravi può progredire sino all'insorgenza di convulsioni, delirium tremens, arresto cardiaco e morte.

La cirrosi epatica è una patologia diffusa in tutto il mondo e può essere una conseguenza di diverse cause come: obesità, steatosi epatica non alcolica, elevato consumo di alcol, infezione da HBV o HCV, malattie autoimmuni, malattie colestatiche e sovraccarico di ferro o rame.

\* Medico Tossicologo, Ser.D. Martina Franca (ASL TA). Responsabile Struttura Semplice "Coordinamento Ser.D." – Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL Taranto.

\*\* Medico Farmacologo e Tossicologo Clinico. Direttore Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL Taranto.

Essa si sviluppa dopo un lungo periodo di infiammazione che provoca la sostituzione del parenchima epatico sano con tessuto fibrotico e noduli rigenerativi, portando a ipertensione portale.

La malattia evolve da una fase asintomatica (cirrosi compensata) a una fase sintomatica (cirrosi scompensata), le cui complicanze spesso comportano ospedalizzazione, compromissione della qualità della vita e alta mortalità.

L'ipertensione portale progressiva, l'infiammazione sistemica e l'insufficienza epatica determinano gli esiti della malattia e la gestione clinica della cirrosi epatica è incentrata sul trattamento delle sue cause e delle sue complicanze [4].

A livello globale, l'alcol è la causa del 50% di tutti i decessi dovuti a malattia epatica e le varie forme di malattia epatica associata all'alcol (ALD) si svilupperanno in circa il 35% dei pazienti con Disturbo da Uso di Alcol [5].

L'intervento clinico è essenziale per supportare l'astinenza, poiché la cessazione dell'assunzione di etanolo riduce il rischio di progressione della malattia epatica e delle complicanze correlate alla cirrosi e migliora i risultati clinici in tutte le fasi.

La terapia farmacologica risulta essere necessaria nei casi di SAA oltre ai trattamenti psicosociali.

Da un punto di vista farmacologico, le benzodiazepine (BDZ) rappresentano il "gold standard" per il trattamento farmacologico della SAA [6].

Altri farmaci sono stati approvati in alcuni Paesi Europei per il trattamento della sindrome da astinenza da alcol come ad esempio il sodio oxibato in Italia e in Austria [7].

## Materiali e metodi

In questo articolo vengono descritti due casi clinici giunti all'osservazione clinica del Ser.D. di Martina Franca – Dipartimento Dipendenze Patologiche – ASL Taranto, su invio ed indicazione dello specialista epatologo, affetti da cirrosi epatica e consumo cronico di alcol successiva-



mente trattati farmacologicamente con sodio oxibato per la gestione clinica della SAA.

La SAA è stata valutata mediante la scala CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale) che esamina 10 parametri: nausea e vomito, tremori, sudorazione, ansia, agitazione, disturbi tattili, disturbi uditivi, disturbi visivi, cefalea, orientamento ed obnubilamento del sensorio [8].

In base al punteggio ottenuto si può distinguere una SAA lieve ( $\leq 15$ ), moderata (16-20) o grave ( $>20$ ).

## Paziente Uno

Uomo di 50 anni, giunto alla nostra osservazione su indicazione dello specialista epatologo per cirrosi epatica HCV-Alcol correlata in modesto scompenso ascitico, pancreatite cronica, calcolosi multipla della colecisti ed ipertensione portale.

Paziente HCV positivo diagnosticata nel 1992, trattato prima con interferone nel 2005 (senza esito) e poi con antivirali ad azione diretta, nel 2020, con negativizzazione.

All'anamnesi tossicologica non viene riferito uso attuale o pregresso di sostanze psicotrope.

Ha iniziato a consumare bevande alcoliche all'età di 18 anni (vino e birra nella quantità di 2 UA/die), aumentando il consumo intorno ai 25 anni.

Dall'età di 32 anni, consumo pluriquotidiano di bevande alcoliche e superalcoliche, nella quantità di 16-18 unità alcoliche/die, sin dalla mattina.

Anamnesi farmacologica: furosemide 25 mg x 2 volte/die; acido ursodesossicolico 300 mg x 2 volte/die; lattulosio sciroppo; canreonato di potassio 100 mg; folina 5 mg, rifaximina 200 mg; pantoprazolo 20 mg.

Alla valutazione clinica il paziente presentava ansia moderata, cefalea e riferiva insonnia e nausea dalla sospensione delle bevande alcoliche (12 ore prima).

PA 150/80 mmHg, FC 104 bpm. Lieve subittero. Pupille normoreagenti al riflesso fotomotore. ROT iperevocabili agli arti inferiori e superiori. Tremori a braccia protese, sudorazione palmare e frontale. Addome batraciano, cicatrice ombelicale estroflessa. Epatomegalia circa 6-7 cm dall'arco costale, di consistenza duro-ligneo. Presenza di flapping tremor, eritrosi palmare e numerosi spider nevi al torace anteriore e posteriore. Ippocratismo digitale, ipotrofia muscolare arti inferiori.

In base alla valutazione clinica (CIWA-Ar 18) è stata prescritta terapia a base di sodio oxibato sciroppo a partire dalla posologia di 100 mg/kg/die suddivisa in quattro somministrazioni, tiamina 300 mg per os per la prevenzione della sindrome di Wernicke-Korsakoff e data indicazione alla assunzione di lorazepam gocce in caso di non completo controllo della sintomatologia astinenziale con la terapia prescritta.

Nei giorni seguenti il paziente è stato valutato quotidianamente.

È sempre apparso orientato, non evidente sedazione; non ha avuto mai necessità di assumere BDZ.

È stato sottoposto a tapering di sodio oxibato fino a completa sospensione dello stesso avvenuta dopo 10 giorni dall'inizio.

Il paziente è stato sottoposto a monitoraggio clinico e tossicologico con urine tossicologiche due volte a settimana per la ricerca di etilglucuronide (costantemente negative) e a valutazione e supporto multidisciplinare per un anno senza ricadute nel consumo di alcol.

## Paziente Due

Donna di 42 anni, affetta da depressione.

All'età di 38 anni in seguito ad episodio di ulcera perforata complicata da peritonite, venne effettuata anche diagnosi di cirrosi epatica scompensata.

A 39 anni effettua un gesto anticonservativo con assunzione di numerose compresse di antidepressivi triciclici.

Viene inviata alla nostra attenzione, su indicazione dello specialista epatologo, dopo accesso al Pronto Soccorso per dispepsia e dispnea in paziente con varici esofagee, ipertensione portale, cirrosi epatica su base alcolica e calcolosi della colecisti.

Anamnesi farmacologica: canreonato di potassio 100 mg/die; lattulosio sciroppo, pantoprazolo 20 mg, acido ursodesossicolico 450 mg, propranololo 40 mg, furosemide 25 mg, vortioxetina 10 mg, diazepam 15 gocce, glutazione ridotto.

All'anamnesi tossicologica la paziente riferisce di aver iniziato a consumare bevande alcoliche all'età di 18 anni, massimo due volte a settimana, nella quantità di 2 UA.

All'età di 30 anni ha implementato il consumo di alcol assumendo 18-20 UA di vino/die, consumando alcol sin dalla mattina per placare la sintomatologia astinenziale. Successivamente ne ha ridotto il consumo a 10 UA/die.

Ultima assunzione di alcol il giorno prima.

Alla valutazione clinica la paziente appariva lievemente agitata con presenza di lieve-moderato stato ansioso.

Riferiva nausea e qualche episodio di vomito. PA 140/80 mmHg, FC 80 bpm.

Subittero sclerale. Pupille normocoriche, scarsamente reagenti. Flapping tremor. Modesti tremori a braccia protese. ROT iperevocabili agli arti inferiori e superiori. Sudorazione palmare e frontale. Lieve edema pretibiale improntabile alla digitopressione. Addome trattabile, presenza di cicatrice chirurgica xifo-ombelicale da progressiva ulcera perforata complicata da peritonite. Epatomegalia di consistenza aumentata, circa 4 cm dall'arco costale, milza apprezzabile.

In base alla valutazione clinica (CIWA-Ar 17), la paziente è stata messa in trattamento con sodio oxibato alla posologia di 60mg/kg/die il primo giorno e successivamente, il secondo giorno, a 80 mg/kg/die.

Nei giorni seguenti è stata sottoposta a valutazione clinica e riduzione della posologia del sodio oxibato fino a completa sospensione che è avvenuta dopo 8 giorni dall'inizio, con completa risoluzione della sintomatologia presente all'ingresso.

Non ha necessitato di ulteriori assunzioni di BDZ rispetto alla posologia di farmaco già prescritto.

Ha continuato la valutazione clinica e multidisciplinare presso il Ser.D. compreso il monitoraggio tossicologico su urine per la ricerca di ETG due volte a settimana per un totale di tre mesi, senza ricadute nel consumo di alcol nei mesi di osservazione.

## Discussione e conclusioni

La SAA è una manifestazione clinica complessa che richiede un intervento farmacologico tempestivo al fine di evitare o ridurre le complicanze più gravi, quali le convulsioni, il delirium tremens, l'arresto cardiaco e il decesso.

Il diazepam rappresenta la BDZ di prima scelta nel trattamento della SAA ma, nei pazienti con compromissione della funzionalità epatica al fine di evitare accumuli di farmaco dovuti alla incapacità del fegato fibrotico/cirrotico di metabolizzare regolarmente molti farmaci con rischio di accumulo e di eventi avversi, si preferiscono quelle a breve emivita come ad esempio il lorazepam e l'oxazepam [6].

Il sodio oxibato, conosciuto anche come acido gamma-idrossibutirrico (GHB), è un acido grasso a catena corta, fisiologicamente presente nel SNC.

Esso è strutturalmente simile al neurotrasmettitore GABA e si lega al recettore GABA-B.

Il GHB viene rapidamente assorbito dopo somministrazione orale, agisce rapidamente, viene metabolizzato principalmente a livello epatico e una piccola parte, viene escreta, immodificata nelle urine [9-10].

Dai dati della letteratura risultano altri lavori in cui viene valutato l'uso di sodio oxibato per il trattamento della SAA in pazienti con cirrosi epatica ed epatite acuta associata all'alcol [7, 11-12].

Nei casi sopra descritti, il sodio oxibato è risultato efficace nel trattamento ambulatoriale della SAA in pazienti con cirrosi epatica con o senza scompenso ascitico.

Sebbene il farmaco sia metabolizzato a livello epatico, è risultato efficace anche nei pazienti con compromissione della funzionalità epatica anche grazie alle sue caratteristiche farmacocinetiche fra cui la breve emivita (30-45 minuti) senza determinare, in questo numero ristretto e

limitato di casi descritti, effetti avversi come la sedazione o eccessivo rallentamento.

## Riferimenti bibliografici

1. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol use disorder. [www.niaaa.nih.gov/alcohol-effects-health/alcohol-use-disorder](http://www.niaaa.nih.gov/alcohol-effects-health/alcohol-use-disorder).
2. World Health Organization (2018). *Global Status Report on Alcohol and Health*.
3. World Health Organization (2024). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*.
4. Ginès P., Krag A., Abraldes J.G., Solà E., Fabrellas N., Kamath P.S. (2021). Liver cirrhosis. *Lancet*, Oct 9, 398(10308): 1359-1376.
5. Stein E., Cruz-Lemini M., Altamirano J. *et al.* (2016). Heavy daily alcohol intake at the population level predicts the weight of alcohol in cirrhosis burden worldwide. *J Hepatol*, 65: 998-1005.
6. Johnson A.L., Hayward K.L. (2021). Managing medicines in alcohol-associated liver disease: a practical review. *Aust Prescr.*, Jun, 44(3): 96-106.
7. Addolorato G., Lesch O.M., Maremmani I., Walter H., Nava F., Raffaiillac Q., Caputo F. (2020). Post-marketing and clinical safety experience with sodium oxybate for the treatment of alcohol withdrawal syndrome and maintenance of abstinence in alcohol-dependent subjects. *Expert Opin Drug Saf.*, Feb., 19(2): 159-166.
8. 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.*, Nov., 84(11): 1353-7.
9. Caputo F., Skala K., Mirijello A. *et al.* (2014) Sodium oxybate in the treatment of alcohol withdrawal syndrome: a randomized double-blind comparative study versus oxazepam. The GATE 1 trial. *CNS Drugs*, 28: 743-752.
10. Felmler M.A., Morse B.L., Morris M.E. (2021).  $\gamma$ -Hydroxybutyric Acid: Pharmacokinetics, Pharmacodynamics, and Toxicology. *AAPS J.*, Jan 8, 23(1): 22.
11. Salomoni M., Missanelli A., Crescioli G., Lanzi C., Totti A., Losso L., Gitto S., Bonaiuti R., Vannacci A., Lombardi N., Mannaioni G. (2024). Real-world analysis on the use of gamma-hydroxybutyric acid for alcohol withdrawal syndrome in hospitalized patients with diagnosis of cirrhosis. *Intern Emerg Med.*, Sep 9.
12. Caputo F., Casabianca A., Brazzale C., Lungaro L., Costanzini A., Caio G., De Giorgio R., Testino G., Piscaglia F., Caraceni P. (2024). Use of sodium oxybate for the treatment of alcohol withdrawal syndrome in patients with acute alcohol-associated hepatitis: A 4-patient case report. *Medicine (Baltimore)*, Aug 2, 103(31), e39162.

# La modulazione tra remissione e recovery degli approcci terapeutici comunitari. Studio osservazionale retrospettivo su una popolazione femminile con disturbo di alcol (AUD)

L. Bruno, O. Angelini, M. Califano, T. Fontanella\*

Riportiamo in questo lavoro uno studio osservazionale prospettico su un gruppo di ospiti di sesso femminile della Comunità Incontro con diagnosi primaria di Disturbo da Uso di Alcol (AUD), finalizzato ad una ipotesi di lavoro verso la modulazione dei percorsi terapeutici tra remissione sintomatologica ed elementi del paradigma di personal recovery.

## Background

L'esponenziale incremento dei pattern problematici di assunzione di alcolici e la relativa elevazione della frequenza di conclamate condizioni cliniche di AUD, ha portato con sé il ridursi delle differenze fenomeniche in percentuali tra uomini e donne, a favore di queste ultime.

La comparsa di problematiche specifiche nel genere femminile, rimasto storicamente in ombra, a sua volta ha dato impulso ad approfondite indagini sui possibili meccanismi caratterizzanti nella popolazione femminile l'inizio, lo sviluppo e il mantenimento dell'AUD.

Elementi peculiari e costanti in evidenza, quali una maggiore velocità di progressione verso forme di dipendenza conclamate dopo l'esordio, dovuta ad una sensibilità elevata a dosi minori di alcolici rispetto alla popolazione maschile, maggiori episodi di ricaduta a seguito di eventi stressanti, rischio più elevato di complicanze mediche, prevalenza di disturbi dell'umore e ansia in comorbilità, maggiori resistenze ad iniziare percorsi trattamentali, sono state riportati dalle più recenti rassegne scientifiche.

Riteniamo che proprio le maggiori resistenze ai percorsi trattamentali riscontrate nella popolazione femminile confermino la presenza di importanti peculiarità di genere di tipo affettivo, familiare, di responsabilità genitoriali, di stigma e isolamento, che si aggiungono alle classiche variabili culturali, psicologiche e, in forma più generica, psicosociali.

Peculiarità che assumono quindi un ruolo decisamente primario nella evoluzione clinica e nella risposta ai trattamenti e che rendono il solo obiettivo della remissione, inteso di per sé come raggiungimento di una parziale o totale sobrietà, un risultato evidentemente limitativo.

Un approccio di lavoro non più basato unicamente su esiti di sobrietà ma anche su percorsi personali orientati al re-

cupero di un valido funzionamento esistenziale secondo un concetto paradigmatico come quello di personal recovery, appare presentarsi come strumento valido nel captare e affrontare le multidimensionalità dei singoli casi di AUD e le variabili evidenziate nei singoli percorsi nella popolazione femminile.

Applicato alle problematiche di AUD e intrecciandosi con il suo sviluppo nella salute mentale, il paradigma della personal recovery si è sviluppato a partire dai classici punti essenziali quali il recupero di connessioni, la speranza nel futuro, l'acquisizione di identità, il significato della vita e l'autopotenziamento, focalizzandosi su due metodologie distinte: una basata sull'astinenza e l'altra sul funzionamento esistenziale.

Nel 2007 il Betty Ford Institute Consensus Panel e la Conference Report del Center for Substance Abuse Treatment hanno proposto definizioni di recovery centrate essenzialmente sul raggiungimento e sul mantenimento nel tempo della sobrietà, posto come unico parametro a partire dal quale mantenere uno stile di vita sano, responsabile, adeguato.

Nel 2012 a cura del SAMHSA e nel 2019 nel Recovery Science Research Collaborative meeting sono state altresì proposte concettualizzazioni di recovery maggiormente estensive, orientate allo sviluppo di un processo, sia intenzionale che dinamico, focalizzato al potenziamento personale di uno stato di benessere e salute e al cambiamento delle prospettive di vita, del tutto anteposto alla richiesta di raggiungimento di una stabile sobrietà e che tiene in conto le peculiarità individuali.

## Obiettivi

La questione della prolungata e resistente cronicità clinica degli AUD ci pone interrogativi essenziali su come la multidimensionalità del paradigma della recovery, possa trovare o meno ampia applicazione nello sviluppo di approcci terapeutico-riabilitativi che vadano oltre il mandato prioritario della remissione sintomatologica, la conquista e il mantenimento di una adeguata sobrietà, per orientarsi al recupero di un valido funzionamento esistenziale e all'insieme dei processi di cambiamento personale, relazionale e sociale.

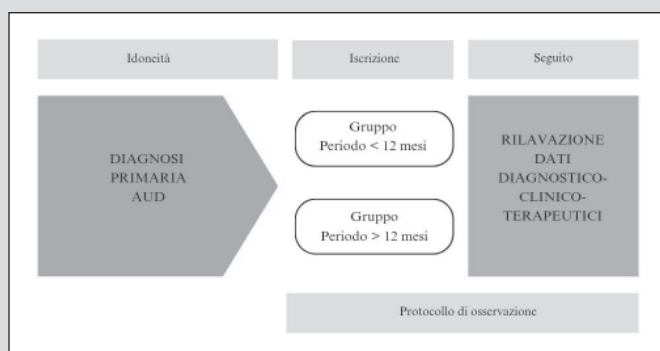
\* *Comunità Incontro, Amelia (Terni).*



Abbiamo quindi provato a valutare l'entità delle aspettative che si sono aperte intorno alle metodologie di recovery proposte, attraverso uno studio di osservazione retrospettivo in linea con la letteratura sull'argomento, applicato ai percorsi terapeutico-riabilitativi svolti da ospiti della Comunità Incontro, scelti in un campione tutto di sesso femminile e con prevalenza di diagnosi primaria di AUD.

Inoltre l'osservazione è stata ulteriormente focalizzata verso gli sviluppi possibili di un approccio multidimensionale centrato sulla persona cercando di ricavare dei parametri utili per una riflessione rispetto ai due paradigmi in discussione, remissione e recovery, collegandoli infine con le peculiarità di genere femminile nelle problematiche di AUD, come illustrato nella Fig. 1 di Study Design.

Fig. 1 - Study Design



## Metodo

Le ospiti della Comunità osservate, in numero di 36, con età media di 43 anni, hanno in comune la caratteristica di essere state inserite negli ultimi due anni sia in programmi individuali multidisciplinari attenti alle peculiarità cliniche e di genere, che in vari momenti all'interno di un lavoro psicoterapeutico strutturato di gruppo intensivo e continuativo orientato alle problematiche alcol correlate.

Per la valutazione della remissione nelle ospiti sottoposte ad osservazione sono stati di riferimento i criteri dell'ICD-11: l'osservazione si è svolta su ospiti situate in ambiente controllato, attraverso il puntuale monitoraggio diagnostico e clinico-terapeutico durante la permanenza in Comunità e dopo l'effettuazione di uscite autorizzate (verifiche, permessi e reinserimenti esterni).

Si è ritenuto come criterio valido l'essenziale raggiungimento di una remissione totale, senza la presenza di sintomatologia residua, sia iniziale (più di 1 mese ma meno di 12) che protratta (oltre i 12 mesi).

Per l'individuazione di possibili elementi indicativi di un percorso personale di recovery adeguati ad uno studio osservazionale nel contesto del programma comunitario sono stati valutati in successione dai più semplici ai più evoluti:

- Il superamento delle resistenze ad accettare la propria condizione di alcolismo, le sue conseguenze e il relativo programma riabilitativo nella sua centralità.
- Il raggiungimento di un'iniziale capacità di trascendere la propria problematica di dipendenza accettando di sostenere un ruolo attivo nella Comunità.

- L'apprezzare e sostenere il sentirsi libera da sintomi fisici e psichici ed il riuscire ad avere una reale capacità di sentirsi al sicuro in un luogo di cura senza proiezioni ambivalenti all'esterno.
- Il raggiungimento di una capacità di progredire non solo nei compiti del programma comunitario ma anche nella revisione della propria vita senza cadere in stati di stress marcato e/o ricadute.
- Lo sviluppare la forza di recuperare il proprio potenziale individuale per orientare la propria vita secondo quanto costruito nel percorso riabilitativo compiuto.

L'intero lavoro dell'équipe multidisciplinare viene puntualmente riportato nella piattaforma digitale di Gestione Regionale delle Dipendenze consentendo in tal modo la raccolta di dati completi e aggiornati sui percorsi comunitari individualizzati.

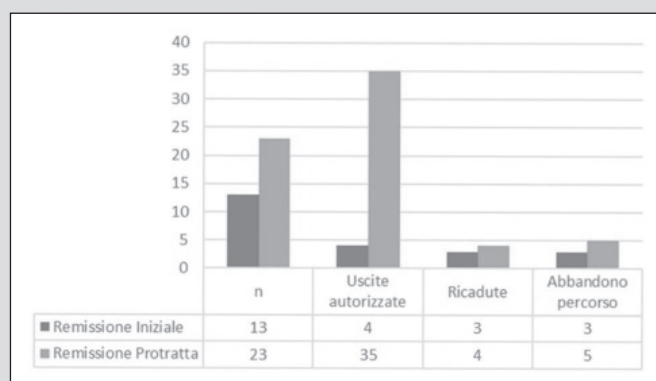
## Risultati

Attualmente entrambi gli approcci metodologici di recovery riportati appaiono, da un versante scientifico, limitati al solo porsi come orientamenti di campo in cerca di definitive validazioni formali, mentre, da un versante riabilitativo e terapeutico, sono ancora da sviluppare esperienze avanzate di ampio respiro e condivisibili tali da determinare una netta propensione per l'uno o l'altro.

Il nostro studio osservazionale, riportato nella Fig. 2 di Sintesi dei Risultati, supporta l'evidenza di una diretta corrispondenza clinica tra il mantenimento di una valida remissione e la programmazione di un trattamento comunitario sufficiente ad avviare un percorso costante di recovery, ma anche, nel contempo, che la sola remissione completa non è garanzia del compimento del percorso di recovery nella maggior parte o totalità degli elementi elencati nell'evoluzione del percorso comunitario.

Come osservato, non tutte le ospiti in remissione completa iniziale giungono a superare i 12 mesi di comunità: su 13 ospiti con meno di 12 mesi di comunità in numero di 3 sono ricadute e hanno abbandonato, mentre le ospiti invece che hanno raggiunto una remissione completa maggiore o uguale di 12 mesi hanno comunque interrotto il percorso, seppur in percentuale inferiore: su un totale di 23 ospiti in numero di 4 sono ricadute mentre sono in 5 ad avere abbandonato.

Fig. 2 - Sintesi dei risultati



Nello specifico della valutazione del percorso di recovery si è evidenziata la difficoltà delle ospiti a progredire nei passaggi evolutivi richiesti dal programma: coloro che hanno abbandonato entro i 12 mesi difficilmente hanno superato i primi due semplici passaggi, di accettazione della problematica e di ruolo attivo che trascenda la dipendenza, restando ferme a schemi ripetitivi e senza riuscire a potenziare le proprie capacità, mentre le ospiti che hanno superato i 12 mesi, pur raggiungendo il terzo elemento in successione del programma mostrando di sentirsi in ambiente sicuro nella comunità senza proiettarsi ambivalentemente verso l'esterno senza risorse, hanno mostrato evidenti difficoltà a progredire nel programma di cambiamento prive di stati di tensione, riuscendo al massimo a sostare a tratti in una dimensione di revisione della propria vita, con rischi reiterati di rotture del programma. Le cause principali delle difficoltà osservate nelle ospiti nel portare avanti un percorso di recovery avanzato riguardano in special modo le singole peculiarità individuali e sono apparse legate alla difficoltà di superare la dimensione dello stigma e alla difficile accettazione della propria condizione, alla riproposizione di traumi e sensi di colpa, al complesso confronto con il mondo esterno, con il timore della marginalità, alle problematiche di genitorialità o familiari.

## Conclusioni

La nostra osservazione prospettica induce a confermare il pensiero che la proposta di limitare il paradigma di recovery nelle condizioni di AUD al solo raggiungimento della remissione e sobrietà, comporta un fallimento delle possibilità di cogliere le multidimensionalità e peculiarità delle singole individualità, che nel caso peculiare della popolazione femminile, interessa anche aree complesse e traumatiche come lo stigma, il riuscire a rapportarsi con il mondo esterno, i sensi di colpa, la genitorialità, ognuna necessitante di un lavoro individualizzato complesso e non breve di tipo multidisciplinare.

Altresì focalizzare il lavoro terapeutico principalmente su un processo dinamico di acquisizione di forza individuale e di recupero di capacità sociali ed esistenziali, richiede approcci terapeutici totalmente centrati sulla persona, capacità individuali d'intenzionalità costante al proprio cambiamento e un'attenzione agli essenziali profili di supporto relazionali, economici, sociali e di educazione alimentare, a nostro avviso di improbabile riuscita senza l'acquisizione di una correlata remissione clinica totale protratta e una stabile sobrietà.

Ulteriori considerazioni in studi strutturati e validati da protocolli condivisi sono auspicabili per approfondire le osservazioni e valutazioni che emergono dai percorsi terapeutici irti di sfide cliniche e di difficoltà che la dimensione clinica di AUD presenta e che si associa ad enormi costi di salute psichica, fisica e socioeconomica.

## Riferimenti bibliografici

- Agabio R., Pisanu C., Gessa G.L., Franconi F. (2017). Sex difference in Alcohol Use Disorders. *Current Medical Chemistry*, 24: 1-10.
- Ashford R.D., Brown A., Brown T. *et al.* (2019). Defining and operationalizing the phenomena of recovery: a working definition from the Recovery Science Research Collaborative. *Addict Res Theory*, 27(3): 179-188.
- Best D., Beckwith M., Haslam C. *et al.* (2016). Overcoming alcohol and other drug addiction as a process of social identity transition: the social identity model of recovery (SIMOR). *Addict. Res. Theory*, 24 (2): 11-123.
- Betty Ford Institute Consensus panel (2007). What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *J. Subst Abuse Treatment*, 33(3): 221-228.
- Minero V.B., Best D., Brown L., Patton D., Vanderplasschen W. (2022). Differences in addiction and recovery gains according to gender-gender barriers and specific differences in overall strengths growth. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 17, 21.
- Substance Abuse and Mental Health Service Administration, Center for Substance Abuse Treatment, National Summit on Recovery: Conference Report, 2007.

Si ringrazia il Laboratorio Farmaceutico C.T. per il supporto alla realizzazione della newsletter.



# Eradicazione virus epatite C entro il 2030: quale sfida futura per i Ser.D.?

Maria Cevola\*, Antonella Falvo\*\*, Rosalba Gallo\*\*, Pietro Lucchino\*\*\*, Antonella Renda\*\*\*\*, Antonella Saladino\*, Giulia Audino\*\*\*\*\*

## SUMMARY

■ *Injecting drug users represent the largest reservoir of hepatitis C virus, with the prevalence in this subpopulation estimated to be between 30 and 60%.*

*This group is also a source of contagion, as it is estimated that a substance user can infect 20 other people within the first three years.*

*In order to expand as much as possible the population subject to screening within the Addiction Services, the Calabria Region proposes an evaluation of drug addicts, emphasizing the need to obtain reliable data on the share of injecting users and the extension of the program also to alcohol abusers and patients suffering from gambling disorder.*

*This project involves the use of staff already in Service, as they already know the setting and the users.*

*As part of the secondary prevention campaign, several phases are outlined:*

1. *Identify the screening target.*
2. *Offer of the screening test: acquisition of consent/dissent.*
3. *Test execution.*
4. *Follow up and post-test counselling.* ■

**Keywords:** *Hepatitis C virus, Ser.D., screening, counselling.*

**Parole chiave:** *Epatite C, Ser.D., screening, counselling.*

## Epidemiologia

L'infezione acuta iniziale da HCV è nella maggior parte dei casi, asintomatica e anitterica.

In coloro che manifestano clinicamente la malattia, l'esordio è insidioso con anoressia, nausea, vomito, febbre, dolori addominali e ittero.

Un decorso fulminante fatale si osserva assai raramente (0,1%), mentre un'elevata percentuale dei casi, stimata fino all'85%, andrà incontro a cronicizzazione.

Il 20-30% dei pazienti con epatite cronica C sviluppa, nell'arco di 10-20 anni, cirrosi e, in circa l'1-4%, successivo epatocarcinoma. Il periodo di incubazione va da 2 settimane a 6 mesi, per lo più compreso fra 6 e 9 settimane [1].

I dati aggiornati al 31 dicembre 2023 dell'Istituto Superiore di Sanità chiariscono informazioni epidemiologiche importanti relative all'incidenza di nuovi casi che risultano più frequenti tra gli uomini (72,5% dei casi) e nella fascia d'età 35-54 (52,4%) (Fig. 1) [1].

\* Infermiere, ASP di Catanzaro.

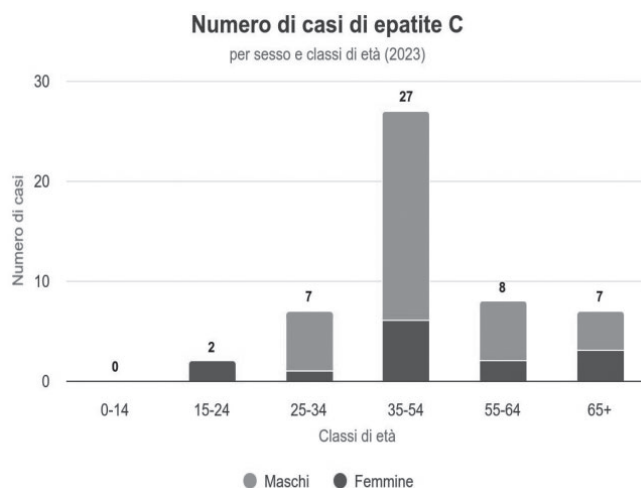
\*\* Dirigente medico, ASP di Catanzaro.

\*\*\* Coordinatore infermieristico, ASP di Catanzaro.

\*\*\*\* Assistente sociale, ASP di Catanzaro.

\*\*\*\*\* Direttore f.f. s.c. Ser.D. di Catanzaro, ASP di Catanzaro.

**Fig. 1 - Distribuzione per sesso ed età incidenza infezioni HCV (n. casi/100.000 ab)**



Dal report annuale, emerge anche una panoramica dei fattori di rischio per il contagio.

L'uso di droghe è stato registrato nel 27,1% del campione, il ricorso a trattamenti odontoiatrici nel 23,9%.

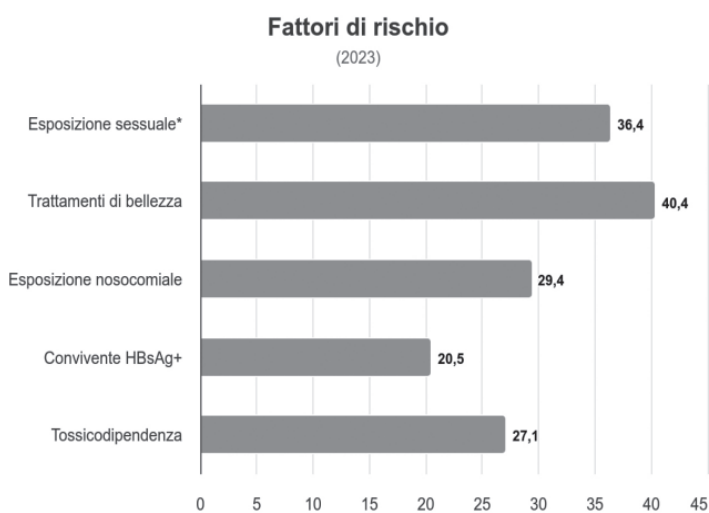
L'esposizione sessuale (partner sessuali multipli o mancato uso del profilattico in corso di rapporti occasionali) si osserva in 16 soggetti fra quelli con età > 15 anni.



I casi in soggetti conviventi con portatori cronici di epatite C sono stati 8 nel 2023, in aumento rispetto all'anno precedente.

Il fattore di rischio di maggiore importanza è stato il ricorso a trattamenti estetici (manicure/pedicure, piercing e tatuaggi), riportato dal 40,4% dei casi, che ha superato per la prima volta negli ultimi anni l'esposizione nosocomiale (29,4%) che rappresentava negli anni scorsi il principale fattore di rischio (Fig. 2).

Fig. 2 - Fattori di rischio [2]



Sebbene non sia rilevabile con precisione la prevalenza dell'infezione da HCV nella popolazione generale italiana, si stimano circa 280 mila persone infette da epatite C, asintomatiche e pertanto non diagnosticate.

Uno screening allargato della popolazione generale sull'epatite C porterebbe a una riduzione a 10 anni di circa 5600 decessi, 3500 epatocarcinomi e/o oltre 3000 scompensi epatici, rispetto a uno screening meno efficiente o semplicemente a una diagnosi tardiva [2].

È noto che la diffusione del virus sia maggior nel meridione e nelle isole.

Le popolazioni serbatoio dell'infezione sono rappresentate da migranti, detenuti, tossicodipendenti e persone con elevata promiscuità sessuale [3].

Risulta inoltre che l'Italia è il Paese europeo con la maggiore mortalità HCV correlata [4].

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2016 ha fissato al 2030 il termine per l'eradicazione del virus dell'epatite C.

Non disponendo ad oggi di strumenti di copertura vaccinale, ma solo di misure igieniche atte a prevenire in prima istanza la diffusione di questo patogeno, risulta evidente la necessità di sforzi sempre maggiori per la prevenzione secondaria, che vedono coinvolti tra gli altri anche i Servizi per le Dipendenze (Ser.D.).

La Regione Calabria, tramite il DCA n. 275 del 10/11/2023 [5] recependo l'intento dell'OMS e il DDL 718/2023, ha approvato un protocollo operativo di screening dell'epatite C, atto a favorire l'eradicazione del virus, proponendo la prevenzione secondaria nella popolazione generale, la popolazione detenuta e la popolazione afferente ai Ser.D.

## Lo screening nei Servizi per le dipendenze

Gli assuntori di sostanze stupefacenti per via iniettiva rappresentano il maggior serbatoio del virus essendo la prevalenza in questa sottopopolazione stimata tra il 30 ed il 60%.

Questo gruppo rappresenta altresì fonte di contagio, essendo stimato che un consumatore di sostanze può infettare entro i primi tre anni almeno altre 20 persone.

Al fine di ampliare il più possibile la popolazione soggetta a screening all'interno dei Servizi per le dipendenze, la Regione Calabria propone una valutazione dei soggetti tossicodipendenti, rimarcando la necessità di ottenere un dato attendibile della quota di utilizzatori per via parenterale e l'estensione del programma anche agli abusatori di sostanze alcoliche e ai pazienti affetti da disturbo da gioco d'azzardo.

Tralasciando gli aspetti più squisitamente organizzativi ed istituzionali, il progetto prevede per la sua realizzazione l'impiego del personale già in servizio, poiché già conoscitore del setting e dell'utenza. Nell'ambito della campagna di prevenzione secondaria, si delineano diverse fasi:

1. Identificare il target dello screening
2. Offerta del test di screening: acquisizione consenso/dissenso
3. Esecuzione del test
4. Follow up e counselling post-test

### 1. Identificare il target dello screening

Nell'ambito della campagna di screening dovranno essere esclusi i pazienti che abbiano un'infezione in atto nota, o che siano in cura o che abbiano effettuato test virologici per HCV negli ultimi 12 mesi.

Nella restante popolazione afferente al Ser.D. sarà necessario proporre lo screening, eventualmente tramite chiamata attiva.

Sarà utile prevedere un counselling pre-test, sebbene non espressamente richiesto.

### 2. Offerta del test di screening: acquisizione consenso/dissenso.

Nell'offrire il test di screening, sarà utile ottenere il consenso o il diniego all'esecuzione del test, come da modulo allegato.

Si richiede nell'ambito della campagna di screening di precisare il numero di dinieghi e le motivazioni.

Di seguito si riporta modulo per il consenso e il diniego riformulato secondo le peculiarità del Ser.D. di Catanzaro, in corso di approvazione (Fig. 3), da corredare a specifica informativa (Fig. 4).

### 3. Esecuzione del test

Nell'ambito della campagna di screening proposta dalla Regione Calabria, sono previste due modalità di test, ossia quello capillare rapido seguito da conferma successiva del HCV RNA nel caso di risultato positivo, e quello sierologico su sangue venoso che prevede una prima ricerca di anticorpi anti-HCV e in caso positivo *reflex testing* ossia ricerca sul medesimo campione di HCV-RNA o di antigene HCV.


Nella popolazione afferente ai Ser.D. si dovrebbe privilegiare il test su prelievo venoso ematico.

### 4. Follow up e counselling post-test (Fig. 5)

In caso di esito negativo, verrà registrato il risultato e non sarà necessario proseguire con ulteriori approfondimenti, eccetto la ripetizione del test di screening dopo 12 mesi.

In caso di positività ai test, è preferibile proseguire il percorso diagnostico presso il Ser.D. ove attrezzato per ecografia addo-


Fig. 3 - Modulo per espressione consenso/dissenso modificato, in fase di approvazione



**S**ERVIZIO  
**S**ANITARIO  
**R**EGIONALE  
Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CATANZARO**

**S.C. Serd.D. – Catanzaro – Lamezia – Soverato -**  
*Direttore f.f.: Dott.ssa M.GIULIA AUDINO*



REGIONE CALABRIA

Il /La sottoscritto/a-----

Nato /a a----- (-----)

Il -----/-----/-----C.F.-----

Residente a ----- (-----)

In via/viale/Piazza-----N°.....CAP-----

Tel.-----mail-----

**DICHIARA**

- Di essere stato informato delle motivazioni per le quali il test è proposto, ai sensi dell'art.25-sexies del D.L. 30 dicembre, n° 162 e ss.mm.ii.
- Di aver ricevuto tutte le informazioni riferibili al programma di screening da parte degli operatori sanitari dedicati all'effettuazione del test;
- Di voler
  - **AUTORIZZARE**, fornendo il proprio consenso
  - **NON ATORIZZARE**, negando il proprio consenso
 l'azienda ASP di Catanzaro ad eseguire lo screening per HCV, attraverso l'esecuzione

di : prelievo venoso per la ricerca sierologica degli anticorpi anti-HCV (HCV-Ab).

In caso di positività al test, sullo stesso campione il laboratorio effettuerà la ricerca della presenza del virus attraverso la quantificazione dell' RNA virale (reflex testing);

Il campione ematico potrà essere conservato fino ad un massimo di 5 anni per fini di Ricerca, nel rispetto della normativa vigente;

- Di comprendere a pieno le conseguenze dell'eventuale rifiuto di sottoporsi al test, esonerando completamente il personale sanitario e l'ASP di Catanzaro da qualsiasi responsabilità.

Luogo e data
Firma

-----

Dal colloquio avuto, il soggetto ha ricevuto tutte le informazioni necessarie, avvalendosi del modulo di informativa ed ha espresso liberamente la sua scelta.

**IL MEDICO** (timbro e firma):-----

minale completa e consulenza di un medico specialista; nel caso di impossibilità ad attuare questo approccio definibile come *test and treat*, il paziente andrà inviato a strutture dedicate dell'ASP territorialmente competente.

Si precisa che dal progetto in essere, non è prevista la prescrivibilità dei farmaci anti virali ad azione diretta (DAA) attuale *gold standard* nel trattamento eradicante, in alcun Ser.D. del territorio regionale.

Attualmente quindi il follow-up clinico è appannaggio delle strutture territoriali specialistiche.

Importante invece all'interno dello stesso Servizio per le dipendenze il counseling post test, eventualmente coinvolgente anche la figura dello psicologo oltre che del medico per sensibilizzare il paziente sulla necessità di afferire alle strutture competenti e conoscere l'importanza delle norme igieniche atte a prevenire contagi all'interno del medesimo nucleo familiare.

## Risultati

I Servizi per le dipendenze storicamente presentano una particolare attenzione all'infezione da HCV e patologie correlate.

Dal novembre 2024 nell'ambito della realtà del Ser.D. di Lamezia, subarticolazione della S.S. U.O.C. Ser.D. di Catanzaro, è stato ripreso il servizio prelievi per test sierologici per virus epatici e, previo esplicito consenso, di HIV-1 e 2.


Attraverso questo lavoro è stato possibile rilevare una serie di dati, seppur preliminari.

Su una popolazione di 75 utenti, 60 persone hanno aderito.

Per tre persone non è stato possibile reperire accesso venoso.

È stata rilevata una maggiore prevalenza di positività agli Ab anti HCV nel sesso maschile (sul totale di 15 pazienti positivi ad Ab anti HCV, 1 sola è donna) e di poco superiore al 25% del totale degli esaminati (15 pazienti positivi su 57 esaminati).

Fig. 4 - Informativa a corredo del modulo di consenso o diniego (da [www.regione.calabria.it/](http://www.regione.calabria.it/))

  
**REGIONE CALABRIA**

**INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
resa all'interessato ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 – Sistema di raccolta dati Screening HCV

In armonia con quanto previsto dal Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679, dal D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e dal D.lgs. 10 agosto 2018, n. 101 (rispettivamente "GDPR" e "Codice Privacy"), il cui obiettivo è quello di proteggere i diritti e le libertà fondamentali delle persone fisiche, in particolare il diritto alla protezione dei dati personali, è necessario che Lei prenda visione di una serie di informazioni che La possono aiutare a comprendere le motivazioni per le quali verranno trattati i Suoi dati personali, spiegandole quali sono i Suoi diritti e come essi potranno essere esercitati.

**1. Finalità del trattamento dei dati personali**

La presente informativa è resa a coloro che intendono sottoporsi al test gratuito di screening per HCV e che accettano l'inserimento dei dati sulla piattaforma Regionale dedicata al monitoraggio della campagna di screening e, qualora risultassero positivi al test di primo livello, alla comunicazione dei dati al centro specialistico. La campagna è finalizzata al raggiungimento degli obiettivi indicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e recepiti a livello italiano dal Ministero della Salute mediante decreto-legge nel quale la Regione e le Province Autonome sono indicate quali soggetti attuatori.

I suoi dati personali verranno raccolti dalle ASP e dai Laboratori pubblici ed accreditati, quali titolari autonomi del trattamento, che agiscono in qualità di soggetti deputati all'esecuzione delle attività di screening.

I dati personali a Lei riferibili (in seguito "Dati") raccolti ed utilizzati in questo contesto saranno:

- Dati anagrafici (nome, cognome, sesso, data e luogo di nascita, codice fiscale o codice STP);
- Dati di contatto (numero di telefono e indirizzo e-mail, residenza e domicilio);
- Dati particolari riferiti alla campagna di screening (eleggibilità, data di contatto, data di esecuzione del test e tipologia, data di disponibilità del risultato, esito);
- Dati particolari riferiti al percorso di presa in carico da parte del centro specialistico (data di contatto per lo screening di secondo livello, accettazione del percorso di presa in carico, idoneità a sottoporsi alla terapia eradicante e relativo esito), *utilizzati solo in caso di esito del test positivo*.

I suoi dati, di cui ai punti a), b), c) saranno trattati al fine di consentire il monitoraggio da parte della Regione Calabria dell'avanzamento del programma regionale di screening e per estrarre dei report di sintesi aggregati ed anonimi, ovvero per calcolare indicatori statistici conformi alle indicazioni ministeriali (senza alcun trasferimento di dati personali). Nel caso in cui l'esito del test fosse negativo, tutti i suoi dati verranno cancellati al termine della campagna di screening.

I suoi dati, di cui al punto d) saranno trattati al fine di consentire l'effettuazione dello screening di secondo livello e l'eventuale successiva presa in carico assistenziale offerta dai centri specialistici individuati dalla Regione Calabria.

La partecipazione alla campagna di screening ed il conferimento dei Dati su elencati avvengono su base esclusivamente volontaria.

I Suoi dati personali verranno trattati dal Titolare per le finalità di cui sopra, ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. a) e dell'art. 9, par. 2, lett. a) "l'interessato ha prestato il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche" del GDPR. Le finalità di trattamento dei Dati e la relativa condizione di liceità sono legate all'assolvimento degli adempimenti che sono stati assegnati a Regione Calabria all'interno del programma di screening nazionale HCV.

**2. Modalità di trattamento dei dati**

Il trattamento sarà effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, in conformità ai principi di necessità e minimizzazione ai sensi dell'art. 5, par. 1, lett. c) del GDPR, e così per il solo tempo strettamente richiesto per il conseguimento delle finalità perseguite. Il Titolare del trattamento adotta misure tecniche e organizzative adeguate a garantire un livello di sicurezza idoneo rispetto alla tipologia di dati trattati.

**3. Titolare del trattamento dei dati**

Titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 4, par. 7 del GDPR è Regione Calabria (P. IVA 02205340793), con sede centrale in Cittadella Regionale – Viale Europa, Località Germaneto - 88100 Catanzaro (CZ), Italia (in seguito "Regione Calabria" o il "Titolare").

**4. Responsabile della Protezione dei dati (RPD)**

Il Responsabile della Protezione dei dati (RPD) di Regione Calabria è l'Avv. Angela Stellato e può essere contattato via PEC scrivendo a: [rdp@pec.regione.calabria.it](mailto:rdp@pec.regione.calabria.it).

**5. Comunicazione e diffusione dei dati personali**

I suoi dati saranno trattati esclusivamente dal titolare del trattamento, dai responsabili nominati e dalla sua ASP di riferimento, nonché da eventuali fornitori appostamente nominati, nonché dal relativo personale appostamente istruito al trattamento ed alla protezione dei dati al fine di assicurare il medesimo livello di sicurezza offerto dal titolare.

I suoi dati personali non saranno mai comunicati a terzi, se non appostamente disposto da obblighi di legge. Regione Calabria elaborerà e condividerà esclusivamente indicatori statistici (previa anonimizzazione e successiva aggregazione) di avanzamento della campagna di screening con il Ministero della salute per adempiere ai propri obblighi di legge.

I dati non saranno in alcun modo diffusi a soggetti terzi.

**6. Trasferimento dei dati personali verso Paesi non appartenenti all'Unione Europea**

I dati raccolti ed elaborati non sono trasferiti presso società o altri enti al di fuori del territorio comunitario.

**7. Tempi di conservazione dei dati**

La informiamo che i suoi dati personali verranno conservati, in conformità con i principi di necessità e finalità del trattamento, solo ed esclusivamente per il periodo di:

- Dodici mesi dall'avvio del programma di screening;
- I dati di sintesi, anonimizzati ed aggregati, verranno conservati per ulteriori sei mesi per garantire eventuali approfondimenti;
- I dati di cui al punto 1 lettera d), laddove risulterà positivo al test di screening e liberamente deciderà di proseguire con il percorso assistenziale, saranno conservati fino al termine del periodo di presa in carico da parte del centro specialistico di riferimento.

Infine, i suoi dati personali verranno conservati per la sola durata della sperimentazione al fine di garantire la verifica delle informazioni statistiche (opportunosamente aggregate e completamente anonimizzate) per il calcolo degli indicatori di avanzamento della campagna di screening richiesti dal Ministero della Salute, nonché per garantire alle autorità sanitarie la correttezza della valutazione clinica del programma.

**8. Diritti dell'interessato**

Ai sensi degli artt. 15-22 del GDPR, potrà far valere i seguenti diritti:

- diritto di accesso ai dati, formulando opportuna richiesta delle seguenti informazioni: finalità e modalità del trattamento; categorie di dati personali in questione; destinatari o categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati; periodo di conservazione dei dati; logica applicata al trattamento; estremi identificativi del titolare e dei responsabili;
- diritto di richiedere la rettifica ovvero l'integrazione dei dati;
- diritto di richiedere la cancellazione (nei casi previsti dal Regolamento), la trasformazione in forma anonima dei dati ed il blocco dei dati se trattati in violazione di legge, fatti salvi tutti gli obblighi di conservazione imposti dalla legge;
- diritto di richiedere la portabilità dei dati trattati;
- diritto di richiedere la limitazione del trattamento (nei casi previsti dal Regolamento).

Lei avrà inoltre il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso antecedente alla revoca.

Lei avrà inoltre il diritto di proporre reclamo ad un'Autorità di controllo.

Eventuali richieste per l'esercizio dei suoi diritti dovranno essere inviate all'attenzione del Dipartimento competente: Tutela della Salute e Servizi Socio-Sanitari all'indirizzo PEC: [dipartimento.tutela.salute@pec.regione.calabria.it](mailto:dipartimento.tutela.salute@pec.regione.calabria.it) o a mezzo posta raccomandata all'indirizzo: Cittadella Regionale, Località Germaneto, 88100 – Catanzaro (CZ).

**PRESA VISIONE**

Dichiaro di aver letto l'informativa privacy e presto liberamente e consapevolmente il consenso al trattamento dei dati per l'inserimento degli stessi all'interno della piattaforma regionale dedicata al monitoraggio della campagna di screening.

**Luogo e data** **Firma**

Dei 15 pazienti risultati positivi, solo 2 non usavano sostanze psicotrope per via endovenosa; la totalità dei pazienti positivi hanno fatto o fanno uso di eroina e sono trattati attualmente o sono stati trattati con terapia sostitutiva di tipo metadonico (classico o in formulazione racemica) o con Buprenorfina/Naloxone. Per i pazienti positivi è stato previsto il percorso con modalità *fast-track* per la presa in carico da parte del servizio territoriale competente per l'approfondimento diagnostico attraverso rilevazione HCV-RNA, Fibro-Scan ed ecografia addome superiore ed eventuale trattamento farmacologico.

## Conclusioni

Da quanto esposto risulta chiaro come i Ser.D. possano svolgere un ruolo centrale nello screening dell'infezione da HCV, sensibilizzare i pazienti alla problematica e favorire un più semplice accesso alle cure, motivandone l'aderenza che risulta ancora deficitaria, a parità di accessibilità, in questa sottopopolazione di cui ci occupiamo quotidianamente [6]. Queste sfide ed obiettivi sono in parte già chiariti operativamente nel protocollo che i Ser.D. della nostra regione recepiscono. Anche se la sfida è ardua, in futuro è auspicabile che i Servizi per le dipendenze diventino dei "Point of care", ossia che

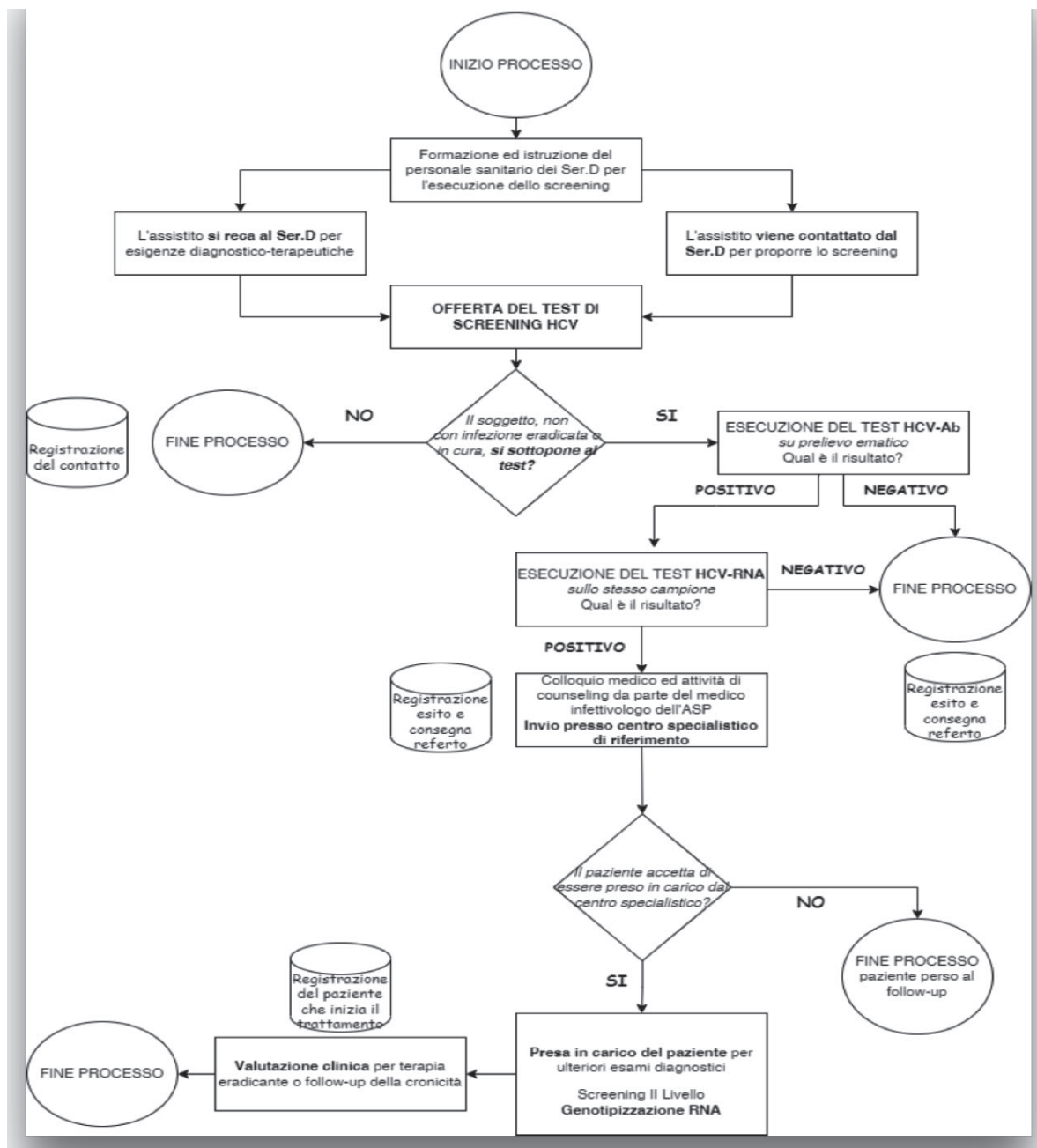
si possa presso questi attuare una presa in carico anche della patologia epatica HCV correlata, e pensare alla possibile estensione dello screening ai familiari, specie quelli che non appartengono ad oggi alla fascia d'età coinvolta nello screening per la popolazione generale, ossia nati tra il 1969 e il 1989.

## Riferimenti bibliografici e sitografia

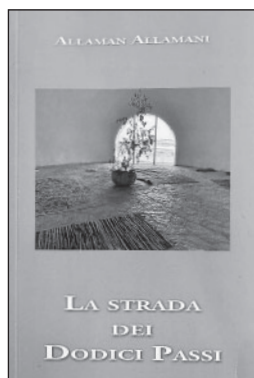
- Da sito internet ISS, [www.epicentro.iss.it/epatite/epatite-c](http://www.epicentro.iss.it/epatite/epatite-c).
- Da [www.epicentro.iss.it/epatite/aggiornamenti](http://www.epicentro.iss.it/epatite/aggiornamenti).
- Nelson P.K., Mathers B. M., Cowie B., Hagan H., Des Jarlais D., Horyniak D., Degenhardt L. (2011). Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet*, 378(9791): 571-83. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61097-0.
- Da [www.eunews.it/2019/07/26/italia-primo-paese-ue-morti-epatite-c-andriukaitis-piu-prevenzione/#](http://www.eunews.it/2019/07/26/italia-primo-paese-ue-morti-epatite-c-andriukaitis-piu-prevenzione/#).
- Da [www.regione.calabria.it/wp-content/uploads/2023/11/protocollo-operativo-screening-per-l-eliminazione-del-virus-dell-epatite-c-\(hcv\)-nella-regione-calabria-1.pdf](http://www.regione.calabria.it/wp-content/uploads/2023/11/protocollo-operativo-screening-per-l-eliminazione-del-virus-dell-epatite-c-(hcv)-nella-regione-calabria-1.pdf).
- Frankova S., Jandova Z., Jinochova G., Kreidlova M., Merta D., Sperl J. (2021). Therapy of chronic hepatitis C in people who inject drugs: focus on adherence. *Harm Reduct J*, 18: 69. Text available at the website: <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00519-y>.



Fig. 5 - Flow-chart percorso di screening all'interno dei Ser.D (da "Screening per l'eliminazione del virus dell'epatite C (HCV) nella Regione Calabria - Protocollo operativo", www. regione.calabria.it)



## RECENSIONE



Allaman Allamani  
**LA STRADA DEI DODICI PASSI**  
 pp. 256  
 Euro: 12,00  
 Editore: La parola per strada

Allaman Allamani, medico psichiatra e noto alcolologo fiorentino, già coordinatore del Centro Alcolologico della ASL di Firenze, da sempre si occupa di studiare e seguire l'evolversi della esperienza di Alcolisti Anonimi.

In questo testo del 2024 delle Edizioni "La parola per strada" illustra il percorso dei "Dodici passi", programma utile per chi ha problemi di alcolismo, ma anche per altre tossicodipendenze, disturbo da gioco d'azzardo, disturbi del comportamento alimentare, ed altre situazioni di addiction.

Il sottotitolo del volume "Un programma e un cammino per una ricerca di senso" chiarisce il contenuto del metodo presentato. Il testo si avvale di molte collaborazioni con varie prospettive, e di persone aderenti alle associazioni dei dodici passi.

Non mancano contatti utili per intervenire nelle varie forme che le dipendenze assumono. (AL)

# C.A.V.E.A.T. Coils Achieve Value (to the extent that they) Embrace Addi(c)tional Treatments

Fulvio Fantozzi\*<sup>o</sup>

## Introduzione

Prendersi cura di persone dipendenti da Alcol e altre Droghie significa definire e mettere in atto programmi trattamenti "comprehensive" (che vuol dire integrati/multidisciplinari e non "comprensivi"! ) che tipicamente comprendono detossificazione medica, e inoltre sostegno o terapia psicologica, supporto ai familiari e inoltre gruppi di mutuo aiuto.

Questo metodo è stato riconosciuto come il migliore laddove l'obiettivo dei Servizi pubblici e dei professionisti privati è il miglioramento della qualità della vita di pazienti e loro famiglie [1, 2].

Anche i Centri r-TMS che prendono in carico pazienti dipendenti dovrebbero uniformarsi a tale principio strategico e cominciare già prima del trattamento a pensare e ad attuare valutazioni diagnostiche e piani di trattamento siffatti durante e dopo la r-TMS.

## Un'esperienza clinica "comprensiva"

In un caso clinico di dipendenza da cocaina, cannabinoidi e nicotina è stato possibile erogare un trattamento multidimensionale privato durato nel complesso 2 anni e mirato alla dipendenza da cocaina, assunta per via nasale.

Esso ha visto un'assidua collaborazione bidirezionale tra lo scrivente nel ruolo di inviante e di co-curante e la psicoterapeuta di un Centro r-TMS privato lungo tutto l'arco temporale del trattamento, conclusosi pochi mesi fa per quanto riguarda la parte medica.

L'intervento medico in parola è consistito anche in ripetuti controlli tossicologici delle matrici urinaria e da ultimo chetatinica per cocaina e suoi metaboliti.

Tale collaborazione ha richiesto tempo ed energie suppletive ed è stata, oltre che ovviamente consentita dal paziente, da lui salutata con piacere.

Il paziente oggi mantiene una condizione di remissione prolungata, sebbene parziale nel senso che sono stati registrati e peraltro dal paziente stesso ammessi n. 4 lapses, non complicati, in cocaina inalata nell'arco dei due anni di trattamento a fronte di un drammatico miglioramento della sua Quality of Life (QoL).

\* Medico addittologo, Reggio Emilia.

<sup>o</sup> Addittologo è quel medico che si specializza nel garantire cure mediche appropriate a chiunque abbia un disturbo da uso di sostanze.

## Conclusioni

Dovrebbe essere previsto ed interiorizzato come regola di buona pratica professionale che i professionisti che progettano, realizzano e curano l'invio di propri pazienti dipendenti a Centri privati o pubblici r-TMS incontrino in detti Centri loro colleghi soprattutto medici e psicologi tanto "disponibili a" quanto "capaci di" dialogare costantemente per discutere nell'ottica multidisciplinare l'andamento clinico del loro comune paziente.

Gli inviati dovrebbero altresì avere l'opportunità di concorrere/partecipare alla cura - r-TMS pur "rimanendo al loro posto" in senso figurato.

In senso non figurato "il loro posto" è evidentemente il territorio da cui il paziente proviene e nel quale tornerà nell'aftercare.

Tale compartecipazione può avvenire facilmente se eseguita da operatori del territorio esperti in Clinica delle Dipendenze e abituati a prassi come i colloqui cadenzati di verifica durante i permessi di ricasare ed i contestuali auspicabili controlli tossicologici urinari necessari a documentare l'allegata remissione; o, in caso di ripresa dell'uso, a interpretarla e qualificarla, in accordo col Centro r-TMS, come *relapse* o invece come mero *lapse*.

Grande attenzione infine dovrebbe essere data alla progettazione dell'aftercare stabilendo in tempo utile e dunque non certo alla vigilia della dimissione, un dialogo *ad hoc* tra il Centro e chi si prenderà poi cura del paziente una volta dimesso.

## Messaggio da portare a casa (Se CAVEAT è troppo forte!)

Tutto quanto sopra è *liaison*; e la *liaison* è fondamentale nella cura dei disturbi mentali *lato sensu* e dunque anche in Addittologia (1, 2).

Ed è fondamentale ovunque ci si trovi ad operare, e pertanto anche nei Centri r-TMS.

## Bibliografia

1. Galanter M., Kleber H. (1998). *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*. Milano: Masson.
2. Fantozzi F. (2014). Non solo SERT. *Mission*, 41.

# Master Under 40 e Nuovi Assunti. Analisi del questionario post corso (edizione 2023)

a cura di Edoardo Cozzolino\*

## Premessa

Sappiamo bene come, a partire dall'epidemia di SARS-CoV-2, si siano fortemente implementati la formazione e l'aggiornamento su piattaforma informatica.

Questo ha interessato anche la nostra Società Scientifica FeDerSerD.

Un effetto correlato è stata la puntuale raccolta dei dati relativi ai soggetti iscritti ai vari eventi, che ha permesso di evidenziare un fatto assolutamente nuovo, almeno per l'epoca; infatti si è potuto rilevare che, al 31 dicembre 2021, il totale degli iscritti alla nostra piattaforma formativa, con un'età inferiore ai 40 anni, era pari a 1609, su 4542 utenti singoli complessivi.

Si trattava quindi del 35,42% della intera platea.

Vale la pena di ricordare che una Survey del 2021, realizzata in collaborazione tra FeDerSerD e CeRCo [1], ha rilevato che, tra i professionisti Ser.D. intervistati, quelli con età inferiore o uguale ai 40 anni risultavano essere il 3,60%, il 34% risultava avere più di 60 anni e la fascia d'età 51-60 assorbiva da sola il 46,8% dei professionisti.

Questi dati descrivevano la ben nota situazione di un gruppo professionale con scarsissimo ricambio, in progressivo invecchiamento.

Naturalmente non possiamo presupporre che le iscrizioni alla nostra formazione siano statisticamente rappresentative della composizione professionale delle équipes, ma non abbiamo neppure evidenze che suggeriscano una "demotivazione" alla formazione dei professionisti più anziani; sicuramente questo è un aspetto che necessita di ulteriori approfondimenti, ma altrettanto sicuramente lo scenario dei Servizi si era ormai modificato: il numero di soggetti "giovani" o di recente assegnazione al settore delle Dipendenze non era più residuale rispetto al passato, anche recente.

Questa informazione ci ha motivato ulteriormente ad approfondire e finalizzare una riflessione che già stavamo elaborando nell'Ufficio di Direzione di FeDerSerD: allargare lo sguardo rispetto alla responsabilità della nostra Società Scientifica in ambito formativo.

Non si trattava più solo di curare una formazione sempre più specialistica, focalizzata su specifici argomenti e rivolta a professionisti già dotati di una consolidata formazione di base e di secondo livello, bensì di assumere un ruolo rispetto all'esigenza di colmare il bisogno formativo di professionisti che accedevano per la prima volta ai Servizi per le Dipendenze, vuoi perché di prima assunzione, vuoi perché, pur essendo assunti da diversi anni, si erano trasferiti da poco tempo nel sistema delle Dipendenze.

Un ulteriore rinforzo in questa direzione è stato anche dato dai commenti e dalle considerazioni fatte dai partecipanti ai nostri webinar; all'interno di un apprezzamento molto elevato, sono state tante le richieste di approfondire i diversi argomenti "partendo dall'inizio", quindi con una strutturazione maggiormente didattica.

Queste considerazioni hanno fatto sì che il nostro Ufficio di Direzione decidesse d'inaugurare un Corso di Formazione per professionisti Under 40 e neo-assunti nel sistema delle Dipendenze.

I professionisti potenzialmente interessati al Corso sono stati consultati con un questionario che, attraverso domande mirate, ha permesso di definire meglio questa popolazione e le sue attese rispetto alla formazione professionale.

Il corso, all'inizio strutturato per un totale di 32 ore in 8 giornate, ha raggiunto le 48 ore in 12 giornate nella sua terza edizione del 2024.

L'idea di base è che l'insieme delle attività formative annuali vada visto come un'entità articolata e coerente, tale da poter costituire quel complesso di formazione che abbiamo denominato "Scuola Superiore di Formazione Rita Levi Montalcini" [2], consci dell'esigenza ormai indifferibile di fornire ai Colleghi la formazione che non è ancora reperibile a livello universitario.

L'attività formativa si corrobora e si potenzia con le ulteriori attività seminariali e congressuali che fanno parte del Piano Formativo FeDerSerD; Piano che è studiato proprio pensando a fornire la miglior sinergia possibile tra i singoli webinar, i Congressi Regionali e il Corso Under 40 stesso.

La prima edizione del Corso si è svolta tra ottobre e dicembre 2022; indubbiamente abbiamo ricevuto la conferma di aver intuito e risposto a una forte esigenza sotterranea di formazione, le richieste d'iscrizione sono state enormemente superiori a quanto atteso: le iscrizioni previste in 70 furono allargate a 130 visto che le richieste pervenute erano 230 complessive; numero che di fatto saturava già anche l'edizione prevista per il 2023.

Le richieste si sono mantenute elevate anche successivamente e, per questo, il numero degli iscritti all'edizione 2024 è stata di 150. Fondamentale è monitorare il gradimento di chi ha frequentato il Corso per raccogliere opinioni e suggerimenti e mantenere questa formazione sempre aderente alle aspettative dei partecipanti.

Per tale ragione è stato elaborato un questionario post-Corso di cui vi presentiamo gli esiti riferiti all'edizione 2023.

## Le risposte al questionario post-corso

Siamo alla seconda proposta di questionario per i partecipanti al Master Under 40 e nuovi assunti.

Abbiamo mantenuto lo stesso set di domande e questo ci permette anche di fare qualche confronto tra le risposte ottenute dopo la seconda edizione.

Sulle 150 persone che hanno partecipato alla formazione del 2023, 114 hanno risposto al questionario suddivise in 100 femmine e 14 maschi.

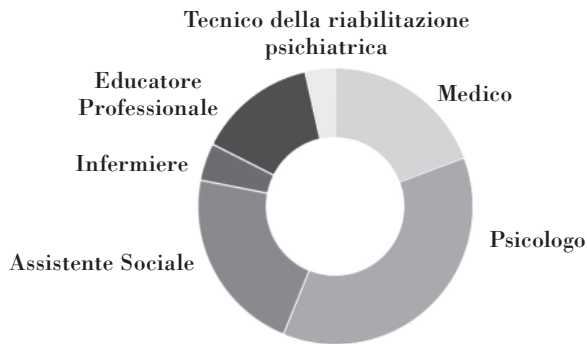
Il tempo necessario per compilare il form si è collocato tra 1 e 10 minuti nella quasi totalità dei casi (94,7%).

## Professione e specializzazione

114 risposte, non risposto zero, scelta singola.

\* Medico, Formatore, Ufficio di direzione nazionale di FeDerSerD, Milano.





Risposta	Risposte	Rapporto
Medico	22	19,3%
Psicologo	42	36,8%
Assistente Sociale	25	21,9%
Infermiere	5	4,4%
Educatore Professionale	16	14,0%
Tecnico della riabilitazione psichiatrica	4	3,5%
Altro...	0	0,0%

Il gruppo professionale più numeroso è risultato quello degli Psicologi (42) seguito da Ass. Sociali (25), Medici (22), Educatori Prof. (16), infermieri (5) e TERP (4).

Tutti i Medici sono specialisti o in corso di specializzazione; in particolare i Medici specialisti in Psichiatria sono 9, in Farmacologia e Tossicologia Clinica 4, in Psicologia Clinica 3, in Medicina d'Urgenza 2.

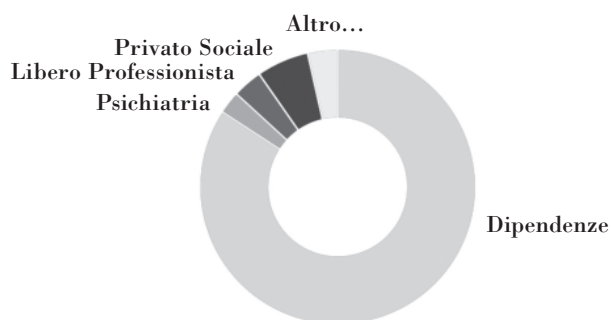
Bassissimo è il numero di Internisti (1), crescente è l'interesse per il settore delle Dipendenze tra i colleghi Psichiatri.

Considerando l'impronta multidisciplinare dei nostri Servizi, riteniamo sia molto utile e importante cercare di salvaguardare il maggior equilibrio possibile tra l'area psichiatrica, quella internistica e quella farmacologica-tossicologica.

Gli Psicologi specialisti in Psicoterapia sono 37, quelli in Psicologia Clinica 4, uno psicologo non è ancora specialista.

## Servizio di appartenenza

114 risposte, non risposto zero, scelta singola.



Risposta	Risposte	Rapporto
Dipendenze	96	84,2%
Psichiatria	3	2,6%
Libero Professionista	4	3,5%
Privato Sociale	7	6,1%
Altro...	4	3,5%

Le persone assunte sono 99, i Liberi Professionisti 4, i professionisti del Privato sociale 7. Coerentemente con ciò i luoghi di lavoro sono rappresentati nella quasi totalità dei casi dai Servizi pubblici del SSN, seguiti dalle Associazioni del terzo settore e dagli Studi Privati.

## Data di nascita e data di assegnazione al Servizio attuale

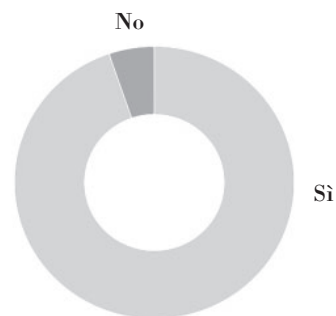
Sui 114 rispondenti al questionario gli iscritti con meno di 40 anni sono 65, ma coloro che operano nel settore da non più di 4 anni sono ben 96 e quelli che vi operano dal 2022 sono 68.

Questi dati ci confermano l'esistenza di un'ampia piattaforma di neo assunti in cui continua ad essere molto sentita l'esigenza di una solida formazione, evidentemente abbiamo anche saputo intercettare in pieno questa esigenza con il nostro Master.

Per quanto riguarda l'area dei contenuti, queste sono le domande poste e le relative risposte, anche in rappresentazione grafica.

### 1. Rispetto ai contenuti affrontati, il corso ha risposto adeguatamente alle tue aspettative?

114 risposte, non risposto zero, scelta singola.



Risposta	Risposte	Rapporto
Medico	22	19,3%
Psicologo	42	36,8%
Assistente Sociale	25	21,9%
Infermiere	5	4,4%
Educatore Professionale	16	14,0%
Tecnico della riabilitazione psichiatrica	4	3,5%
Altro...	0	0,0%

### 2. Se la risposta è "NO", quale aspetto è stato poco curato?

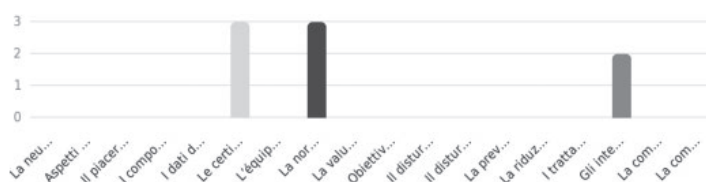
6 risposte, 108 non risposto, scelta multipla.



### 3. Quali tra questi argomenti è stato, a tuo avviso, carente nella sua qualità?

Questa è la rappresentazione grafica, di seguito quella in tabella che permette di leggere in modo accurato gli argomenti segnalati e le rispettive percentuali di segnalazione (evidenziate in grassetto).

5 risposte, 109 non risposto, scelta multipla.



Risposta	Risposte	Rapporto
La neurobiologia nella clinica delle Dipendenze	0	0,0%
Aspetti culturali e antropologici delle vecchie e nuove droghe	0	0,0%
Il piacere e le dipendenze	0	0,0%
I comportamenti di addiction	0	0,0%
I dati del fenomeno e analisi delle fonti	0	0,0%
Le certificazioni (tipologie e significati), le relazioni tecniche, il ruolo dell'analisi tossicologica delle urine e della matrice cheratinica	3	60,0%
L'équipe multidisciplinare: significato, funzionamento e dinamiche	0	0,0%
La normativa di riferimento comprese sanità penitenziaria e misure alternative alla detenzione	3	60,0%
La valutazione del bisogno/risorse e il programma terapeutico-riabilitativo	0	0,0%
Obiettivi, strumenti di monitoraggio e valutazione degli esiti	0	0,0%
Il disturbo da uso di alcol	0	0,0%
Il disturbo da uso di oppiacei	0	0,0%
La prevenzione, diversi target e finalità	0	0,0%
La riduzione del danno, gli interventi di Sanità Pubblica (HIV, HCV, HDV), accesso precoce e aggancio verso le cure del sommerso	0	0,0%
I trattamenti psicologici e psicoterapici	0	0,0%
Gli interventi di tipo sociale, educativo e riabilitativo	2	40,0%
La comorbidity psichiatrica e i trattamenti farmacologici specifici	0	0,0%
La comorbidity infettivologica e i trattamenti farmacologici specifici	0	0,0%

#### 4. Quali tra questi argomenti è stato, a tuo avviso, carente nel tempo dedicato?

Questa è la rappresentazione grafica, di seguito quella in tabella che permette di leggere in modo accurato gli argomenti segnalati e le rispettive percentuali di segnalazione (evidenziate in grassetto).

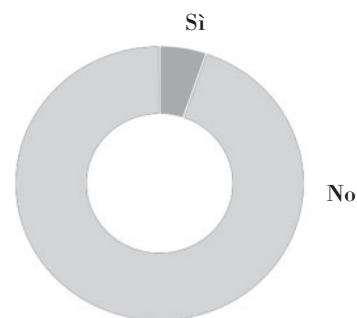
2 risposte, 112 non risposto, scelta multipla.



Risposta	Risposte	Rapporto
La neurobiologia nella clinica delle Dipendenze	1	50,0%
Aspetti culturali e antropologici delle vecchie e nuove droghe	0	0,0%
Il piacere e le dipendenze	0	0,0%
I comportamenti di addiction	0	0,0%
I dati del fenomeno e analisi delle fonti	0	0,0%
Le certificazioni (tipologie e significati), le relazioni tecniche, il ruolo dell'analisi tossicologica delle urine e della matrice cheratinica	0	0,0%
L'équipe multidisciplinare: significato, funzionamento e dinamiche	0	0,0%
La normativa di riferimento comprese sanità penitenziaria e misure alternative alla detenzione	1	50,0%
La valutazione del bisogno/risorse e il programma terapeutico-riabilitativo	1	50,0%
Obiettivi, strumenti di monitoraggio e valutazione degli esiti	0	0,0%
Il disturbo da uso di alcol	0	0,0%
Il disturbo da uso di oppiacei	0	0,0%
La prevenzione, diversi target e finalità	0	0,0%
La riduzione del danno, gli interventi di Sanità Pubblica (HIV, HCV, HDV), accesso precoce e aggancio verso le cure del sommerso	0	0,0%
I trattamenti psicologici e psicoterapici	0	0,0%
Gli interventi di tipo sociale, educativo e riabilitativo	1	50,0%
La comorbidity psichiatrica e i trattamenti farmacologici specifici	1	50,0%
La comorbidity infettivologica e i trattamenti farmacologici specifici	0	0,0%

#### 5. Ritieni che alcuni argomenti importanti siano stati tralasciati nel corso?

114 risposte, non risposto zero, scelta singola.



Risposta	Risposte	Rapporto
Sì	29	25,4%
No	85	74,6%

## 6. Se la risposta è "Sì", quali?

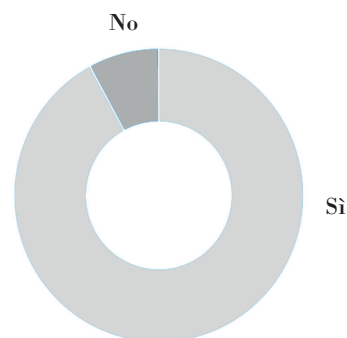
29 risposte, 85 non risposte, testo della risposta.

Abbiamo evitato di interpretare/raggruppare in base all'argomento citato; riportiamo qui le risposte, alla domanda aperta, così come sono state scritte dai partecipanti:

- Approcci olistici/innovativi da integrare ai tradizionali.
- Argomenti più specifici rispetto al percorso riabilitativo rispetto agli interventi psicologici e psicoterapeutici. Forse una lezione è troppo poco rispetto a tutte le lezioni molto più specifiche di carattere medico che sono state affrontate durante il corso.
- Aspetti clinici. Terapia psicologica pratica, terapia di gruppo in pratica, gruppo di auto mutuo aiuto.
- Avrei gradito un approfondimento sui programmi territoriali per le persone in affidamento in prova, messa alla prova e su i pazienti che hanno procedimenti con la tutela minorile, in particolare sul ruolo dell'assistente sociale.
- Cocaina, rapporto tra ADHD e Sostanze, Dipendenze Tecnologiche, NSP.
- DGA, comunicazione efficace con utenti dipendenti, approccio relazionale.
- Dipendenze a Cocaina, cannabis e sintetici.
- Dipendenze comportamentali (in particolare il gaming).
- Dipendenze non farmacologiche, dipendenze da internet con particolare attenzione agli adolescenti.
- Disturbo da uso di cocaina.
- Drop out della psicoterapia col dipendente.
- Esempi pratici "esperienziali" di intervento nelle scuole e psicoterapie/prese in carico; possibile "errori" e aspetti centrali, approcci diversi.
- Forse poteva essere approfondito maggiormente il trattamento delle persone con dipendenza in misura alternativa e quelle seguite dal Servizio Tutela minorile.
- Il lavoro con la famiglia in situazioni di dipendenza, dipendenza affettiva e comportamentali.
- Il percorso terapeutico sistemico relazionale.
- Interventi riabilitativi in contesti alternativi e gestione della doppia diagnosi.
- Interventi riabilitativi per figure professionali sanitarie.
- Interventi specifici per ogni figura professionale.
- La parte riguardante i test da somministrare.
- La psicoterapia delle dipendenze, gestione del desiderio.
- Maggiore attenzione ai ruoli dei vari professionisti.
- Maggiore spazio ai trattamenti e interventi psicologici e psicoterapeutici.
- Misure alternative alla detenzione. Mancanza di una assistente sociale tra i relatori.
- Nuove Dipendenze Comportamentali e nuove sostanze.
- Ricaduta, corpo/bioenergetica, possibile applicazione DBT.
- Tecniche di comunicazione e relazione con utente dipendente.
- Trattamento nuove sostanze psicoattive.
- Trattazione più approfondita dei membri dell'équipe e cosa fanno all'atto pratico (tipologie di farmaci ed esami che prescrive un medico, tipo di assistenza e mansioni dell'infermiere, attività di psicologi, ass. sociali, tecnici di riabilitazione psichiatrica, ecc.) per migliorare la consapevolezza gli uni di cosa fanno gli altri effettivamente (questo, sempre tenendo a mente il target di un neo assunto o giovane professionista in prossima assunzione).

## 7. Ritieni che alcuni argomenti del corso avrebbero potuto anche non essere trattati?

114 risposte, 0 non risposto, scelta singola.



Risposta	Risposte	Rapporto
Sì	6	5,3%
No	108	94,7%

## 8. Se la risposta è "Sì", quali?

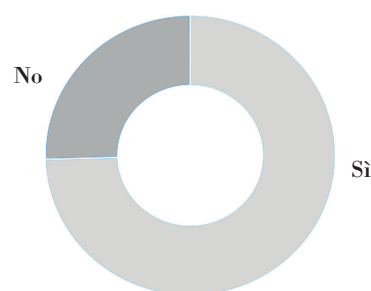
6 risposte, 108 non risposto, testo della risposta.

Abbiamo evitato di interpretare/raggruppare in base all'argomento citato; riportiamo qui le risposte, alla domanda aperta, così come sono state scritte dai partecipanti:

- Avrei preferito dare uno spaccato più breve ad esempio sulle leggi ma non eliminarlo perché comunque importante e magari aggiungere un mese di lezioni sugli interventi psicologici e psicoterapeutici.
- Dipendenza in età adolescenziale.
- Dipendenze negli adolescenti.
- Gli interventi riabilitativi nelle doppie diagnosi.
- Meno spazio alla parte sui decreti, ecc.
- Volevo un corso più direzionato al medico.

## 9. La struttura del corso (numero di incontri, numero di ore, due relatori per ogni webinar, lezione frontale che si alterna a discussione interattiva su situazioni cliniche) ha risposto al meglio alle tue aspettative?

114 risposte, 0 non risposto, scelta singola.



Risposta	Risposte	Rapporto
Sì	105	92,1%
No	9	7,9%

## 10. Se la risposta è "NO", cosa suggerisci di modificare?

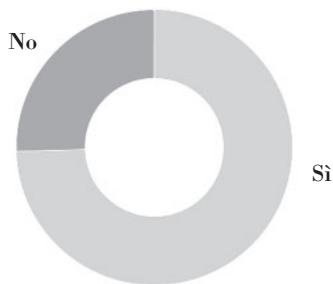
9 risposte, 105 non risposte, testo della risposta.

Abbiamo evitato di interpretare/raggruppare in base all'argomento citato; riportiamo qui le risposte, alla domanda aperta, così come sono state scritte dai partecipanti:

- Alcune lezioni sono state impegnative per i ritmi serrati.
- Aumentare numero incontri.
- Avrei fatto alcune lezioni in più per alcuni temi non trattati.
- Diminuire le ore on line di ogni incontro.
- Durata troppo lunga delle lezioni da remoto.
- Esempi pratici casi, emparse, lavoro e criticità équipe; e materiale "linea guida" da scaricare e possibilità di rivedere gli incontri anche dopo il test... il tempo è troppo breve e spesso non si riesce a prendere appunti anche in merito alle risposte date dai docenti alle domande dei corsisti.
- Ho avuto delle difficoltà a conciliare sempre la partecipazione al corso con il lavoro...
- Inserire più simulate di casi reali. Più incontri, per dare maggiore risalto a certe tematiche che risultano essere modificate dalla tempistica.

### 11. Sei interessato alla possibilità di collaborare con FeDerSerD in ambito formativo, scientifico e di ricerca?

114 risposte, 0 non risposto, scelta singola.



Risposta	Risposte	Rapporto
Sì	85	74,6%
No	29	25,4%

### Commento

Abbiamo avuto un'ottima partecipazione al questionario, quest'ultimo è stato compilato da circa due terzi dei partecipanti al corso.

Come per l'edizione 2022 la prima considerazione di carattere generale è che la quasi totalità dei compilatori ha giudicato positivamente il Corso sia per i contenuti trattati che per la loro qualità. Il dato è in miglioramento rispetto al 2022 infatti il **94,7%** dei partecipanti ha dato questa risposta mentre l'anno scorso eravamo poco oltre il 90%) e meno del **5%** dei compilatori ha sottolineato l'esigenza di dedicare più tempo o aumentare la qualità dei contenuti (mentre l'anno scorso era il 10% scarso).

A parte questi primi dati che confermano il gradimento del Master da parte degli iscritti, ci sembra utile rilevare come le, seppur poche, indicazioni di possibile miglioramento non siano generalizzate su vari contenuti, come nel 2022, ma si concentrino sulle lezioni dedicate a:

- Le certificazioni (tipologie e significati), le relazioni tecniche, il ruolo dell'analisi tossicologica delle urine e della matrice cheratinica.
- La normativa di riferimento comprese sanità penitenziaria e misure alternative alla detenzione.
- Gli interventi di tipo sociale, educativo e riabilitativo.
- La neurobiologia nella clinica delle Dipendenze.

- La valutazione del bisogno/risorse e il programma terapeutico-riabilitativo.
- La comorbidità psichiatrica e i trattamenti farmacologici specifici.

Le risposte al questionario hanno segnalato anche l'esigenza di dedicare spazio (o più spazio) a vari argomenti, per es. le Dipendenze Comportamentali, il Gioco d'Azzardo, le Psicoterapie, il Disturbo da Uso di Cocaina e altro ancora.

Pur consapevoli di non poter dare riscontro a tutte le richieste, abbiamo rivisto la scaletta degli incontri e ricollocato alcuni argomenti in contesti più efficaci per la loro trattazione, inoltre altri temi sono stati rielaborati per una trattazione più vicina all'esperienza clinica e operativa dei Servizi (come nel caso dei Ser.D. interni alle Carceri), introducendo anche relazioni su Disturbo da Gioco d'Azzardo, Dipendenze Comportamentali e Tecnologiche, Differenze di Genere e Dipendenze.

Infine, abbiamo dato maggior respiro all'argomento interventi sociali, educativi e riabilitativi inserendolo in una trattazione centrata sulla Recovery, valorizzando gli interventi alternativi alle pene detentive e inserendo nel gruppo dei docenti un'Assistente Sociale Coordinatrice.

Diversi partecipanti hanno segnalato l'esigenza di avere più ore di lezione per trattare argomenti non previsti nell'edizione 2023, alcuni segnalano l'eccessiva durata dei singoli incontri, altri chiedono di avere più lezioni, altri ancora trovano che il Corso sia già impegnativo così come è, oltre alla segnalazione di varie figure professionali che si aspettavano un corso più "approfondito" sull'area specifica del loro specifico profilo professionale.

Naturalmente è inevitabile che una formazione rivolta a un'équipe pluriprofessionale sia esposta a questo tipo di considerazioni; anche se alla sua nascita il Corso si poneva l'obiettivo di dare una formazione di base essenziale per chi ha approcciato da poco tempo questa attività e non di trattare in modo esaustivo tutti gli aspetti del lavoro nelle Dipendenze, già dopo la prima edizione ci siamo trovati a condividere l'esigenza di ampliare il numero di giornate da 8 a 10 con la finalità di estendere la rosa dei contenuti trattati.

Le ulteriori richieste dei partecipanti hanno infine avuto ricaduta diretta sull'edizione 2024 del Corso (in cui sono stati inseriti nuovi argomenti e aggiunti 2 ulteriori incontri arrivando al numero totale di 12).

Definire questa formazione come "Master" e non più "Corso" sanciva un cambiamento di rotta con cui si voleva salire a un livello più impegnativo per il numero di argomenti trattati e per il loro approfondimento.

In questa direzione, complice il fatto che gli aspetti rilevanti della Patologia da Dipendenza sono numerosissimi, abbiamo deciso, per l'edizione 2024, di sviluppare ulteriormente il Master con due modalità:

- Incrementare di due giornate il pannello degli incontri (da 10 a 12).
- Realizzare dei Moduli Specialistici, che pur non facendo parte del Master, sviluppessero tematiche specialistiche coerenti e sinergiche con quanto già esposto nel Master stesso; su questa falsariga daremo il via tra pochi mesi a una **prima edizione del Corso di Alta Formazione in Alcolgia**, per 150 posti, on line, 4 incontri per 16 ore complessive.

### Riferimenti bibliografici

1. Survey Evoluzione nel Trattamento del Disturbo da Uso di Oppioidi (UOD) – FeDerSerD e CeRCO – 2021; webinar formazione 2022 di FeDerSerD. Relazione di Alfio Lucchini. [www.federserd.it](http://www.federserd.it)
2. Cozzolino E., Lucchini A. (2023). *Dipendenze: il valore della formazione per una nuova sanità territoriale*. Milano: FrancoAngeli.



# Il nuovo Consiglio direttivo nazionale di FeDerSerD. Triennio 2024-2027

Roberta	Balestra	Eletta	Presidente Medico	Friuli Venezia Giulia
Marco	Riglietta	Eletto	Vice Presidente Vicario Medico	Lombardia
Marialuisa	Grech	Eletta	Vice Presidente Medico	Emilia Romagna
Vincenza	Ariano	Eletta	Segretaria esecutiva Medico	Puglia
Felice Alfonso	Nava	Eletto	Direttore comitato scientifico Medico	Veneto
Vincenzo	Lamartora	Eletto	Vice direttore comitato scientifico Medico	Campania
Alfio	Lucchini	Eletto	Medico	Lombardia
Edoardo	Cozzolino	Eletto	Medico	Lombardia
Giorgio	Serio	Eletto	Medico	Sicilia
Giulia	Audino	Eletta	Medico	Calabria
Lilia	Nuzzolo	Eletta	Psicologa	Campania
Margherita	Taddeo	Eletta	Psicologa	Puglia
Giovanni	Galimberti	Eletto	Medico	Lombardia
Concettina	Varango	Eletta	Medico	Lombardia
Francesco	Sanavio	Eletto	Psicologo	Veneto
Lorenzo	Camoletto	Eletto	Educatore	Piemonte V.A.
Bettina	Meraner	Eletta	Psicologa	Trentino A.A. – Provincia Autonoma Bolzano
Antonella	Manfredi	Eletta	Medico	Toscana
Daniele	Pini	Eletto	Medico	Piemonte V.A.
Maurizio	D’Orsi	Eletto	Medico	Campania
Mara	Gilioni	Eletta	Medico	Umbria
Cristina	Meneguzzi	Regionale	Medico	Friuli Venezia Giulia
Giorgio	Pannelli	Regionale	Medico	Interreg. Marche – Abruzzo – Molise
Paola	Trotta	Regionale	Medico	Toscana
Roberto	Carrozzino	Regionale	Medico	Liguria
Maria Rita	Quaranta	Regionale	Medico	Puglia
Stefano	Burattini	Regionale	Psicologo	Abruzzo
Liliana	Schifano	Regionale	Infermiera	Lombardia
Marzia	Merlino	Regionale	Medico	Sicilia
Erika	Lo Presti	Regionale	Assistente Sociale	Sicilia
Rosalba	Cicalò	Regionale	Medico	Sardegna
Roberto	Calabria	Regionale	Medico	Calabria
Giovanni	Di Martino	Regionale	Psicologo	Campania
Mario	Cappella	Regionale	Educatore	Campania
Luca	Rossi	Regionale	Psicologo	Piemonte V.A.
Romina	Rossi	Regionale	Infermiera	Trentino A.A. – Provincia Autonoma Bolzano
Ferdinando	Cerrato	Regionale	Medico	Emilia Romagna
Donato	Donnoli	Regionale	Medico	Basilicata
Giovanna	Morelli	Regionale	Medico	Veneto

Sono in corso di designazione ulteriori componenti di Regioni e Province autonome a norma statutaria a copertura di tutte le Regioni italiane.

## Deleghe esecutive

Marco Riglietta – *Coordinamento dei settori tematici e interfaccia con la direzione del comitato scientifico nazionale (ai sensi statutari)*  
Marialuisa Grech – *Innovazione e valorizzazione del sistema di intervento, con particolare attenzione ai servizi dedicati agli under 25*  
Vincenza Ariano – *Organizzazione socio – sanitaria territoriale, percorsi di continuità ospedale/territorio*  
Alfio Lucchini – *Comunicazione ed editoria*

## Settori tematici e coordinatori dei gruppi di lavoro

Dipendenze comportamentali e tecnologiche	Margherita Taddeo
Dipendenza da alcool	Giovanni Galimberti
Dipendenza da oppiacei	Edoardo Cozzolino
Interventi psicoterapeutici	Francesco Sanavio
Comorbidità internistiche e infettivologiche	Daniele Pini
Carcere e provvedimenti restrittivi della libertà, aspetti legali e forensi in medicina delle dipendenze	Concettina Varango
Riduzione del danno e limitazione dei rischi	Lorenzo Camoletto
Disturbo da uso di tabacco	Maria Giulia Audino
Comorbidità psichiatrica	Giorgio Serio
Prevenzione universale, selettiva e indicata	Lilia Nuzzolo Maurizio D'Orsi
Medicina di genere	Bettina Meraner
Integrazione strategica delle professioni e delle reti territoriali	Antonella Manfredi Mara Giloni

### RECENSIONE



Donato Donnoli

#### STORIE DI FARMACI

pp. 142

Euro: 16,00

Editore: dibuonoedizioni

scientifico, e considera anche i problemi che i farmaci possono dare, tenendo conto del loro grande impatto nella vita della nostra società.

Non potevano mancare alcuni capitoli legati allo specifico delle dipendenze patologiche: dai farmaci oppioidi antidolorifici con il possibile rischio pain killer, alle interazioni tra farmaci ed alcool, alle nuove droghe, alla prevenzione possibile dei comportamenti di addiction.

In questo testo si trasmette calore e interesse, basandosi sempre su una solida esperienza professionale e formazione scientifica dell'autore.

L'uso divulgativo di argomenti complessi deve essere praticato, in modo comprensibile ma sempre corretto nei suoi contenuti, secondo *Donnoli*, e porterà sicuramente ad una crescita culturale e sociale degli individui. (AL)

La seconda edizione del volume *Storie di farmaci* di *Donato Donnoli* edita nel 2024 oltre ad essere più corposa della precedente nei testi appare maggiormente fruibile dal punto di vista divulgativo, obiettivo dell'autore.

La narrazione su alcuni farmaci e di alcuni problemi farmacologici è avvincente, utile per comprendere le regole e le casualità della ricerca

**Donato Donnoli** è un medico farmacologo, è stato ricercatore universitario in farmacologia, ha diretto per anni un Ser.D. in Basilicata, è da sempre impegnato nel sociale assumendo importanti incarichi nel Rotary International.

Da molti mandati è componente del consiglio direttivo nazionale di FeDerSerD.

### RECENSIONE



Carlo Contaldi

#### ... E... SE FOSSE TUTTO VERO? RACCOLTA DI VERSI E RIFLESSIONI

pp. 126

euro 17,90

Editore: BookSprint edizioni

Il volume di *Carlo Contaldi*, medico del Ser.D. di Sapri, farmacologo, agopuntore ed esperto in adolescentologia, tratta sotto forma di versi una vita da adolescente, da studente e poi da medico, con attenzione agli aspetti connessi alla psiche, alle dipendenze e ad altro.

“Ho scelto la poesia non in alternativa alla scienza, ma come parte di un concetto olistico, e la poesia ci aiuta ad essere più umani, a meditare e riflettere, ed ha un effetto terapeutico”.

Filo conduttore è una profonda spiritualità, vissuta dall'autore e presentificata nell'esistenza negli scritti presenti dell'autore.

Non mancano aforismi, disquisizioni, riflessioni.

Un appello al lettore di essere nel mondo interiore, contro l'edonismo e il materialismo della nostra società. (AL)

FeDerSerD

FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI  
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

convegno residenziale ECM



## SESSUALITÀ E CONSUMO DI SOSTANZE CHEMSEX, ASPETTI PSICOSOCIALI, CLINICI E TERAPEUTICI

**Giovedì 8 maggio 2025**

Sala convegni Hotel Europa BOLOGNA

Negli ultimi anni si sta affermando il fenomeno del chemsex, ossia la pratica di avere rapporti sessuali in associazione con l'assunzione di sostanze psicotrope. Tali situazioni sono più diffuse nella popolazione MSM (uomini che fanno sesso con uomini), ma si stanno diffondendo anche in altri target.

Questo fenomeno, originatosi soprattutto nelle grandi città del Nord Europa, si è progressivamente diffuso in tutto il continente e costituisce oggi una realtà preoccupante anche in Italia. Specificamente, alcune sostanze quali alcolici, derivati anfetaminici ed ecstasy, vengono utilizzate per disinibire i comportamenti individuali e migliorare le prestazioni sessuali. Nonostante possa determinare una iniziale eccitazione ed euforia psicofisica, tale pratica porta nel tempo a deprimere le funzioni dell'organismo, inclusa la sessualità, determinando una possibile dipendenza e potenziali effetti dannosi a carico del sistema nervoso centrale. L'alterazione della percezione della realtà tende inoltre, ad abbassare il livello di attenzione riguardo il rischio di infezioni a trasmissione sessuale, portando le persone a praticare rapporti senza la protezione del preservativo. Il chemsex può costituire quindi un rischio per la salute, condizionando le modalità di relazione e di espressione della sessualità, oltre a comportare

la possibilità di disturbi a livello psicologico/psichiatrico ed il rischio di infezioni a trasmissione sessuale.

Nell'ambito della prevenzione delle infezioni sessualmente trasmesse, nonché delle patologie della sfera psicologica/psichiatrica, risulta opportuno indagare accuratamente tale fenomeno, informare la popolazione sulle potenziali conseguenze e contrastare la diffusione del consumo problematico delle sostanze psicoattive legali ed illegali negli ambienti di aggregazione. Partendo da quanto affermato, il convegno si pone dunque l'obiettivo di formare i professionisti delle dipendenze su un argomento la cui casistica è in crescita, ma ancora distante dai Servizi. Un approccio multidisciplinare e di riduzione del danno è fondamentale per comprendere e trattare questo fenomeno nei suoi vari aspetti; la collaborazione con le realtà del terzo settore e dell'associazionismo è fondamentale per promuovere un intervento territoriale precoce e proattivo, stante la difficoltà che queste persone hanno a chiedere aiuto ai servizi sanitari. La ricerca farmacologica nel campo infettivologico ha ottenuto negli ultimi anni obiettivi di grande rilevanza per la salute pubblica ed oggi i professionisti hanno a disposizione diverse specialità e diverse formulazioni per prevenire e curare le infezioni a trasmissione sessuale.

PROGRAMMA  
INFO - ISCRIZIONI



INFO **EXPPOINT**  
CONGRESSI/EVENTI/COMUNICAZIONE

federserd@expopoint.it | www.federserd.it | www.expopoint.it

20



25

Scuola di formazione  
"Rita Levi Montalcini"

FeDerSerD

## SCUOLA DI ALTA FORMAZIONE IN ALCOLOGIA 2025

lunedì 29 settembre

lunedì 6 ottobre

lunedì 13 ottobre

lunedì 20 ottobre

**2025**

14.30-18.30

lunedì 29 settembre

L'alcol nella nostra cultura -  
situazione epidemiologica e costi  
diretti e indiretti del Disturbo  
da Uso di Alcol

*Sistemi diagnostici di riferimento*

lunedì 6 ottobre

Aspetti diagnostici – Poliabuso –  
Comorbidità psichiatrica

lunedì 13 ottobre

Valutazione multiprofessionale e  
obiettivi del trattamento – Terapie  
farmacologiche – Medicina di genere  
– la fetopatia alcolica

lunedì 20 ottobre

Il Territorio:  
MMG, associazionismo, reti d'inter-  
vento e residenzialità

4 WEBINAR con accreditamento ECM • FAD SINCRONA  
n.16 crediti formativi ECM e accreditamento per assistenti sociali

PROVIDER STANDARD NAZIONALE ECM n. 908



www.federserd.it

PROGRAMMA  
INFO - ISCRIZIONI



SEGRETARIA ORGANIZZATIVA  
EXPOPOINT - Organizzazione Congressi Eventi Comunicazione



Via Nazario Sauro, 2/4  
22066 Mariano C.se - Co



tel. 031 748814



federserd@expopoint.it  
www.expopoint.it



20  25  
Scuola di formazione  
"Rita Levi Montalcini"  
FeDerSerD

**FeDerSerD**  
FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI  
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

**PERCORSO FORMATIVO  
DI SPECIALIZZAZIONE  
NELL'AREA DELLE DIPENDENZE  
PATOLOGICHE**

**MASTER** per professionisti under 40  
e neo assunti nel sistema  
di intervento italiano delle Dipendenze

**5 MAGGIO •  
22 SETTEMBRE  
2025**

**48 ore  
in 12 giornate webinar  
n. 50 crediti  
FORMATIVI ECM e  
accreditamento per  
assistenti sociali**

**4ª edizione**

Lunedì  
5 maggio  
1ª giornata

**LA NEUROBIOLOGIA NELLA CLINICA DELLE  
DIPENDENZE** – Monica Baiano  
**ASPETTI CULTURALI E ANTROPOLOGICI DELLE  
VECCHIE E NUOVE DROGHE** – Edoardo Polidori

Lunedì  
12 maggio  
2ª giornata

**I DATI DEL FENOMENO E ANALISI DELLE FONTI**  
Sabrina Molinaro  
**LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO COMPRESA  
SANITÀ PENITENZIARIA E MISURE ALTERNATIVE  
ALLA DETENZIONE** – Orietta Venturi

Lunedì  
19 maggio  
3ª giornata

**I COMPORTAMENTI DI ADDICTION** – Luca Rossi  
**IL PIACERE E LE DIPENDENZE** – Giancarlo Pintus

Lunedì  
26 maggio  
4ª giornata

**LA VALUTAZIONE DEL BISOGNO/RISORSE E  
IL PROGRAMMA TERAPEUTICO-RIABILITATIVO**  
Marco Riglietta  
**OBIETTIVI, STRUMENTI DI MONITORAGGIO E  
VALUTAZIONE DEGLI ESITI** – Marco Riglietta

Lunedì  
9 giugno  
5ª giornata

**L'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE: SIGNIFICATO, FUN-  
ZIONAMENTO E DINAMICHE** – Vincenzo Lamartora  
**LE DIPENDENZE TECNOLOGICHE E COMPORTA-  
MENTALI CON PARTICOLARE RIFERIMENTO  
ALLE FASCE GIOVANILI** – Flaminia Alimonti  
**DISTURBO DA USO DI TABACCO:  
DIAGNOSI E TRATTAMENTO** – Cristina Lenchig

Lunedì  
16 giugno  
6ª giornata

**IL DISTURBO DA USO DI OPIACEI**  
Vincenza Ariano - Edoardo Cozzolino  
**INQUADRAMENTO CLINICO, STRUMENTI DIAGNO-  
STICI E DI MONITORAGGIO DEL TRATTAMENTO:  
il ruolo dell'analisi tossicologica delle urine e della  
matrice cheratinica** - Trattamenti farmacologici  
agonisti e antagonisti

Lunedì  
23 giugno  
7ª giornata

**IL DISTURBO DA USO DI ALCOL**  
Giovanni Galimberti - Teo Vignoli  
**INQUADRAMENTO CLINICO, STRUMENTI DIAGNO-  
STICI E DI MONITORAGGIO DEL TRATTAMENTO**  
Tipologie di craving e principali trattamenti  
farmacologici - Principali tecniche di trattamento,  
strutturazione del Programma Terapeutico

Lunedì  
30 giugno  
8ª giornata

**LA COMORBIDITÀ PSICHIATRICA E I TRATTAMENTI  
FARMACOLOGICI SPECIFICI** – Giorgio Serio  
**LA COMORBIDITÀ INFETTIVOLOGICA E I TRATTA-  
MENTI FARMACOLOGICI SPECIFICI** – Daniele Pini

Lunedì  
7 luglio  
9ª giornata

**DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO-ASSESSMENT E  
TRATTAMENTO** – Margherita Taddeo  
**DIFFERENZE DI GENERE E DIPENDENZE**  
Anna Paola Lacatena

Lunedì  
8 settembre  
10ª giornata

**LA PREVENZIONE, DIVERSI TARGET E FINALITÀ**  
Rachele Donini  
**LA RIDUZIONE DEL DANNO, GLI INTERVENTI DI SANITÀ  
PUBBLICA (HIV, HCV, HDV), ACCESSO PRECOCE E  
AGGANCIO VERSO LE CURE DEL SOMMERSO**  
Felice Nava

Lunedì  
15 settembre  
11ª giornata

**I TRATTAMENTI PSICOLOGICI E PSICOTERAPICI**  
Stefano Burattini – Francesco Sanavio  
**I TRATTAMENTI PSICOLOGICI E PSICOTERAPICI II**

Lunedì  
22 settembre  
12ª giornata

**GLI INTERVENTI DI TIPO SOCIALE, EDUCATIVO E  
RIABILITATIVO IN UN PERCORSO DI RECOVERY**  
Marialuisa Grech  
**IL SISTEMA D'INTERVENTO: LE RETI CLINICHE  
NELLA COMPLESSITÀ DIPARTIMENTALE E  
NELL'INTEGRAZIONE PUBBLICO PRIVATO SOCIALE**  
Roberta Balestra

Ogni singola data formativa si svolge dalle ore 14.30 alle ore 18.30 in modalità webinar (FAD SINCRONA)

Ogni singola data formativa si sviluppa in:

- due relazioni frontali • discussioni con docenti •
- simulazione e discussione di caso clinico inerente al tema (se indicato) •

**EXPPOINT**  
CONGRESSI • EVENTI • COMUNICAZIONE

federserd@expopoint.it | www.federserd.it | www.expopoint.it

INFO  
PROGRAMMA  
ISCRIZIONI





aderente a:



Sede legale: Piazza Carlo Stuparich 8, 20148 Milano

**Consiglio Direttivo Nazionale**

- Roberta Balestra (presidente),
- Marco Riglietta (vice presidente vicario),
- Marialuisa Grech (vice presidente),
- Vincenza Ariano (segretario esecutivo),
- Felice Nava (direttore comitato scientifico),
- Vincenzo Lamartora (vice direttore comitato scientifico),
- Giulia Audino, Stefano Burattini, Roberto Calabria,
- Lorenzo Camoletto, Mario Cappella,
- Roberto Carrozzino, Ferdinando Cerrato,
- Rosalba Cicalò, Edoardo Cozzolino,
- Giovanni Di Martino, Donato Donnoli,
- Maurizio D'Orsi, Giovanni Galimberti,
- Mara Gilioni, Erika Lo Presti, Alfio Lucchini,
- Antonella Manfredi, Cristina Meneguzzi,
- Bettina Meraner, Marzi Merlino, Giovanna Morelli,
- Lilia Nuzzolo, Giorgio Pannelli, Daniele Pini,
- Maria Rita Quaranta, Luca Rossi, Romina Rossi,
- Francesco Sanavio, Liliana Schifano,
- Giorgio Serio, Margherita Taddeo, Paola Trotta,
- Concettina Varango.

**RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"**

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

- versamento sul Conto Corrente Bancario n. 000003417x16 intestato a FeDerSerD presso la Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - CIN D ABI 05696 CAB 51090
- versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data conferma con invio e-mail con credenziali di accesso area Socio riservata.

**ANNO 2025 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"**

Da trasmettere a Expo Point per e-mail federserd@expopoint.it

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO (personale) \_\_\_\_\_  
 CITTÀ \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_  
 E-MAIL (per invio news e comunicazioni) \_\_\_\_\_  
 TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_  
 DATA CONSEGUIMENTO TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_  
 SPECIALIZZAZIONE \_\_\_\_\_  
 POSIZIONE PROFESSIONALE ATTUALE \_\_\_\_\_  
 INDIRIZZO (lavorativo) \_\_\_\_\_  
 TEL. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

PUBBLICAZIONI / ESPERIENZE CURRICOLARI DA SEGNALARE / PROGETTI SCIENTIFICI IN CORSO / AREE DI INTERESSE SCIENTIFICO / INTERESSI CULTURALI

**Chiedo**

- Di essere iscritto in qualità di Socio Ordinario per l'anno 2025
  - Di rinnovare l'iscrizione in qualità di socio ordinario per l'anno 2025
- a FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze  
 \_\_\_\_\_ li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Si autorizzano FeDerSerD e la Segreteria Expopoint al trattamento dei dati inclusi nella presente scheda

Versamento quota associativa di  € 50,00 (medici e psicologi)  € 30,00 (altre professioni) (allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)

Visto il Segretario Esecutivo Nazionale \_\_\_\_\_

Visto per approvazione: Il Presidente \_\_\_\_\_

Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1 - DCB Milano - Franco Angeli srl, viale Monza 106, 20127 Milano  
 In caso di mancato recapito inviare a CMP Roserio per la restituzione al mittente previo pagamento resi.  
 (Edizione fuori commercio).