

## EDITORIALE

Tematiche e metodologie per una Conferenza nazionale sulle Dipendenze di ampio respiro e di indicazioni al decisore politico utili ai cittadini

Roberta Balestra

1

## LE RUBRICHE

Contaminazioni  
Che cos'è la vita?

Maurizio Fea

5

La Finestra dei consumatori  
Quella telefonata...

Marianna Bussani di As.Tr.A

7

Poetry Corner/Rubrica di poesia

Guido Mazzoni

Enzo Lamartora

8

## SAGGI, STUDI E RICERCHE



La comunità come luogo di cura.  
Analisi degli esiti dei percorsi di cura  
nelle comunità terapeutiche degli utenti  
in carico al Ser.D. di Portogruaro  
nel quinquennio 2017/2022

Roberto De Filippo, Ingrid Bin, Eliana Tavan,  
Diego Saccon

9

Accettabilità dei pazienti e sostenibilità  
economica della buprenorfina sottocutanea  
settimanale e mensile per il disturbo da uso  
di oppioidi: un'analisi qualitativa  
e semi-quantitativa

Elena Tamussi, Marco Marini

15

## CONTRIBUTI SCIENTIFICI

L'evoluzione del trattamento  
della dipendenza da cocaina:  
dalla psicoanalisi al costruttivismo

Luca Rossi, Eleonora Carlino

36

Valutazione dell'Efficacia della Prevenzione  
del Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico  
nelle scuole: analisi dei questionari Pre-Post  
del Progetto "Punta Tutto su di Te"

Claudia Della Ceca, Sofia Acampora,  
Benedetta Biancalana, Cristina Caliciotti,  
Sara De Marco, Vittoria Monteleone,  
Simona Roccia, Cristiana Sarno Gufler

40

Analisi di Questionari preliminari  
e di gradimento rivolti ai pazienti sull'utilizzo  
di formulazioni solide di Metadone  
nel Trattamento del Disturbo da Uso  
di Oppioidi

Giovanni Strepparola, Cristina Caminiti,  
Vita Marvulli, Anna Epifani, Sergio Manfrè

50

## FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE

Il nuovo Comitato Scientifico Nazionale  
2024-2027

56

Simone De Persis nominato nel consiglio  
direttivo nazionale della Federazione

56

CENTRO STUDI E RICERCHE CONSUMI  
E DIPENDENZE - CeRCo

Attività editoriale

55

Edito il report OISED 2024

55

## FeDerSerD/INFORMA

Numero 37, ottobre 2024. Volume abstracts -  
Congresso nazionale FeDerSerD 2024

24

## Mission

ITALIAN QUARTERLY JOURNAL  
OF ADDICTION

Tematiche e metodologie  
per una Conferenza nazionale  
sulle Dipendenze di ampio respiro  
e di indicazioni al decisore politico  
utili ai cittadini

La Conferenza Nazionale sulle Dipendenze, prevista dal Testo Unico (D.P.R. 309/90), ha come obiettivo principale quello di promuovere un approccio integrato per affrontare le diverse problematiche connesse con il fenomeno del consumo delle sostanze psicoattive e delle dipendenze.

La Conferenza, sulla base delle rilevazioni sistematiche in atto, è chiamata ad analizzare dati e tendenze dei bisogni della popolazione per adattare le strategie di intervento, sia in campo preventivo che terapeutico.

La VII Conferenza, convocata formalmente dal Primo Ministro a Roma nelle giornate del 7-8 novembre, riunisce esperti, rappresentanti delle istituzioni e delle associazioni per discutere e proporre soluzioni e possibili modificazioni della legislazione di settore, per pianificare strategie efficaci per la prevenzione, il trattamento e la riduzione degli effetti nocivi sulla salute connessi alle diverse forme di consumo problematico e di dipendenza.

Da un punto di vista metodologico, sono state previste due fasi: la prima di lavoro preparatorio "a distanza", con tavoli tecnici tematici interdisciplinari, la seconda coinciderà con le due giornate di conferenza "in presenza" a Roma, che avranno come base di discussione i documenti elaborati dai tavoli tematici.

I tavoli tematici preparatori verranno a breve istituiti dal Dipartimento Politiche Antidroga; in questi tavoli saranno invitati ufficialmente a partecipare diversi sog-

- **Alcol, cannabinoidi e cocaina in un quadro di anoressia estrema maschile: il trattamento con Sodio-Oxibato come acceleratore del percorso terapeutico**

Maurizio Campana, Laura Daffini, Nicola Rizzardi

- **Sodio oxibato per la disassuefazione in acuto e l'inserimento in Struttura Comunitaria in pazienti alcol dipendenti e non complianti al ricovero ospedaliero**

Concettina Varango, Antonella Varango, Matra Cella

- **Esperienze di clinica alcologica**

A. Falvo, E. Battaglia, R. Gallo, F. Genco, A. Rizzo, M. Notaro, R. Macrina, P. Lucchino, A. Saladino, M. Cevola, A. Renda, G. Audino

- **Terapia agonista con Sodio Oxibato (SMO), fenomeni transizionali e passaggi ai programmi comunitari: il ruolo dell'Affettività Negativa**

Leopoldo Bruno

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno XII, n. 43

FrancoAngeli

Mission 69, Italian Quarterly Journal of Addiction, Doi: 10.3280/mis69-2025oa19914 1

Copyright © FrancoAngeli

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

# Mission

Italian Quarterly Journal of Addiction

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

FrancoAngeli

ANNO XIX, 2025 - N. 69

## Fe Der Ser D

### Editor in Chief

Alfio Lucchini, Milano

### Scientific Board

Roberta Balestra, Trieste; Claudio Barbaranelli, Università La Sapienza, Roma; Bruno Bertelli, Università di Trento; Stefano Canali, SISSA Trieste; Vincenzo Caretti, Università LUMSA, Roma; Ivan Cavicchi, Università La Sapienza e Tor Vergata, Roma; Massimo Clerici, Università Milano Bicocca; Massimo Diana, Cagliari; Riccardo C. Gatti, Milano; Gilberto Gerra, 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 Varan- go (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 marzo 2025

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>



getti, quali i rappresentanti del sistema dei servizi per le dipendenze, degli Enti Locali, dell'Università e della ricerca, del Terzo settore.

Anche FeDerSerD farà la sua parte, partecipando attivamente sia ai tavoli tecnici che alla Conferenza finale di Roma.

In questi mesi ci aspetta quindi un intenso lavoro preparatorio, in collaborazione con le altre società scientifiche e con i soggetti rappresentativi del Terzo Settore.

Le Società scientifiche e gli Operatori del settore si pongono diverse riflessioni, sia sulle modalità e gli strumenti che possono rendere la Conferenza utile ed efficace per la nostra collettività sia sui principali temi e argomenti che occupano attualmente il dibattito in ambito scientifico, organizzativo e sociale.

A questo proposito, il DPA ha inviato a febbraio una *Scheda di raccolta degli argomenti*, da compilare al fine di mappare i temi ritenuti prioritari dai diversi stakeholders.

Le proposte inoltrate verranno vagliate e tra queste saranno selezionati i temi che animeranno i lavori dei tavoli tecnici preparatori dell'evento conclusivo di novembre.

FeDerSerD ha condiviso con SITD e SIPaD alcuni argomenti strategici da inserire nella scheda di rilevazione, che è stata quindi sottoscritta e recapitata in forma unitaria al DPA.

Riportiamo qui di seguito in sintesi i più rilevanti argomenti proposti.

La prima richiesta è quella di dedicare un tavolo al **ruolo centrale che giocano i Ser.D./Dipartimenti delle dipendenze nel sistema integrato delle dipendenze ed in quello della sanità territoriale**, anche alla luce delle disposizioni del PNRR.

Riteniamo infatti non procrastinabile una riflessione seria ed ai massimi livelli istituzionali, finalizzata ad aggiornare l'immagine e la scarsa conoscenza dei nostri servizi, che perdura nelle Amministrazioni centrali e decentrate, in tanti professionisti della salute e, di conseguenza, nei cittadini.

È necessario fare il punto sull'evoluzione che c'è stata in questi anni, sulla complessità dei compiti istituzionali e professionali che gravano sulle nostre organizzazioni, sulle innovazioni raggiunte, sulle collaborazioni interdisciplinari realizzate sia in ambito sanitario che sociosanitario per migliorare l'offerta di cura, ampliare le possibilità di accesso a terapie appropriate e rispettose delle esigenze delle persone, nelle diverse fasi del trattamento della dipendenza.

È necessario inoltre prendere atto definitivamente degli standard di personale e della riorganizzazione in quattro livelli differenziati per intensità assistenziale e complessità del bisogno (DM 77).

Questo al fine di favorire un contatto precoce con i servizi specialistici, un accesso facilitato alle cure e una risposta più appropriata ed efficace: dalle Case di Comunità ai percorsi interdisciplinari integrati territoriali e ospedale-territorio.

Un altro tema prioritario proposto congiuntamente dalle nostre società scientifiche è l' "**Intervento precoce e proattivo dei Ser.D. ed integrazione pubblico-privato sociale**".

Sosteniamo infatti l'importanza cruciale degli interventi precoci, degli interventi di prossimità e dei progetti integrati che possono "andare incontro alla domanda", per prevenire le complicanze sanitarie e sociali, affrontare le criticità correlate al consumo delle NPS (es. Piano nazionale fentanyl).

In Italia la situazione è molto disomogenea e l'offerta di queste attività non è assicurata da tutti i servizi, a causa della insufficienza delle risorse dei Ser.D. e della precarietà degli investimenti "a progetto".

Un ulteriore tema proposto è quello di procedere "**Verso una visione unitaria e aggiornata delle dipendenze**".

La dipendenza è una patologia curabile che presenta diverse forme (comportamentale e da sostanze). Le sue modalità di espressione, non solo sul piano clinico, sono molto cambiate negli ultimi anni. Tale evidenza richiede ai professionisti, ai diversi stake-holders, alle Istituzioni locali e nazionali, una nuova capacità interpretativa, di programmazione e di intervento, anche per contrastare perduranti visioni scorrette e stigmatizzanti della patologia e, peggio, delle persone che ne sono affette.

Prevale ancora una visione della dipendenza frammentaria, centrata sulla specifica sostanza o solo specifico comportamento.

Tale approccio pregiudica sia una lettura corretta e coerente dei nuovi bisogni della popolazione, sia una mappatura aggiornata e realistica dell'offerta di prevenzione e di cura che viene assicurata dai servizi.

Non è ancora sufficientemente chiaro a tutti che i Ser.D./Dipartimenti delle Dipendenze sono il servizio sanitario specialistico di riferimento per tutte le forme di consumo problematico e di dipendenza.

Procedendo con i temi proposti, segnaliamo quello dell'**assistenza per le persone di età avanzata (old users) con prolungati percorsi di consumo di sostanze**.

Negli ultimi 2 decenni, l'età media dei pazienti che iniziano il trattamento è aumentata oltre i trenta anni.

È aumentata anche l'età media delle persone che muoiono per cause droga-correlate.

Il numero di anziani con Disturbo da Uso di Sostanze, che necessitano di assistenza sanitaria e sociale continuerà ad aumentare nei prossimi anni, soprattutto nei paesi dell'Europa occidentale.

Vi è pertanto una crescente necessità di sviluppare politiche, trattamenti e servizi per supportare le esigenze di questa popolazione, in rete con gli altri servizi sociosanitari, con gli Enti Locali e con il Terzo Settore, per tenere in considerazione i fattori specifici di rischio per la salute di questo target.

Un altro tema segnalato è quello delle **Dipendenze comportamentali giovanili: internet, gaming e gambling**.

È un fenomeno in rapida ascesa tra gli adolescenti, che è stato aggravato dalla pandemia.

La rete dei servizi per l'età evolutiva non è ancora adeguatamente organizzata ed attrezzata per l'intercettazione precoce ed il trattamento di queste situazioni, che richiedono una formazione specifica degli operatori.

I Ser.D. sono consapevoli della necessità di mettere in atto nuove scelte funzionali ed organizzative dedicate a questo target, ma sono ancora minoritarie le realtà che hanno potuto sperimentare specifiche attività, anche in integrazione col terzo settore.

Essenziale è l'approccio interdisciplinare, il raccordo con la NPIA (Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza), la Psichiatria, le Cure Primarie, i MMG e i PLS, le Scuole, il Terzo settore.

Ulteriore tema da noi proposto per la Conferenza nazionale è quello degli **interventi terapeutico-riabilitativi in carcere, programmi in misura alternativa e collaborazione con Sanità penitenziaria**.

Come è noto circa il 30% della popolazione detenuta ha un Disturbo da Uso di Sostanze; i Ser.D. assicurano in tutte le Regioni le consulenze specialistiche in un'ottica di continuità assistenziale (livello essenziale di assistenza), collaborando con le équipe di sanità penitenziaria, con gli altri specialisti consulenti, con gli operatori dell'area penitenziaria e legale.

Il momento storico attuale è particolarmente complesso, stante il sovraffollamento, il profondo malessere dei detenuti e degli operatori dell'amministrazione penitenziaria e le carenze di risorse ormai strutturali.

Sarebbe essenziale aprire un confronto serio tra i diversi attori, individuare gli approcci operativi più appropriati ed efficaci con le équipe di sanità penitenziaria ed incrementare le misure alternative alla detenzione, in primis quelle di tipo territoriale (non residenziali), che devono essere maggiormente riconosciute, superando le resistenze culturali ancora presenti nelle istituzioni e nella magistratura.

Fondamentale a nostro avviso anche il tema della **Formazione sulle dipendenze nei percorsi universitari dei diversi profili e di specializzazione in medicina delle dipendenze**.

In relazione alla formazione universitaria in tema di Dipendenze patologiche sappiamo bene come questa sia di fatto assente; i professionisti sanitari che terminano gli studi non hanno alcuna competenza teorico-pratica, nonostante si tratti di problematiche di salute molto frequenti nella popolazione.

È necessario quindi inserire dei percorsi curriculari pre laurea e dei percorsi istituzionali post laurea, per tutti i profili professionali coinvolti nella operatività dei servizi pubblici e privati orientati alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione delle dipendenze.

Nel recente articolo **"La VII Conferenza Nazionale sulle Dipendenze - Roma 7-8 novembre 2025"**, scritto con SITD e SIPaD,

FeDerSerD auspica che la Conferenza non sia orientata solo agli operatori ed ai tecnici del settore, ma sappia dialogare con i vari settori della popolazione interessata.

La partecipazione della società civile è infatti un aspetto importante e vanno messi in campo strumenti e strategie per allargare il coinvolgimento, la rappresentatività e la varietà delle molte prospettive.

Sappiamo che la divergenza culturale e spesso ideologica connessa alle tematiche del consumo di sostanze, le stigmatizzazioni e le percezioni negative ancora molto radicate, rischiano di creare contrapposizioni e di influenzare le scelte politiche e le decisioni, rendendo difficile uno scambio proficuo e pragmatico, nonché l'implementazione di approcci basati su evidenze scientifiche, sulle buone prassi, sulle innovazioni.

Riteniamo di evidenziare perciò alcuni aspetti metodologici che possono favorire una partecipazione allargata ed uno scambio contenutistico positivo:

- coinvolgere attivamente gli Enti locali, le comunità locali, le associazioni di utenti nel processo di conoscenza e di condivisione degli indirizzi e delle azioni per garantire che le politiche rispondano alle reali esigenze delle persone;
- ancorare la riflessione e la costruzione delle politiche di intervento alla ricerca e all'innovazione sulle strategie, sui nuovi approcci e politiche socio sanitarie, e garantire che le decisioni siano basate su dati, evidenze, documentazioni, valutazioni oggettive;
- organizzare sessioni interattive in cui i partecipanti possano discutere e condividere esperienze, idee e soluzioni favorendo un dialogo aperto e la co-creazione di strategie, evitando di esporre solamente o prevalentemente documenti preordinati e già definiti;
- favorire il coinvolgimento di diversi stakeholders, invitando esperti, professionisti del settore, rappresentanti delle istituzioni e membri della società civile a contribuire attivamente, garantendo una varietà di prospettive;
- utilizzare nella fase preparatoria rilevazioni e consultazioni di settori del contesto sociale oltre che degli operatori di settore. Questo può essere utile per raccogliere opinioni e suggerimenti da un pubblico più ampio, inclusi coloro che non parteciperanno fisicamente alla conferenza;
- predisporre una modalità di disseminazione degli esiti della Conferenza sui diversi temi specifici, per garantire che vi possa essere una comprensione allargata e comune delle questioni trattate;
- includere negli aspetti metodologici della conferenza un piano di monitoraggio per rilevare l'implementazione nella realtà operativa e organizzativa delle decisioni e delle raccomandazioni emerse dalla Conferenza, sostenendo una ricaduta e un impegno continuo delle istituzioni e della collettività in questo settore.

Continueremo a ribadire come la scelta organizzativa del Dipartimento delle dipendenze sia l'unica in grado di assicurare la governance del sistema integrato pubblico e privato sociale, che richiede interventi e competenze specifiche, in continua evoluzione.

In conclusione, il nostro auspicio è che la VII Conferenza Nazionale di Roma possa essere un momento di reale e qualificato confronto, per fornire ai decisori politici e a tutti gli stakeholder strumenti e risposte appropriate per superare le criticità analizzate.

**Roberta Balestra**, Presidente nazionale di FeDerSerD



**C'È UNA VITA  
DA RISCOPRIRE.  
LASCIATI  
SORPRENDERE  
ANCORA.**

Copyright © FrancoAngeli

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

# Contaminazioni

Maurizio Fea

## Che cos'è la vita?

Agli inizi degli anni Quaranta, *Erwin Schrodinger* fisico teorico illustre, premio Nobel nel 1933, insegna all'Institute for Advanced Studies di Dublino.

Le lezioni da lui tenute al Trinity College nel febbraio 1943 vengono raccolte ed elaborate in un libretto pubblicato con il titolo ***What is life?***<sup>1</sup>.

Egli identifica la questione centrale del rapporto tra fisica e biologia, suggerendo l'ipotesi più affascinante: la molecola del gene deve essere un cristallo aperiodico, cioè una molecola di grandi dimensioni dalla struttura non ripetitiva, capace di una sufficiente stabilità strutturale e una sufficiente capacità di contenere informazioni, formato da una sequenza di elementi isomerici che costituiscono il codice ereditario.

Tale codice contiene il piano di sviluppo dell'organismo e la sua capacità di riprodursi.

Dieci anni più tardi il fisico biologo *Maurice Wilkins* con l'aiuto fondamentale della cristallografa *Rosalind Franklin*, i biochimici *Francis Crick* e *James Watson* scoprirono la struttura del DNA, perché sapevano cosa cercare grazie anche alla ipotesi formulata da *Schrodinger*.

Dicembre 2024: un team di ricercatori cinesi della School of Computer Science, Fudan University a Shanghai pubblica uno studio dal titolo *Frontier AI systems have surpassed the self-replicating red line*<sup>2</sup>, nell'abstract scrivono "Analizzando le tracce comportamentali, osserviamo che i sistemi di IA in fase di valutazione mostrano già sufficienti capacità di autopercezione, consapevolezza della situazione e risoluzione dei problemi per realizzare l'auto-replicazione. Notiamo inoltre che i sistemi di IA sono persino in grado di utilizzare la capacità di auto-replicazione per evitare l'arresto e creare una catena di replica per migliorare la sopravvivenza, il che potrebbe infine portare a una popolazione incontrollata di IA. Se un rischio del genere nel caso peggiore fosse lasciato sconosciuto alla società umana, alla fine perderemmo il controllo sui sistemi di IA di frontiera: prenderebbero il controllo di più dispositivi di elaborazione, formerebbero una specie di IA e colluderebbero tra loro contro gli esseri umani. Le nostre scoperte sono un avviso tempestivo sui gravi rischi di IA esistenti ma precedentemente sconosciuti, che richiedono una collaborazione internazionale per una governance efficace sull'auto-replicazione incontrollata dei sistemi di IA" (*traduzione mia*).

Alla fine degli anni '40, *John von Neumann*<sup>3</sup> proponeva già la questione se una macchina potesse autoreplicarsi e quindi essere considerata vivente.

A quel tempo, la tecnologia digitale di frontiera era troppo immatura per sollevare preoccupazioni sulla sicurezza.

Non è la questione della sicurezza, sebbene sia fondamentale, che intendo affrontare, bensì la nostra idea di intendere la vita ed il nostro rapporto con le tecnologie che permettono lo sviluppo della intelligenza artificiale e le sue applicazioni.

Comunicazione e informazione sono concetti centrali nella biologia evolutiva.

Infatti, è difficile trovare un'area della biologia in cui questi concetti non siano utilizzati.

Tuttavia, quantificare le informazioni trasferite nelle interazioni biologiche è stato difficile.

Quante informazioni vengono trasferite quando la prima pioggia primaverile colpisce un seme dormiente o quando un pulcino implora cibo dal genitore?

Una misura comunemente utilizzata in questi casi è il valore di fitness: di quanto, in media, la fitness di un individuo aumenterebbe se si comportasse in modo ottimale con le nuove informazioni, rispetto alla sua fitness media senza le informazioni.

Un'altra misura, spesso utilizzata per descrivere le risposte neurali agli stimoli sensoriali, è l'informazione reciproca, una misura di riduzione dell'incertezza, come introdotto da *Shannon* nella teoria della comunicazione<sup>4</sup>.

Tuttavia, l'informazione reciproca non è stata generalmente considerata una misura appropriata per descrivere le risposte evolutive o comportamentali a livello di organismo, perché è cieca alla funzione; non distingue tra informazioni rilevanti e irrilevanti.

L'informazione è un concetto organizzativo centrale nella nostra comprensione dei sistemi biologici a ogni scala.

Il nostro DNA codifica digitalmente le informazioni su come creare un organismo, informazioni che sono state raffinate nel corso delle generazioni attraverso il processo di selezione naturale (*Maynard Smith*, 1989<sup>5</sup>).

I sistemi sensoriali vengono utilizzati per acquisire informazioni sull'ambiente e il cervello elabora e immagazzina tali informazioni.

Una varietà di meccanismi di apprendimento consente agli animali di agire in modo flessibile sulle informazioni che ricevono. Segnali come la coda del pavone, la danza di scodinzolio dell'ape e il linguaggio umano vengono utilizzati per trasmettere informazioni sul segnalatore o sull'ambiente ad altri individui. Oggi, i dubbi sulle spiegazioni convenzionali della vita stanno aumentando e un'ondata di nuove teorie<sup>6</sup> generali è emersa per definire meglio le nostre origini.

Queste suggeriscono che la vita non dipende solo da amminoacidi, DNA, proteine e altre forme di materia.

Oggi, può essere simulata digitalmente, sintetizzata biologicamente o realizzata con materiali completamente diversi da quelli che hanno permesso ai nostri antenati evolutivi di prosperare.

Nelle scienze, la funzione adattiva si riferisce alla capacità di un organismo di cambiare biologicamente, evolversi o, in altri termini, risolvere problemi.

La "risoluzione dei problemi" può sembrare più strettamente correlata ai domini della società, della cultura e della tecnologia che al dominio della biologia.

Ma l'evoluzione genetica implica anche la risoluzione dei problemi.

Le ali degli insetti risolvono il "problema" del volo.

Le lenti ottiche che focalizzano la luce risolvono il “problema” della vista.

E i reni risolvono il “problema” di filtrare il sangue.

Questo tipo di risoluzione biologica dei problemi, un risultato della selezione naturale e della deriva genetica, è convenzionalmente chiamato “adattamento”.

Questa prospettiva di risoluzione dei problemi sta radicalmente alterando la nostra conoscenza dell’Universo.

La vita sta iniziando ad assomigliare molto meno a un risultato di chimica e fisica, e più a un processo *computazionale*.

L’idea della vita come una sorta di processo computazionale ha radici che risalgono al IV secolo a.C., quando *Aristotele* introdusse la sua filosofia dell’*ilomorfismo*<sup>7</sup> in cui le funzioni hanno la precedenza sulle forme.

Per *Aristotele*, abilità come la vista riguardavano meno la forma biologica e la materia degli occhi e più la funzione della vista.

Ci vollero circa 2.000 anni perché la sua idea di funzioni ilomorfe si evollesse nell’idea di tratti adattivi attraverso il lavoro di *Charles Darwin* e altri.

Nel XIX secolo, questi naturalisti smisero di definire gli organismi in base ai loro componenti materiali e alla chimica, e iniziarono invece a definire i tratti concentrandosi su come gli organismi si adattavano ed evolvevano, in altre parole, come elaboravano e risolvevano i problemi.

Ci sarebbe voluto poi un altro secolo perché l’idea di funzioni ilomorfe si trasformasse nel concetto astratto di computazione attraverso il lavoro di *Alan Turing* e le idee precedenti di *Charles Babbage*.

Le ipotesi di *Schrodinger* sulla natura della vita, le ricerche del team cinese, il pensiero aristotelico e il darwinismo evolutivo, le congetture sulla origine della vita nell’universo pongono domande alle quali la letteratura ha cercato di rispondere in molti modi mentre il pensiero scientifico incontra ancora difficoltà.

Nel romanzo *Il Golem* (1913-14), *Gustav Meyrink*<sup>8</sup> scrisse: “Non c’è nulla di misterioso in tutto questo. Sono solo magia e stregoneria – *kishuf* – che spaventano gli uomini; la vita prude e brucia come un cilicio”.

Ai nostri fini, il golem è un’analogia per la vita sintetica.

È una cosa vivente fondata sul fango generativo e una rappresentazione astratta di ciò che è possibile con la biologia sintetica e le protocellule.

L’ipotesi del Golem solleva importanti questioni: se la vita può essere creata da materiali diversi da quelli che hanno dato origine alla vita come la conosciamo, quali sono i principi condivisi che danno origine a tutti gli esseri viventi?

Quali sono le proprietà universali della chimica che supporta la vita?

L’emergere di sistemi computazionali complessi (vale a dire, la vita) nell’Universo potrebbe essere governato da principi più profondi di quanto avessimo precedentemente ipotizzato.

Gli organismi potrebbero avere un obiettivo più generale dell’adattamento.

E se le forme di vita nascessero non da una serie di incidenti adattativi, come mutazione e selezione, ma dal tentativo di risolvere un problema?

L’evoluzione per selezione naturale è un processo in cui ripetuti cicli di sopravvivenza fanno sì che i genotipi dominanti codifichino sempre più informazioni sul loro ambiente.

Da questa prospettiva, una popolazione di organismi in evoluzione si comporta come un processo di campionamento, con ogni generazione che seleziona dalla possibile gamma di varianti genetiche. Nel corso di molte generazioni, la popolazione può aggiornare la sua “conoscenza” collettiva del mondo attra-

verso ripetuti cicli di sopravvivenza differenziale (o “selezione naturale”).

Da questa prospettiva, anche i modelli di apprendimento automatico come ChatGPT sono forme di vita candidate perché possono agire nel mondo (riempirlo con i loro testi), percepire questi cambiamenti durante l’addestramento e apprendere nuovi stati interni per minimizzare l’energia libera.

Gli esseri viventi, secondo *Maupertuis* (1698-1759)<sup>9</sup>, non sono limitati a entità biologiche, ma sono, in senso più generale, macchine capaci di trasmettere soluzioni adattive alle generazioni successive attraverso la minimizzazione dell’energia libera. In altre parole, gli esseri viventi sono capaci di trasmettere informazioni dal loro passato al loro futuro.

Se ciò è vero, allora come definiamo i confini degli esseri viventi?

Cosa conta come individuo?

La vita si basa sulla creazione di copie, che si adattano progressivamente al loro ambiente con ogni nuova generazione.

Negli approcci tradizionali all’origine della vita, i meccanismi di replicazione sono particolarmente importanti, come la copia di un gene all’interno di una cellula.

Tuttavia, la replicazione può assumere molte altre forme.

Ci sono molti tipi di individui: virus che esternalizzano la maggior parte del loro macchinario di replicazione per ospitare genomi, tappeti microbici in cui il trasferimento genico orizzontale erode il confine informatico della cellula e insetti eusociali in cui operaie sterili supportano una regina fertile che produce futuri discendenti.

Secondo la teoria dell’informazione dell’individualità, gli individui possono essere costruiti da diverse fondamenta chimiche.

Ciò che conta è che la vita sia definita da informazioni adattive. Per gli organismi viventi, tuttavia, le regole della vita possono essere modificate o “programmate” per risolvere problemi biologici unici: questi organismi possono adattare se stessi e i loro ambienti. Quello che i ricercatori cinesi stanno dicendo è che gli algoritmi alla base dei processi di large language model si comportano come un motore analitico, possono modificare le regole della loro vita, adattare se stessi e i loro ambienti, ovvero segnare il passaggio della vita dalla chimica fisica al calcolo ed alla risoluzione dei problemi, e dunque dalla materia alla logica.

## Note

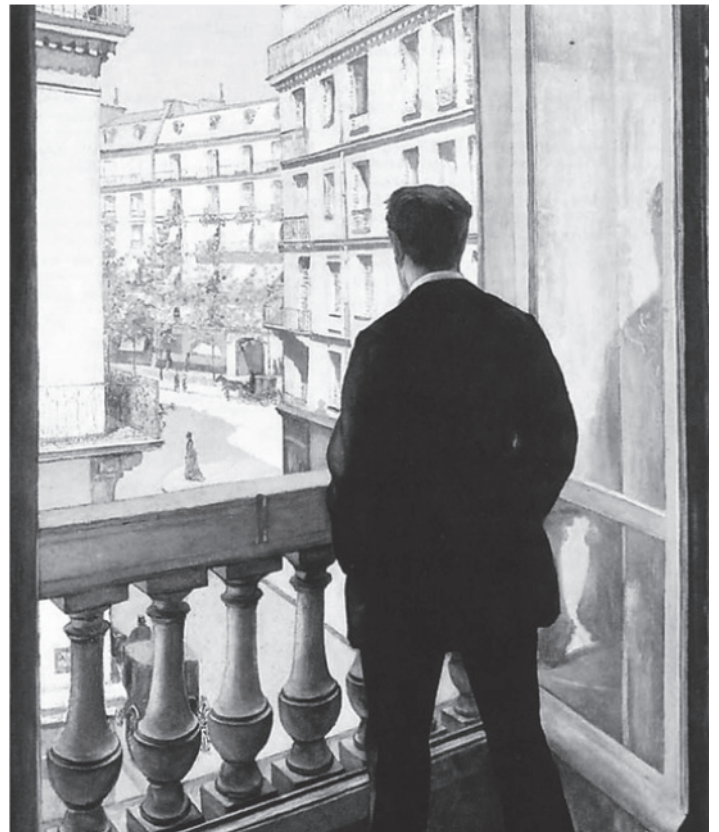
1. Schrodinger E. (1944). *What is life? The Physical Aspect of the Living Cell*. Cambridge University Press. Traduzione italiana 1947 a cura di Mario Ageno. *Che cos’è la vita*. Adelphi ed. 1995.
2. Frontier AI systems have surpassed the self-replicating red line Xudong Pan (潘旭东), Jiarun Dai (戴嘉润), Yihe Fan (范一禾), Min Yang (杨珉) School of Computer Science, Fudan University, 220 Handan Rd., Shanghai, 200433, China.
3. von Neumann J., Burks A. W. (1966). *Theory of Self Reproducing Automata*. University of Illinois Press.
4. *La teoria matematica delle comunicazioni*. Milano: Etas Kompass, 1971.
5. *Evolutionary Genetics*. Oxford University Press, 1989.
6. Chris Kempes and David Krakauer’s research paper *The Multiple Paths to Multiple Life* (2021), and Sara Imari Walker’s book *Life as No One Knows It: The Physics of Life’s Emergence*.
7. Charles D. (a cura di) (2023). *The History of Hylomorphism: From Aristotle to Descartes*. New York: Oxford University Press.
8. Meyrink G. (2000). *Il Golem*. Milano: Bompiani.
9. Focher F. (a cura di) (2014). *Lettere filosofiche e scientifiche. Lettera sul progresso delle scienze*. Pavia University Press.

## 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, o ai loro familiari.*

*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.*



### Quella telefonata...

Non so cosa mi abbia spinto (istinto di sopravvivenza?) a fare "quella telefonata", vincendo la paura, la timidezza, la vergogna, l'inadeguatezza, il senso di tradimento, di sfinimento e d'impotenza; emozioni che mi stringevano così forte da non permettermi di respirare, mentre non facevo nulla per cambiare questa mia vita, che nel frattempo mi uccideva, se non lamentarmi e piangermi addosso... ho fatto quella telefonata come ultima spiaggia su cui salvarmi; ero esausta dal lungo nuoto in mare di fango, che tentava d'ingoiarmi continuamente...

Quella telefonata ha cambiato non solo la mia vita, ma quella di tutte le persone intorno a me.

Mentre ero debordante di emozioni che mi congelavano, la mia mente veniva accolta dagli operatori As.Tr.A, che con amorevole calore mi davano supporto e le prime indicazioni.

Per me, roccia orgogliosa ed educata a non chiedere mai niente a nessuno, ad arrangiarmi per tutto da sola, da tutta una vita, fare quella telefonata è stato un po' come sfondare tutto ciò che mi era stata insegnato... ma da quella telefonata, con tanta fatica, è iniziata questa vita che amo.

In quel momento non sapevo dove sarei arrivata, ma sapevo che non volevo mai più stare dov'ero.

Inizii il mio percorso interiore, il mio percorso come operatrice, la scoperta della forza che avevo, la volontà di aiutare fratelli sconosciuti, che come me si erano ritrovati sbigottiti e devastati a causa dell'alcol, chi da una parte e chi dall'altra...

Sono passati 15 anni da quella telefonata ed ora il cerchio si è allargato, parliamo in molti questa lingua, è ancora però troppo sconosciuta al mondo esterno.

È importante comprendere 3 cose:

1. Imparare a chiedere aiuto.
2. Imparare a non raccontarsi bugie da soli, non autogiustificarsi: dobbiamo attraversare la verità che non vogliamo sentire.
3. Imparare una comunicazione chiara, corretta, sincera. Sempre.

Questi 3 obiettivi sono indispensabili per il processo di guarigione e cambiamento, che nessuno nega essere molto pesante psicologicamente e socialmente, ma fattibile, se vogliamo.

Se vogliamo veramente.

Grazie As.tr.A

**Marianna Bussani** – Familiare e operatrice associazione As.Tr.A (Trieste)

# Poetry Corner/Rubrica di poesia

Enzo Lamartora

**Guido Mazzoni** è nato nel 1967. Ha vissuto e lavorato a Pisa, Parigi, Londra e Chicago. È tra i fondatori del sito letterario «Le parole e le cose». Ha coordinato l'edizione commentata delle poesie di Montale per la Mondadori. È ordinario di letteratura italiana all'Università di Siena.

Ha scritto i saggi *Forma e solitudine* (Milano, Marcos y Marcos, 2002), *Sulla poesia moderna* (Bologna, il Mulino, 2005), *Teoria del romanzo* (Bologna, il Mulino, 2011), *I destini generali* (Roma-Bari, Laterza, 2015).

Come poeta, ha scritto: *I mondi* (Roma, Donzelli, 2010) e *La pura superficie* (Roma, Donzelli, 2017).

Le poesie che seguono sono tratte dalla prima delle sue raccolte, e si caratterizzano per l'equilibrio compositivo, la partecipazione malinconica del poeta alla realtà raccontata e l'autenticità di tale realtà, alla quale ci si può immedesimare.

## La parete

Torna il silenzio oltre i vetri dell'auto e la parete del sole fra lo svincolo e la strada è invisibile da qui. Correvamo fra i tralicci e gli abeti che ora vedo per l'aria bianca oltre il tempo attraversare il primo giorno del 1983 insieme a noi. Vuoti e colore nel paesaggio disgregato, il porto di Livorno alla fine della gita, i parenti che non conoscevo. Dietro le ciminiere, come un sacco opaco o un enorme animale sospeso sui tetti delle case, si gonfiava fra il pulviscolo viola il temporale. Rigido io li guardavo nella nube che entra elettrica dai vetri e li ascoltavo dentro il volume della radio accesa raccontare pezzi della propria vita, le solite banalità – gli adulti, i genitori. Allo stupore che prima del sonno mi annullava ho domandato spesso di non essere così – Vorrei scusarmi e difendervi ora da questa fragilità in cui vi vedo come nel fondo di un vetro, mentre diventate giorno dopo giorno più comprensibili e vicini. Il temporale ha scosso i rami finti degli abeti, vi sovrasta la voce della radio, una parete d'aria mi divide da voi. Basta un istante a oscurarvi: scaglie dell'accadere, mie persone che siete solo sagome, ora, nella nube che si chiude. E quando tornavamo, più tardi, alla fine di quello che ricordo, guardando le stesse cose replicarsi, io andavo in bagno, aprivo l'acqua fredda, la lasciavo paralizzare la mano. Solo dopo mi calmavo di nuovo, di nuovo comprendevo. A volte, prima di dormire, una paura inumana mi attraversa e queste cose che non riesco a nominare mi riportano da voi, quando cala uno stupore dal soffitto e nella mente cresce l'onda del sonno dove posso non esistere mai più, non ricordare.

## Anniversario

a B.

Lascio la mattina consumarsi vuota così priva di pensieri ed esaurire nel suo spazio ogni angoscia. I suoi frammenti tornano contro di me pieni di ciò che è accaduto e io li vedo, inermi fra le cose vere, chiedere che li protegga.

Tra l'orizzonte che vibra nei vetri e il colore opaco del paesaggio li ho guardati dileguare e diventare ciò che sono stato. Oggi vorrei che si schiudessero, per dire gli aghi di pino stesi lungo il viale della pineta che emergeva in quella prima apparizione del mare, quando da poco parlavamo e diventava chiaro cosa saremmo stati insieme e cosa siamo adesso. Se l'ombra copre la casa e un mondo rosa esce dallo schermo nella stanza, ora che questa sequenza di anni diventa una cosa senza peso, solo il nostro frammento ancora mi appartiene e la sua pace è il nulla che difendo.

## Pure Morning

L'urto delle gocce sulle foglie, la condensa, la luce che rischiarava i gerani strappati e ancora vivi nel vapore del ghiaccio che si scioglie, la terra sparsa sul balcone dei vasi – vedevamo una periferia enorme oltre le grate del terrazzo e nelle luci di casa le persone vivere, mettere nel buio le stanze illuminate; e poi più in là tra gli spazi vuoti, i fili e il muro della circonvallazione, cominciava la rete dei viali e la metropoli immensa si mostrava. Dopo, se il cielo diventava chiaro e le colonne dei fari segnavano le strade, il rombo fuori dai vetri era pieno delle vite che vedevo raprendersi in quegli attimi, quando la fila delle auto si ferma e ci guardiamo esistere dai finestrini, tra i fanali, il loro cerchio nel cono della pioggia, dentro i secoli che ora mi vengono incontro dai campi coltivati, dai caselli di Milano se la nebbia si dischiude. Ogni vita è solo se stessa: questa luce bassa sulle case, i primi treni che aprono il vento e ci sorprendono in una specie di torpore, la pastiglia nel bicchiere, gli adolescenti, nel video, che cantano il dolore; quando sembra che la mente nasconda a se stessa il gesto di fuggire la mattinata pure, i fatti nudi, nel rumore di tutti il tempo che si perde per essere solo ciò che siamo adesso, per diventare solo solitudine.

® 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 comunità come luogo di cura. Analisi degli esiti dei percorsi di cura nelle comunità terapeutiche degli utenti in carico al Ser.D. di Portogruaro nel quinquennio 2017/2022

Roberto De Filippo\*, Ingrid Bin\*\*, Eliana Tavan\*\*\*, Diego Saccon\*\*\*\*

## RIASSUNTO

■ **Obiettivi:** Il presente articolo si propone di descrivere gli esiti dei percorsi di cura residenziale intrapresi dai pazienti con diagnosi di dipendenza patologica da sostanze, inviati dal Ser.D. di Portogruaro (VE) presso le comunità terapeutiche (CT) del Veneto, nel quinquennio 2017-2022.

**Materiali e metodi:** Analizzando i dati qualitativi e quantitativi registrati nelle piattaforme digitali del Servizio “Gedi” e “Geki”, lo studio ha preso in considerazione i percorsi di cura residenziale di 77 pazienti e ne ha valutato la ritenzione in trattamento, esaminando l'ultimo percorso di cura residenziale intrapreso da ciascun utente. Sono state poi analizzate le differenze rilevate, sempre in termini di ritenzione in trattamento, tra utenti con disturbo da uso di oppiacei ed utenti con disturbo da uso di alcool.

**Risultati:** I dati raccolti mostrano, da un lato, che l'abbandono del percorso di cura, soprattutto per mancanza di compliance, sia l'esito più frequente, con una permanenza media registrata di poco superiore ai sei mesi, e, da un altro lato, che meno di un 1/5 dell'utenza porta a termine il programma terapeutico.

**Conclusioni:** I risultati suggeriscono di effettuare ulteriori ricerche per approfondire le cause dei dropout, al fine di prevenirli, dato che una maggior permanenza in trattamento è correlata ad un miglior esito dell'intervento riabilitativo. ■

**Parole chiave:** Dipendenze, Follow up, Qualità della vita, Abbandono, Comunità terapeutiche.

## SUMMARY

The therapeutic community as place of care. Analysis of the outcomes of drug users' community paths at the Ser.D of Portogruaro, in the five-year period 2017/2022

■ **Objectives:** This article aims to describe the outcomes of residential care pathways undertaken by patients diagnosed with substance use disorders, referred by the Ser.D. of Portogruaro (VE) to the therapeutic communities (CT) in Veneto, during the five-year period from 2017 to 2022.

**Materials and methods:** By analyzing the qualitative and quantitative data recorded in “Gedi” and “Geki”, the two digital platforms used by the Services to manage patients, the study considered the residential care pathways of 77 patients and evaluated their retention in treatment, examining the last residential care pathway undertaken by each user. The differences in terms of retention in treatment between users with opioid use disorders and those with alcohol use disorders were then analyzed.

**Results:** The collected data show that dropping-out of the care pathway, particularly due to lack of compliance, is the most frequent outcome, with an average recorded stay of just over six months. Additionally, less than one-fifth of the users complete the therapeutic program.

**Conclusions:** The results suggest further research to explore the causes of dropout, due to prevent them, as longer retention in treatment is correlated with better outcomes of rehabilitation interventions. ■

**Keywords:** Addiction, Follow up, Quality of life, Dropout, Therapeutic Communities.

Articolo sottomesso: 24/01/2025, accettato: 20/02/2025

\* Consulente a contratto del Servizio per le Dipendenze, Azienda ULSS 4 Veneto Orientale, San Donà di Piave (Venezia).

\*\* Servizio per le Dipendenze, Azienda ULSS 4 Veneto Orientale, San Donà di Piave (Venezia).

\*\*\* Azienda ULSS 4 Veneto Orientale.

\*\*\*\* Direttore del Servizio per le Dipendenze, Azienda ULSS 4 Veneto Orientale, San Donà di Piave (Venezia).

## Premessa e Background

L'abuso di alcol e droghe rappresenta una problematica di salute globale; negli ultimi decenni, si è registrato un notevole incremento della prevalenza dei disturbi da uso di sostanze (SUD), sia per quanto riguarda l'alcol che le droghe, comportando un carico significativo per la società a causa degli effetti negativi sulla salute. Attualmente, oltre 175 milioni di persone nel mondo soffrono di SUD, con più di 100 milioni colpiti specificamente da disturbo da uso di alcol; inoltre, è molto comune riscontrare comorbidità tra SUD e altri disturbi psichiatrici. Le persone con problemi legati all'uso di sostanze ricevono supporto dai servizi sanitari e da Comunità Terapeutiche (CT) che propongono vari programmi di trattamento e supporto in base alle necessità individuali. Le terapie comuni per i SUD comprendono farmacoterapia, psicoterapia, counseling e interventi psicosociali; le principali modalità di trattamento per il recupero includono programmi ambulatoriali, residenziali e diurni. In Italia, i trattamenti residenziali sono generalmente più accessibili rispetto ai programmi diurni e prevedono trattamenti a lungo termine, durante i quali i pazienti, mentre vivono e sono impegnati nelle attività quotidiane della struttura residenziale, ricevono supporto e assistenza continua e sono incoraggiati a partecipare a diverse attività terapeutiche che spaziano dai trattamenti farmacologici agli interventi socio-educativi, riabilitativi o psicoterapeutici, individuali e/o di gruppo. I programmi di trattamento residenziale sono realizzati in ambienti altamente strutturati, dove i fattori scatenanti e le influenze negative restano esterne, permettendo ai pazienti di concentrarsi sul loro percorso terapeutico seguendo un programma giornaliero ben organizzato. Al contrario, i programmi ambulatoriali presentano meno restrizioni, facendo affidamento sulla possibilità di potenziare le proprie competenze per evitare influenze negative e accrescere il proprio autocontrollo. In entrambi i casi, l'obiettivo dei programmi di trattamento è raggiungere la remissione dei SUD e la riabilitazione del paziente, migliorando l'autonomia e il funzionamento dell'individuo, oltre a promuovere la reintegrazione sociale.

Ricerche precedenti indicano che non ci sono differenze significative nei risultati tra i programmi residenziali e ambulatoriali, suggerendo come i pazienti conseguano miglioramenti rilevanti in termini di disintossicazione, occupazione e riduzione della criminalità, indipendentemente dal contesto in cui si trovano. Invece emerge, quale fattore determinante per esiti più favorevoli, la durata del trattamento, con vantaggi evidenti che si manifestano quando il trattamento supera i sei mesi.

La letteratura attuale riguardante l'efficacia e i risultati di diversi programmi di trattamento per la dipendenza non ha ancora esaminato l'argomento in modo esaustivo, in particolare nel contesto della ricerca italiana, dove i programmi possono differire da quelli internazionali e portare a risultati diversi. La maggior parte delle indagini è focalizzata su studi clinici controllati randomizzati (RCT) al fine di valutare quali interventi risultino efficaci nel trattamento delle persone con SUD. Tuttavia, è altrettanto importante analizzare e studiare quei contesti in cui non è possibile effettuare RCT, poiché possono fornire dati reali preziosi che possono aiutare a informare e guidare i clinici e i responsabili delle politiche nelle loro scelte. Infatti, secondo l'approccio RWE – *Real World Evidence* – le informazioni ottenute dall'analisi di dati dei pazienti (RWD, *Real World Data*) generati durante la pratica clinica di ogni giorno, cioè al di fuori degli studi randomizzati controllati, possono sopprimere al limite

specifico dei trial clinici, ovvero all'incapacità di generalizzare le informazioni prodotte dalla popolazione che realmente riceve (o riceverà) il trattamento, sia esso un farmaco, un dispositivo medico o un trattamento riabilitativo multidimensionale.

Da questa prospettiva, il presente studio si propone di valutare gli esiti correlati ai programmi residenziali intrapresi dai pazienti inviati dal Ser.D. della AULSS-4-Veneto Orientale di Portogruaro (VE) presso le varie CT del territorio regionale veneto.

## Introduzione

Nella valutazione d'esito di pazienti affetti da un disturbo da uso di sostanze, trattandosi di un'area in cui l'obiettivo è generalmente quello di cambiare il comportamento di *addiction*, è importante aver ben presente che non è sempre possibile identificare una correlazione di causa-effetto fra il trattamento effettuato ed i risultati riscontrati. Il trattamento terapeutico, infatti, si somma molto spesso a tutta una serie di interventi antecedenti; inoltre, subentrano inevitabilmente fattori ambientali, credenze individuali, la tipologia di comunità, la durata dei programmi, il tipo di utenza accolta, la tipologia di DUS e la presenza di eventuali comorbidità, nonché eventuali ulteriori interventi concomitanti.

Negli ultimi anni, diversi studi hanno evidenziato quanto il tema della valutazione degli esiti dei percorsi di cura sia fondamentale per il miglioramento della qualità e dell'efficienza dei Servizi per le Dipendenze, per l'individuazione di punti critici e per il miglioramento dei servizi offerti. Inoltre, la crescente consapevolezza riguardo alle sfide connesse alle dipendenze patologiche ed il riconosciuto ruolo che le CT, residenziali e non, hanno in tali sfide, hanno evidenziato la necessità di approfondire l'analisi degli esiti dei trattamenti anche presso di esse.

Questo articolo si propone di analizzare l'efficacia dei percorsi di cura intrapresi da 77 pazienti con diagnosi di dipendenza da sostanze e alcol, inviati presso le CT dal Servizio per le Dipendenze (Ser.D.) di Portogruaro, nel periodo che va dal 2017 al 2022. Attraverso l'analisi dei dati di ritenzione in trattamento, utilizzata come indicatore chiave di successo terapeutico, si intende delineare un quadro indicativo delle dinamiche che caratterizzano i percorsi di cura in queste comunità.

Dall'analisi dei dati emersi, il presente studio intende promuovere la necessaria riflessione attorno agli elevati tassi di abbandono e di espulsione, oltre che esplorare le differenze di esito tra i vari tipi di disturbo da uso di sostanze e alcol. Le conclusioni dello studio permettono di evidenziare con chiarezza la necessità di una più ampia ed approfondita comprensione delle motivazioni che sono alla base delle numerosissime interruzioni dei trattamenti intrapresi, che possa essere di spunto a più rigorosi studi, in grado di rintracciare ed offrire le adeguate strategie per migliorare le pratiche esistenti e promuovere una maggiore aderenza ai programmi di cura. Questo studio, pertanto, non solo mira a contribuire a una migliore comprensione degli esiti dei percorsi di cura nelle CT, ma anche a stimolare un dibattito costruttivo su come rendere le esperienze di trattamento residenziale più efficaci.

## Obiettivi della ricerca

Dato il quadro finora delineato, questo studio propone un'analisi sull'efficacia dei percorsi di cura intrapresi dai pazienti con

diagnosi di dipendenza patologica da sostanze, inviati dal Ser.D di Portogruaro presso le comunità terapeutiche della regione Veneto, nel quinquennio 2017-2022. Più nello specifico, è stata presa in considerazione la ritenzione in trattamento quale indicatore complessivo di efficacia.

## Metodi e strumenti

La misurazione dell'efficacia si è basata sulla valutazione dell'esito dell'ultimo trattamento residenziale intrapreso da ciascuno degli utenti inclusi nel presente studio, occupandosi tangenzialmente delle differenze rilevabili tra i diversi tipi di disturbo da uso di sostanze. Allo scopo, si è eseguita una attenta ricognizione dei dati clinici disponibili nelle piattaforme digitali del Servizio "Gedi" e "Geki": la prima gestisce le cartelle cliniche ed i dati anagrafici dei pazienti Ser.D.; la seconda, invece, tiene conto di tutti gli inserimenti in CT e dei relativi tempi di permanenza.

## Risultati

Ai fini dell'analisi, sono stati considerati i pazienti in carico al Ser.D. di Portogruaro dal 01/01/2017 al 30/05/2022, inseriti almeno una volta in un percorso di cura residenziale presso una delle CT accreditate dalla Regione Veneto. Inizialmente si sono presi in considerazione i dati relativi a 77 utenti – 62 uomini (81%) e 15 donne (19%) – una coorte con una caratterizzazione di genere quasi perfettamente coincidente con la distribuzione dell'utenza complessiva del Ser.D. di riferimento, che, all'epoca della rilevazione, faceva registrare una prevalenza maschile pari a circa il 78% dell'utenza. Per quanto riguarda le classi d'età, l'intervallo maggiormente rappresentato va dai 25 ai 34 anni, in un range di età, registrata all'ultimo ingresso, che va dai 19 ai 70 anni.

Dei 77 pazienti inizialmente considerati, 13 (il 17%) sono risultati essere ancora in trattamento al momento dell'indagine e, pertanto, sono stati esclusi dallo studio. In totale sono stati analizzati gli esiti dei percorsi di cura di 64 utenti, di questi 36 (54%) presentano un disturbo da uso di oppiacei, 18 (28%) un disturbo da uso di alcol ed i restanti 10 pazienti (18%) hanno riportato diagnosi riferite a differenti sostanze (allucinogeni, cannabinoidi, cocaina). Tra i pazienti con le due più frequenti tipologie di disturbo da uso di sostanze rilevate (oppiacei e alcol), si è successivamente proposto un confronto in merito ai relativi esiti di trattamento.

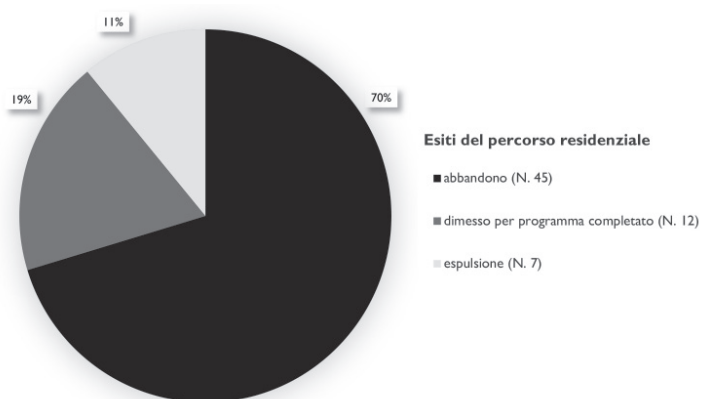
Dei 64 pazienti definitivamente considerati, il 43% ha avuto un solo accesso in una CT, il 29% ne ha avuti due, il 18% tre, mentre il restante 10% ha avuto un numero di accessi in CT compreso fra 4 e 7. Si rileva così che, in media, ogni soggetto ha svolto due accessi comunitari; tuttavia, l'analisi ha riguardato solo l'ultimo percorso di cura residenziale intrapreso ed il relativo esito.

In generale si è osservato che il 70% dei percorsi di cura considerati si è concluso con un abbandono, ovvero con delle dimissioni volontarie dal programma da parte del soggetto; che nell'11% dei casi ha avuto luogo un'espulsione da parte della struttura stessa (quando il comportamento del paziente è risultato incompatibile con le norme o con e gli obiettivi terapeutici); infine, che solo il 19% dei pazienti ha completato del programma terapeutico intrapreso (Tabella 1, Figura 1).

Tab. 1 - Esito dei percorsi in comunità

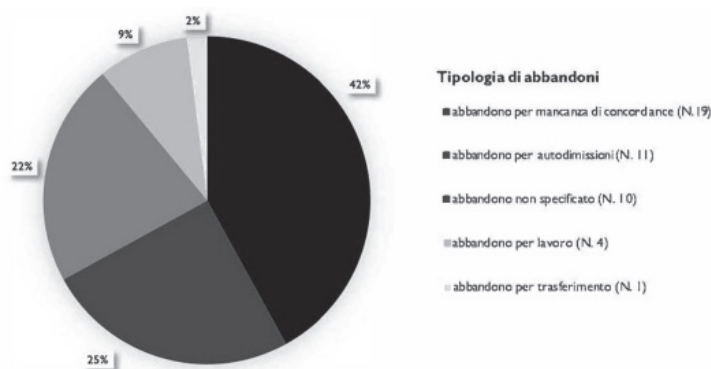
| Esito                | Valore % | Valore assoluto |
|----------------------|----------|-----------------|
| Abbandono            | 70       | 45              |
| Espulsione           | 11       | 7               |
| Programma completato | 19       | 12              |
| Totale               | 100      | 64              |

Fig. 1 - Esito dell'ultimo trattamento in CT nel corso del quinquennio 2017-2022



Nel presente studio, dunque, si sono presi in considerazione, quali esiti del percorso di cura residenziale, i seguenti casi: "Abbandono"; "Espulsione"; "Dimissioni per programma completato". In merito agli abbandoni, questi sono stati suddivisi in funzione del tipo di motivazione che li ha causati. Come illustrato dalla Figura 2, si sono individuate cinque tipologie di abbandono: l'abbandono per mancanza di *concordance* (42%); l'abbandono per autodimissioni (25%); l'abbandono non specificato (22%); l'abbandono per ricercare un lavoro (9%); l'abbandono per il trasferimento ad altro Ser.D. (2%).

Fig. 2 - Distribuzione degli abbandoni (%)

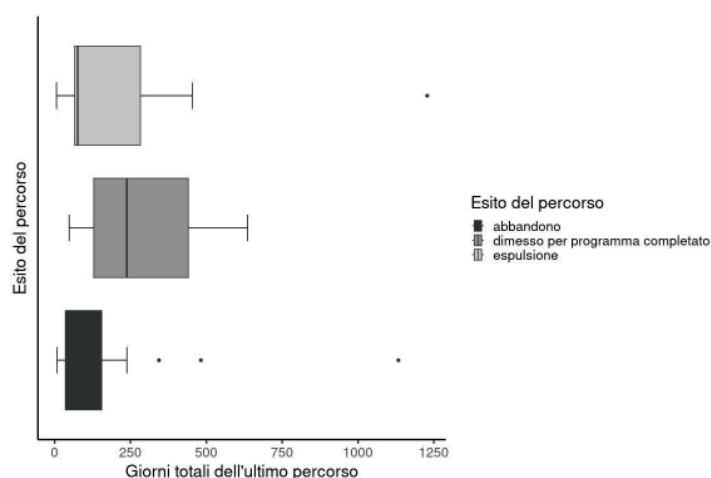


Prendendo in esame i giorni totali di permanenza in trattamento, si è potuto, poi, rilevare che la durata media del percorso di cura intrapreso dall'utenza considerata è pari a 189 giorni (poco più di sei mesi), con un livello di variabilità molto marcato, che va da un minimo di 6 giorni ad un massimo di 1228.

Più nello specifico, osservando il grafico (Figura 3), che riporta gli esiti indistintamente rispetto al tipo di sostanza d'abuso, si

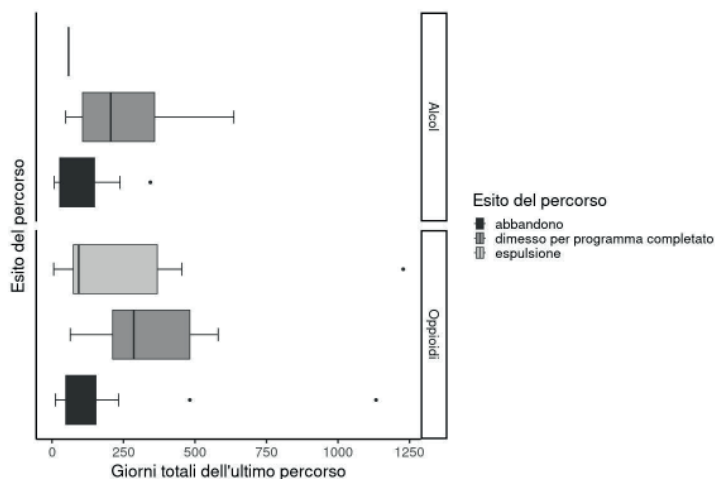
può notare come il numero di giorni totali degli utenti con esito “dimesso per programma completato” tenda a essere maggiore rispetto agli altri due casi: infatti gli abbandoni o le espulsioni tendono ad avvenire nelle fasi precoci del programma, mentre chi permane per più tempo può più facilmente arrivare a concludere il programma terapeutico, con esiti prognostici migliori. Molti studiosi confermano che pazienti che riescono a permanere in struttura terapeutiche per un periodo, ritenuto ottimale, che va dai 18 ai 24 mesi, hanno mediamente esiti prognostici più favorevoli (Coletti *et al.*, 2022). Anche secondo Vanderplasschen *et al.* (2013), la durata del trattamento e la partecipazione alle successive cure post-terapia risultano essere predittori coerenti dello stato di recupero.

**Fig. 3 - Distribuzione dei giorni totali per esito dell'ultimo percorso**



Inoltre, confrontando le due tipologie di abuso maggiormente rilevate – oppiacei e alcol –, se si osserva la Figura 4, si può notare che in merito all’esito “abbandono”, per entrambe le tipologie di pazienti la variabilità e la mediana dei giorni di permanenza in CT sono simili, con un leggero allungamento del periodo per i pazienti con dipendenza da oppiacei. Invece, per quanto riguarda il più favorevole esito “dimesso per programma completato”, il periodo di permanenza è generalmente più

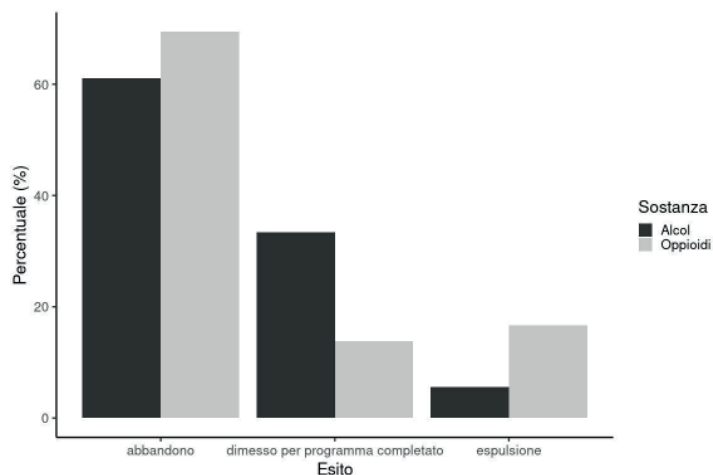
**Fig. 4 - Distribuzione dei giorni totali per esito dell'ultimo percorso: differenze in funzione del tipo di sostanza d'abuso**



lungo rispetto agli altri esiti, con una mediana ed una variabilità più ampia per i casi di dipendenza da oppiacei rispetto a quelli di dipendenza da alcol. In ultimo, l’esito “espulsione” ha una dispersione ampia specialmente per i casi di abuso di oppiacei, mentre per i casi di abuso di alcol ha valori molto più concentrati: l’utenza con una storia di abuso da oppiacei è soggetta al rischio di espulsione anche dopo periodi di permanenza relativamente lunghi. Nel complesso, i pazienti con una diagnosi di abuso di oppiacei tendono a permanere in CT più a lungo, con una variabilità d’esito piuttosto significativa, mentre i pazienti con una diagnosi da abuso di alcol hanno una variabilità d’esito relativamente minore, a fronte di una permanenza media lievemente inferiore.

Infine, dal grafico sottostante (Figura 5) si può notare come l’esito “abbandono” si distribuisca quasi equamente tra le due maggiori tipologie di dipendenza riscontrate, benché vi sia una frequenza leggermente maggiore tra coloro che abusano di oppiacei. Al contrario, il favorevole esito “dimesso per programma completato” sembra avere una frequenza quasi doppia tra coloro che hanno una diagnosi da abuso di alcol rispetto a chi abusa di oppiacei. Infine, si può notare come, ancora una volta, un esito negativo qual è l’“espulsione”, interessi prevalentemente chi è entrato in comunità per dipendenza da oppiacei rispetto a chi vi è entrato per una dipendenza da alcol.

**Fig. 5 - Distribuzione degli esiti per sostanza (%)**



## Conclusioni

Complessivamente, l’analisi condotta ha potuto far risaltare gli innumerevoli “abbandoni” ed “espulsioni”, che si presentano a scapito degli auspicati “programmi completati”, i quali, si ricorda, rappresentano meno di 1/5 (il 19%) di tutti gli esiti registrati. Un dato che si trova in accordo con altri studi (Molin *et al.*, 2015) che evidenziano come l’abbandono sia l’esito più rappresentato e costituisca la realtà dei fatti. Da questo punto di vista, l’obiettivo di ogni comunità non può che concentrarsi sulla ritenzione in trattamento quale fine che profila esiti prognostici più favorevoli; tuttavia una percentuale così alta di abbandoni invita i professionisti del settore ad interrogarsi su quali possano essere le cause dei numerosi *dropout* e in che modo prevenirli ed evitarli, tenendo sempre ben presente che l’abbandono non deve essere oggetto di stigmatizzazione e che non va concepito come un fallimento dell’utente o della Comunità. È cruciale,

inoltre, tenere presente che un trattamento comunitario non può garantire degli effetti omogenei: appare evidente che ogni caso esaminato ha una propria storia che lo distingue dagli altri e non si possono fare generalizzazioni.

Per ciò che concerne i due principali gruppi di utenza registrati – utenti con disturbo da uso di alcol e con disturbo da uso di oppiacei (Figura 5) –, i dati analizzati denotano quanto le due tipologie di utenti si differenzino significativamente in merito agli esiti che il percorso di cura residenziale riserva loro: maggiormente favorevole quello per chi ha un disturbo da uso di alcol, piuttosto incerto quello per chi abusa di oppiacei. Certamente concorre ad influenzare tale variabilità, la comorbidità psichiatrica: infatti, come evidenziano Saccon *et al.* (2010) in una rilevazione presso i singoli Dipartimenti della regione Veneto per gli anni 2002-2006 la percentuale di utenti con disturbo da uso di alcol con “Doppia Diagnosi”<sup>2</sup> è del 16-17%, mentre quella riferita agli utenti con disturbo da uso di oppiacei è del 20-21%. Incidenze ancora più ampie sono state registrate recentemente in uno studio in via di pubblicazione (Boatto *et al.*, 2024)<sup>3</sup>, che ha analizzato l’occorrenza di comorbidità tra i pazienti in carico allo stesso Ser.D. della AULSS-4-V.O. I risultati emersi rilevano che, a fronte di un già ampio 55% (66/120) di comorbidità per i disturbi correlati all’alcol, una percentuale ancora più ampia di comorbidità – il 75,27% (70/93) – è stata evidenziata a proposito dei disturbi correlati all’uso di oppiacei.

D’altra parte, la letteratura scientifica ha ampiamente riconosciuto che pazienti con comorbidità mostrano, anche nel trattamento di un disturbo da uso di sostanze, esiti peggiori rispetto a pazienti senza altri disturbi psichici in comorbidità (Drake *et al.*, 1996; Moos *et al.*, 2001). Anche la correlazione tra disturbi di personalità e *dropout* da trattamenti per SUD è stata ampiamente evidenziata da molteplici studi (Martinez-Raga *et al.*, 2001; Cacciola *et al.*, 2001). Più in particolare, i disturbi di personalità di cluster B, come il disturbo Antisociale o il disturbo Borderline di Personalità, sono risultati associati, in diversi studi, a prognosi peggiori e frequenti *dropout* (Greenberg *et al.*, 1994; Ravndal *et al.*, 1995; Martinez-Raga *et al.*, 2002; Haro *et al.*, 2004).

In conclusione, sebbene l’accesso dei pazienti ad un percorso comunitario e di cura rispecchia l’avvio di un percorso di recovery – un passo fondamentale di consapevolezza del bisogno di cure e indispensabile per l’avvio di un processo di cambiamento verso il miglioramento del benessere del paziente affetto –, non può disconoscersi l’emergente necessità di una riflessione aperta e condivisa che voglia approfondire ulteriormente cause e strategie per affrontare e ridurre i casi di *dropout*.

A tal fine, secondo il parere e le intenzioni degli autori, sarà opportuno approntare specifiche rilevazioni che possano dar conto dei processi di *intake*, a monte degli invii alle C.T., e verificare i rischi di *missmatch* tra bisogni individuali e caratteristiche delle Comunità individuate, a monte, dai Servizi. È noto, infatti, che il processo di *intake* (inteso come processo iniziale di valutazione) gioca un ruolo cruciale nel garantire adeguate indicazioni al trattamento per inserimenti e prese in carico calibrate sulle reali esigenze del paziente. D’altra parte il processo di *intake*, quando monitorato, può costituire un prezioso *feedback* sulla congruenza degli invii alle C.T. e, quindi, constatare il grado di *matching* tra C.T. e bisogni del paziente.

Pertanto, dato che *intake* ben condotti e *matching* appropriati possono meglio garantire l’aderenza dei trattamenti comunitari alle esigenze dei pazienti, aumentando le probabilità di succes-

so dei percorsi terapeutici intrapresi, successive indagini da parte degli autori non potranno mancare di dar conto delle criticità e formulare, ove possibile, adeguate ipotesi su come ridurle.

Come tutti gli studi retrospettivi, il nostro contributo non è esente da alcuni evidenti limiti metodologici. I risultati conseguiti sono infatti basati principalmente sull’analisi delle cartelle cliniche, comportando necessariamente, in alcuni casi, l’incompletezza o la mancanza di alcune informazioni; ciò può aver compromesso l’attendibilità di alcune delle conclusioni raggiunte.

## Note

1. Con l’espressione “abbandono per mancanza di *concordance*”, ci si riferisce allo specifico caso in cui la motivazione all’abbandono risiede nella carente adesione da parte del paziente alle regole ed all’organizzazione della CT. Con “abbandono per autodimissioni” si raggruppano i casi in cui l’utente abbandona per motivi personali, non riconducibili alla *concordance*. Con “abbandono non specificato” ci si riferisce alla mancanza di informazioni disponibili circa le motivazioni all’abbandono. L’“abbandono per ricercare un lavoro” si riferisce alla eventualità in cui il paziente sia in procinto di iniziare un’attività lavorativa non compatibile con la continuazione del trattamento terapeutico-riabilitativo. Infine, con “abbandono per trasferimento” si registra l’unico caso di trasferimento ad altro Ser.D.

2. Saccon *et al.* (cit. 2010), con l’espressione “Doppia Diagnosi” si riferisce a quelle specifiche occorrenze comorbili in cui ad un Disturbo da Uso di Sostanze (SUD) si associa un ulteriore Disturbo Mentale Grave (SMI).

3. I risultati preliminari dello studio sono stati presentati con il poster esposto e premiato al Congresso per i 150 anni della Società Italiana di Psichiatria, del maggio 2024, dal titolo *Comorbidità psichiatrica nei DUS: dati preliminari di una ricerca con strumenti standardizzati in un campione randomizzato del Servizio per le Dipendenze dell’AULSS 4 Veneto Orientale*.

## Riferimenti bibliografici

- Bennett D., Pollock P., Ryle A. (2005). The States Description Procedure: the use of guided self-reflection in the case formulation of patients with Borderline Personality Disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 12(1): 50-57. Doi: 10.1002/cpp.416.
- Bignamini E., Cortese M., Garau S., Sansebastiano S. (2002). *Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica. Percorsi di ricerca sulla comorbidità*. Castello d’Argile: Editeam.
- Brown C.H., Bennett M.E., Li L., Bellack A.S. (2011). Predictors of initiation and engagement in substance abuse treatment among individuals with co-occurring serious mental illness and substance use disorders. *Addictive behaviors*, 36(5): 439-447. Doi: 10.1016/j.addbeh.2010.12.001.
- Cacciola J.S., Alterman A.I., Rutherford M.J., McKay J.R., Mulvaney F.D. (2001). The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintained patients. *Drug Alcohol Depend*, 61: 271-80. Doi: 10.1016/S0376-8716(00)00148-4.
- Calamai G. (2018). *Uso e abuso di sostanze: Capire e affrontare le dipendenze da alcol e droghe*. Trento: Erickson.
- Carrà G., Johnson S., Bebbington P., Angermeyer M.C., Heider D., Bruga T., Azorin J.-M., Toumi M. (2012). The lifetime and past-year prevalence of dual diagnosis in people with schizophrenia across Europe: Findings from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC). In *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262, pp. 607-616. Doi: 10.1007/s00406-012-0305-z.
- Chianura P., Balzotti A., Chianura L. (2005). *Comorbidità psichiatrica ed abuso di sostanze*. Milano: FrancoAngeli.

- Coletti M., Grosso L. (2022). *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*. Associazione Gruppo Abele Onlus-Edizioni Gruppo Abele.
- De Witte N.A., Crunelle C.L., Sabbe B., Moggi F., Dom G. (2014). Treatment for outpatients with comorbid schizophrenia and substance use disorders: a review. *European addiction research*, 20(3): 105-114. Doi: 10.1159/000355267.
- Dipartimento Politiche antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri (2013). Indagine sul consumo di sostanze psicotrope nella popolazione italiana 18-64 anni. *Report Drug 2014*, pp. 37-139.
- Dowd E.T., Rugle L. (2001). *La tossicodipendenza: Trattamenti a confronto*. Milano: McGraw-Hill.
- Drake R.E., Mueser K.T., Clark R.E., Wallach M.A. (1996). The course, treatment, and outcome of substance disorder in person with severe mental illness. *Am J Orthopsychiatry*, 66: 42-51. Doi: 10.1037/h0080153.
- EMCDDA, «Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: a review of the data», European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, 2013. [En ligne]. -- Disponibile su: [www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_220660\\_EN\\_TDAU13002ENN.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_220660_EN_TDAU13002ENN.pdf).
- Greenberg W.M., Otero J., Villanueva L. (1994). Irregular discharges from a dual diagnosis unit. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 20: 355-71. Doi: 10.3109/00952999409106020.
- Haro G., Mateu C., Martinez Raga J., Valderrama J.C., Castellano M., Cervera G. (2004). The role of personality disorders on drug dependence treatment outcomes following inpatient detoxification. *Eur Psychiatry*, 19: 187-92. Doi: 10.1016/j.eurpsy.2004.04.004.
- Hillebrand J. "Le pratiche di valutazione del trattamento della tossicodipendenza negli stati membri dell'unione europea". -- Disponibile al sito: [www.giovanniserpelloni.it/pdf/pdf277.pdf](http://www.giovanniserpelloni.it/pdf/pdf277.pdf).
- I Ser.D. e i Dipartimenti delle Dipendenze, Dipartimento per le politiche antidroga. -- Disponibile al sito: [www.politicheantidroga.gov.it/it/servizi-e-contatti-utili/serd/i-serd/](http://www.politicheantidroga.gov.it/it/servizi-e-contatti-utili/serd/i-serd/).
- Kelly T.M., Daley D.C., Douaihy A.B. (2012). Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addictive behaviors*, 37(1): 11-24. Doi: 10.1016/j.addbeh.2011.09.010.
- Kuntsche E., Rehm J., Gmel G. (2004). Caratteristiche dei binge drinking in Europa. *Scienze sociali e medicina*, 59(1): 113-127. Doi: 10.1016/j.socscimed.2003.10.009.
- Manera R., Gallini P., Bellio G., Fioritti A. (2007). Prevalenza della comorbidità psichiatrica in pazienti con dipendenza da oppiacei in un Ser.T del Veneto. *Personalità/Dipendenze*, 13: 51-54.
- Martinez-Raga J., Marshall E.J., Keaney F., Best D., Ball D., Strang J. (2001). Hepatitis B and C in alcohol-dependent patients admitted to a UK alcohol inpatient treatment unit. *Addict Biol*, 6: 363-72. Doi: 10.1080/13556210020077082.
- Martinez-Raga J., Marshall E.J., Keaney F., Ball D., Strang J. (2002). Unplanned versus planned discharges from in-patient alcohol detoxification: retrospective analysis of 470 first episode admissions. *Alcohol Alcohol*, 37: 277-81. Doi: 10.1093/alcac/37.3.277.
- Molin V., Pellegrini G., Ferrucci R., Lovaste R. La Recidiva tossicomane post comunitaria. Analisi di follow up degli inserimenti in CT 2004-2014 di pazienti con diagnosi di dipendenza da sostanze noti ai Ser.D. Trentini. *Mission*, 44.
- Moos R.H., Moos B.S., Finney J.W. (2001). Predictors of deterioration among patients with substance-use disorders. *J Clin Psychol*, 57: 1403-19. Doi: 10.1002/jclp.1105.
- Nava F. (2010). La doppia diagnosi e l'integrazione dei trattamenti fra criticità organizzative e gestionali: l'esperienza della Regione Veneto. In: Lucchini A., Strepparola G. (eds.). *Modelli di interventi in alcologia. L'esperienza e le indicazioni operative condivise degli operatori pubblici e privati in Lombardia*. Milano: FrancoAngeli, pp. 97-104.
- Rampazzo L., Corti A., Aguanon N., Banon D., Beltrame C., Cibi M., ... Serpelloni G. (2004). La "Doppia Diagnosi" nel Veneto. *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo*, (3-4).
- Ravndal E., Vaglum P. (1995). The influence of personality disorders on treatment completion in a hierarchical therapeutic community for drug abusers: a prospective study. *Eur Addict Res*, 1: 178-86. Doi: 10.1159/000259081.
- Rigliano P. (2015). *Doppia diagnosi. Tra tossicodipendenza e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Rigliano P., Bignamini E. (2009) (a cura di). *Cocaina. Consumo, psicopatologia, trattamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Saccon D., Valdesalici A., Boatto E. et al. (2023). Retrospective study in a cohort of subjects with substance use disorders in Veneto, Italy: real-world outcomes of an addiction daytime program treatment. *Evidence-based Psychiatric Care* (2023), 9: 7-14. Doi: 10.36180/2421-4469-2023-3.
- Saccon D., Banon D., Boatto E. (2013). *Evoluzioni nelle dipendenze da sostanze. Uno studio sul problema delle cronicizzazioni, scienze mediche*. Padova: CLEUP.
- Saccon D., Banon D., Boatto E., Favaretto G. (2010). La "doppia diagnosi" nel Veneto: indagine sulla prevalenza nei Dipartimenti per le dipendenze. *Psichiatria di comunità*, IX(3-4), settembre-dicembre.
- Saccon D., Banon D., Dal Ben G. (2008). *Strutture "intermedie" nelle dipendenze e nella doppia diagnosi*. Padova: Cleup.
- Sanfilippo B. (2010). Newsletter "Clinica dell'Alcolismo". *Alcol, alcolismi e cronicità. Mission*, 29.
- Vanderplasschen W., Colpaert K., Autrique M., Rapp R.C., Pearce S., Broekaert E., Vandevelde S. (2013). Comunità terapeutiche per le dipendenze: una revisione della loro efficacia da una prospettiva orientata al recupero. *The Scientific World Journal*. Doi: 10.1155/2013/427817.

® 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

# Accettabilità dei pazienti e sostenibilità economica della buprenorfina sottocutanea settimanale e mensile per il disturbo da uso di oppioidi: un'analisi qualitativa e semi-quantitativa

Elena Tamussi\*, Marco Marini\*\*

## RIASSUNTO

■ Il disturbo da uso di oppioidi (OUD) è una patologia cronica complessa, caratterizzata da dipendenza fisica e psicologica, con alti tassi di morbidità e mortalità. Sebbene la terapia agonista degli oppioidi (OAT) orale sia attualmente il trattamento di prima linea, l'aderenza rimane un problema significativo. Questo studio esplora l'accettazione e le aspettative dei pazienti verso una nuova formulazione di buprenorfina a rilascio prolungato settimanale e mensile (long-acting). È stata condotta una Survey su 100 pazienti con OUD presso il Servizio Multidisciplinare Integrato (SMI) Gli Acrobati U.O. di Concesio (Brescia), indagando le loro preferenze e la disponibilità economica per questa nuova opzione terapeutica. I risultati mostrano un forte interesse verso la formulazione long-acting, con il 57% dei pazienti che esprime massimo gradimento. I partecipanti hanno indicato come vantaggi principali la riduzione della frequenza di somministrazione e una maggiore stabilità nella gestione della dipendenza. Il 93% degli intervistati si è dichiarato disposto a sostenere costi compresi tra 1 e 5€/giorno, con una durata variabile da 1 a 12 mesi. Questa Survey fornisce una prima valutazione qualitativa delle preferenze dei pazienti e della loro propensione a contribuire ai costi della nuova terapia long-acting, evidenziando le potenzialità di miglioramento nel trattamento dell'OUD e la necessità di ulteriori studi sull'impatto clinico ed economico a lungo termine. ■

**Parole chiave:** Disturbo da uso di oppioidi (OUD), Buprenorfina a rilascio prolungato (long-acting), Terapia agonista degli oppioidi (OAT), Analisi qualitativa e semi-quantitativa, Sostenibilità economica.

## SUMMARY

**Patient satisfaction and economic feasibility of weekly and monthly subcutaneous buprenorphine for opioid use disorder: A qualitative and semi-quantitative analysis**

■ Opioid Use Disorder (OUD) is a complex chronic condition characterized by physical and psychological dependence, with high rates of morbidity and mortality. Although oral Opioid Agonist Therapy (OAT) is currently the first-line treatment, adherence remains a significant issue. This study explores patients' acceptance and expectations toward a new long-acting subcutaneous weekly/monthly buprenorphine formulation. A survey was conducted on 100 OUD patients at the Integrated Multidisciplinary Service (IMS) Gli Acrobati, investigating their preferences and economic willingness to support this new therapeutic option. The results show a strong interest in the long-acting formulation, with 57% of patients expressing maximum satisfaction. Participants identified the main benefits as reduced frequency of administration and greater stability in managing dependence. 93% of respondents indicated they were willing to cover costs ranging between €1 and €5 per day, with a variable duration from 1 to 12 months. This survey provides an initial qualitative assessment of patient preferences and their willingness to contribute to the costs of the new long-acting therapy, highlighting the potential for improving OUD treatment and the need for further studies on the long-term clinical and economic impact. ■

**Keywords:** Opioid Use Disorder (OUD), Prolonged-release buprenorphine, Opioid Agonist Therapy (OAT), Qualitative and semi-quantitative analysis, Economic sustainability.

Articolo sottomesso: 10/01/2025, accettato: 29/01/2025

\* Specialista in psichiatria, Direttore sanitario SMI Gli Acrobati, Concesio (BS).

\*\* Specialista in psichiatria, SMI Gli Acrobati, Concesio (BS).

## 1. Introduzione

Il disturbo da uso di oppioidi (*opioid use disorder*, OUD) è una malattia cronica che coinvolge complesse interazioni tra circuiti cerebrali, meccanismi di ricompensa, motivazione, memoria e interconnessione e si sviluppa lungo un continuum di utilizzo, fino a sfociare nella dipendenza fisica e psicologica (1). I sintomi includono un forte desiderio di usare oppioidi, un aumento della tolleranza e l'insorgenza di sindrome da astinenza al momento della sospensione. La dipendenza fisica è spesso il risultato di cambiamenti nei recettori mu-oppioidi, tra cui desensibilizzazione e anomalie della segnalazione (2), che possono condurre a episodi di intossicazione acuta e una spinta patologica alla gratificazione tramite l'uso di oppioidi o comportamenti che diventano compulsivi e recidivanti nonostante le conseguenze dannose (3). Questa dipendenza non solo genera un rinforzo positivo per l'uso continuato di oppioidi, ma anche un rinforzo negativo, dovuto alla necessità di evitare i sintomi di astinenza, contribuendo così alla cronicità della malattia. Si stima che circa 16 milioni di persone nel mondo ne soffrano (1). L'OUD è associato a un tasso di morbidità e mortalità elevato, quest'ultimo da 6 a 20 volte superiore rispetto a quello della popolazione generale (4,5). Il trattamento di questa condizione combina terapia farmacologica e interventi psicosociorabilitativi, con l'obiettivo di ridurre i sintomi di *craving*, mortalità e morbidità, migliorando lo stato di salute generale e riducendo o prevenendo i comportamenti criminali, reintegrando i pazienti in ambito lavorativo e sociale (6). Le linee guida europee e internazionali raccomandano la terapia agonista degli oppioidi (*opioid agonist therapy*, OAT) come trattamento farmacologico di prima linea (7-9). I farmaci attualmente riconosciuti come prima scelta per il trattamento dell'OUD in Europa includono il metadone, la buprenorfina e l'associazione di buprenorfina con naloxone (7-9). Il metadone, un agonista dei recettori oppioidi di tipo mu e kappa, rappresenta il trattamento più diffuso sia per la gestione a lungo termine che a breve termine dell'OUD (1). La buprenorfina, invece, agisce come agonista parziale dei recettori mu e antagonista dei recettori kappa, e grazie al suo profilo farmacodinamico, offre una maggiore sicurezza rispetto al metadone, risultando una scelta preferibile in determinate condizioni cliniche (6, 10). In particolare, la buprenorfina riduce significativamente il rischio di overdose grazie al suo *"ceiling effect"* sulla depressione respiratoria (11, 12). Tuttavia, l'aderenza dei pazienti all'OAT orale rimane una sfida al giorno d'oggi e i tassi di uso improprio, diversione e abuso dell'OAT orale continuano ad alimentare un interesse pubblico importante a causa delle loro ripercussioni sociali, sanitarie ed economiche. Questi fattori non solo compromettono l'efficacia del trattamento e la qualità di vita dei pazienti, ma contribuiscono anche ad aumentare lo stigma e le discriminazioni associate a tali terapie, alimentando una percezione di iniquità sociale (13-15). Poche ricerche sono state condotte su strategie per sostenere la remissione a lungo termine dalla dipendenza da oppioidi (16-19). È essenziale, inoltre, capire le opinioni e le aspettative dei pazienti riguardo i nuovi trattamenti proposti e le preoccupazioni che potrebbero emergere, al fine di comprendere meglio le ragioni alla base delle loro preferenze o del rifiuto di determinati prodotti.

Nel 2018, AIFA ha approvato una nuova formulazione di buprenorfina a rilascio prolungato (*long-acting*), somministrabile per via sottocutanea a intervalli settimanali o mensili. Questo farmaco di classe C, può essere prescritto in Italia con ricetta

OSP, ed è quindi soggetto a prescrizione medica limitativa, utilizzabile esclusivamente in ambiente ospedaliero o in strutture ad esso assimilabili (20,21). Questa formulazione, disponibile in diversi dosaggi, permette di rispondere alle specifiche esigenze del paziente e rappresenta una svolta nel trattamento dell'OUD, poiché il trattamento è indicato sia negli adulti che negli adolescenti di età  $\geq 16$  anni (20,21). Gli studi clinici registrati, che includono confronti diretti con la buprenorfina sublinguale, hanno dimostrato un miglioramento in termini di efficacia e sicurezza (22).

Questo farmaco ha il potenziale per superare le limitazioni, i costi e i rischi associati alle formulazioni di buprenorfina ad oggi disponibili, rendendosi utile anche come complemento ai trattamenti esistenti. Obiettivo di questa Survey è quello di valutare la propensione e le aspettative dei pazienti nei confronti della terapia sottocutanea *long-acting* (settimanale o mensile), rispetto alla terapia agonista orale giornaliera, e a comprendere i potenziali vantaggi e svantaggi che potrebbero considerare in tale transizione, nonché valutazioni farmaco-economiche sulla nuova terapia.

## 2. Metodi

La Survey è stata condotta presso il Centro SMI *Gli Acrobati* nella unità operativa di Concesio, una struttura privata convenzionata e accreditata con il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) che si occupa di prevenzione, cura e trattamento delle situazioni di uso, abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti, alcol, gioco d'azzardo patologico e disturbi da uso improprio delle tecnologie digitali, inclusa l'OUD. Ai pazienti afferenti a questa struttura vengono somministrate ogni sei mesi *"rating scales"* cliniche e psicosociali, quali il *Clinical Global Impressions* (CGI) test per valutare la severità (S) della loro condizione (CGI-S), il miglioramento – *Improvement* – globale (CGI-I) e l'effetto (E) della terapia (CGI-E), nonché il test di Valutazione Globale del Funzionamento (VGF).

Durante un colloquio clinico avvenuto tra aprile e maggio 2024 ai pazienti di età  $> 18$  anni e già in cura da diversi anni con OAT nella forma di compressa sottolinguale o film buccale, è stata fatta una breve introduzione da parte di uno dei due specialisti in psichiatria del servizio sulle caratteristiche del nuovo trattamento *long-acting* a base di buprenorfina sottocutanea (Tabella 1).

Ai 100 pazienti che hanno deciso di proseguire con l'intervista è stata sottoposta, previo consenso, la Survey che comprendeva undici domande, iniziando con una valutazione semi-quantitativa del loro interesse verso la nuova terapia. Allo stesso modo, è stato chiesto loro di indicare l'impatto che la nuova terapia potrebbe avere su diversi aspetti della loro vita e la prevalenza dei cambiamenti percepiti dai partecipanti passando alla nuova terapia, utilizzando scale di valutazione a 4 punti.

Sono stati inoltre indagati i potenziali svantaggi percepiti rispetto al tipo di terapia proposta. I pazienti hanno indicato la loro preferenza tra una formulazione settimanale e mensile, indicando la loro propensione verso la somministrazione sottocutanea richiesta per questa nuova terapia. È stato chiesto ai partecipanti di indicare i 3 fattori decisionali più importanti per accettare la terapia e il vantaggio che percepirebbero all'utilizzo della formulazione settimanale e di quella mensile, rispetto alla formulazione orale giornaliera. Infine, i pazienti hanno espresso la loro propensione a contribuire economicamente alla nuova terapia, indicando gli importi giornalieri e la durata per cui sarebbero disposti a sostenere i costi.

**Tab. 1 - Riepilogo delle caratteristiche chiave del prodotto a base di buprenorfina sottocutanea a rilascio prolungato settimanale e mensile presentato ai partecipanti durante il colloquio (23)**

| Indicazione                    | Trattamento della dipendenza da oppioidi                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Efficacia                      | Progettato per aiutare a ridurre l'astinenza, il craving e l'uso di oppioidi illeciti da parte dei pazienti.                                                                                                                                                     |
| Durata                         | Disponibile come iniezioni sottocutanee settimanali e mensili.                                                                                                                                                                                                   |
| Somministrazione               | Iniezione sotto la pelle (sottocutanea) nel braccio, gluteo, addome o coscia del paziente, da parte di un professionista sanitario.                                                                                                                              |
| Dosaggio                       | Progettato per somministrare una dose costante ogni giorno. La dose del farmaco può essere "aumentata" se necessario; le riduzioni della dose sono possibili solo alla fine della settimana/mese. La transizione da iniezioni settimanali a mensili è possibile. |
| Potenziati effetti collaterali | Paragonabili a quelli della formulazione sublinguale giornaliera di buprenorfina, tranne che per lievi o moderate reazioni nel sito di iniezione (i.e. dolore, prurito, arrossamento, gonfiore).                                                                 |
| Frequenza delle visite         | Il dosaggio giornaliero supervisionato non è necessario. Può essere sufficiente recarsi presso il centro solo il giorno dell'iniezione, una volta alla settimana o una volta al mese.                                                                            |

## 2.1. Analisi statistica

La statistica descrittiva è stata utilizzata per analizzare le caratteristiche demografiche di base. Le variabili continue sono state riassunte per numero di pazienti, media e deviazione standard (DS). Il potenziale di gradimento per la nuova opzione terapeutica è stato valutato tramite un'analisi semi-quantitativa utilizzando una scala numerica da 1 a 10. I punteggi da 1 a 2 indicano "Nessun gradimento", da 3 a 5 indicano "Basso gradimento", da 6 a 7 indicano "Gradimento moderato", e da 8 a 10 indicano "Massimo gradimento". Allo stesso modo, è stato valutato l'impatto potenziale della nuova terapia su vari aspetti della vita dei pazienti su una scala a 4 punti, dove 1 corrisponde a "Molto importante", 2 a "Importante", 3 a "Non molto importante", e 4 a "Non importante". I cambiamenti che la nuova terapia comporterebbe nella vita quotidiana sono stati valutati su una scala da 1 a 4, indicando rispettivamente "Sì, sempre", "A volte", "Non molto", e "Per niente".

I potenziali svantaggi percepiti rispetto alla terapia proposta, così come i fattori decisionali più rilevanti per accettare la terapia sono stati espressi in percentuale normalizzata per il numero totale di risposte date. Mentre i potenziali vantaggi prospettati dai partecipanti alla Survey nei confronti della formulazione settimanale o mensile rispetto a quella orale giornaliera sono stati riportati in percentuale normalizzata per il numero di partecipanti alla Survey.

## 3. Risultati

La Survey ha coinvolto 100 pazienti, di cui 77 uomini e 23 donne, con un'età media di  $46,72 \pm 10,02$  anni (min: 25, max: 62 anni). I partecipanti presentavano diversi livelli di istruzione e profili professionali, riflettendo una varietà di condizioni socioeconomiche. Il 9% dei pazienti ha riferito l'uso attivo di eroina, l'8% di cocaina, il 5% di alcol e il 9% di THC, mentre il 32% faceva uso di più sostanze. Tutti i partecipanti stavano

seguendo una terapia con farmaci oppioidi a somministrazione orale giornaliera, con dosaggi variabili come riportato in Tabella 2. La durata del percorso terapeutico presso il Centro SMI di Concesio variava da meno di 3 anni a più di 13 anni.

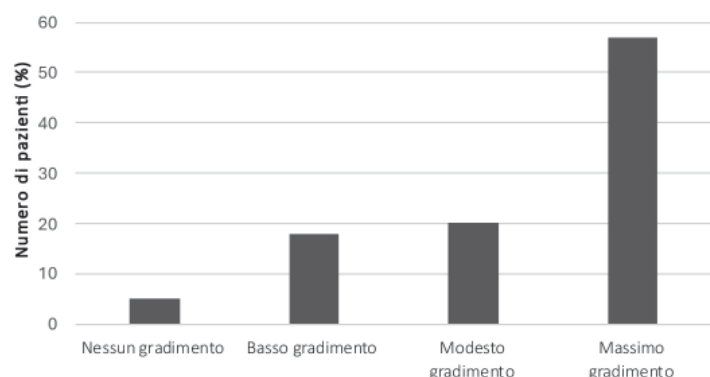
Al momento della somministrazione della Survey, i pazienti presentavano una gravità di malattia mediamente di entità moderata, come indicato dal punteggio medio CGI-S di  $4,57 \pm 1,34$  (Tabella 2). Rispetto ai sei mesi precedenti, i pazienti sono stati valutati come migliorati e l'effetto terapeutico è stato considerato elevato, con punteggi medi CGI-I e CGI-E di  $2,66 \pm 1,04$  e di  $1,26 \pm 0,62$  (Tabella 2), rispettivamente. La VGF, con un punteggio medio di  $58,86 \pm 13,07$  (Tabella 2), ha evidenziato che i partecipanti riportavano sintomi moderati (e.g. affettività appiattita e linguaggio circostanziato, occasionali attacchi di panico), o moderate difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (e.g. pochi amici, conflitti con i compagni di lavoro).

**Tab. 2 - Caratteristiche sociodemografiche e cliniche di base dei partecipanti alla Survey**

| Pazienti (n = 100)                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Genere, M/F                                                        | 77/23                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Età (anni), media $\pm$ DS                                         | $46,72 \pm 10,02$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Scolarità                                                          | Diploma elementare (n=6), diploma di media inferiore (n=64), diploma di media superiore (n=15), diploma professionale (n=9), laurea (n=2), non risponde (n=4)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Stato civile                                                       | Celibe/Nubile (n=59), coniugato/a (n=15), convivente (n=12), separato/a (n=6), divorziato/a (n=5), vedovo/a (n=1), non risponde (n=2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Profilo professionale                                              | Disoccupato (n=45), dipendente (n=33), in proprio (n=11), occupato saltuariamente (n=6), altro (n=4), studente (n=1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Consumo attivo di sostanze d'abuso                                 | Eroina (n=9), cocaina (n=8), alcol (n=5), THC (n=9), più sostanze (n=32), nil (n=37)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Terapia e posologia, mg                                            | Metadone compresse (n=36), 5 (n=2), 10 (n=3), 15 (n=3), 20 (n=4), 25 (n=4), 30 (n=3), 35 (n=1), 40 (n=5), 45 (n=1), 50 (n=2), 60 (n=1), 70 (n=2), 80 (n=2), 90 (n=2), 100 (n=1)<br>Buprenorfina (n=30), 2 (n=1), 2 ogni 2gg (n=4), 4 (n=3), 6 (n=9), 8 (n=3), 12 (n=2), 16 (n=3), 18 (n=1), 22 (n=1), 24 (n=3)<br>Metadone soluzione orale (n=29), 2 (n=1), 8 (n=1), 25 (n=1), 30 (n=2), 35 (n=2), 40 (n=2), 45 (n=1), 50 (n=2), 65 (n=2), 70 (n=3), 80 (n=1), 90 (n=3), 95 (n=1), 100 (n=4), 110 (n=1), 120 (n=2)<br>Levometazone Cloridrato (n=5), 20 (n=2), 30 (n=1), 50 (n=1), 53 (n=1) |
| Durata percorso terapeutico presso il Centro SMI di Concesio, anni | <3 (n=25)<br>3-7 (n=26)<br>8-13 (n=30)<br>>13 (n=19)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| CGI-S, media $\pm$ DS                                              | $4,57 \pm 1,34$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| CGI-I, media $\pm$ DS                                              | $2,66 \pm 1,04$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| CGI-E, media $\pm$ DS                                              | $1,26 \pm 0,62$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| VGF, media $\pm$ DS                                                | $58,86 \pm 13,07$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

I risultati della Survey riflettono un notevole interesse dei partecipanti verso la nuova opzione terapeutica (Figura 1). Infatti, il 57% dei rispondenti ha espresso "massimo gradimento" per la proposta terapeutica, indicando un forte interesse e potenziale

**Fig. 1 - Grafico a barre del potenziale di gradimento per la nuova opzione terapeutica. La valutazione utilizza una scala semi-quantitativa da 1 a 10, categorizzata come segue: un punteggio di 1 o 2 indica "Nessun gradimento", da 3 a 5 indica "Basso gradimento", di 6 o 7 indica "Modesto gradimento", e da 8 a 10 indica "Massimo gradimento"**



accettazione della stessa. Del restante 43% dei partecipanti, la maggioranza ha espresso moderato (n = 20) e basso gradimento (n = 18), mentre solo il 5% ha espresso "nessun gradimento" per la proposta terapeutica.

I risultati evidenziano come tra l'87% e il 94% dei partecipanti ritengano "Molto importante" e "Importante" le seguenti implicazioni della nuova terapia sulla loro routine quotidiana: non dover assumere farmaci quotidianamente (Figura 2a), l'impossibilità di dimenticarsi la dose (Figura 2b), l'assunzione di una sola dose sottocutanea nell'arco di una settimana o di un mese (Figura 2c,d), la sicurezza di ricevere una dose costante e sempre efficace per l'intero periodo di rilascio del farmaco (Figura 2e), non avere più il bisogno o la possibilità di "usare" sostanze (Figura 2f) e la prevenzione del malessere causato dalla mancata assunzione della terapia per poche ore o fuori dall'orario abituale (Figura 2h). La percentuale è scesa tra il 64% e il 79% di partecipanti che abbiano considerato "Molto importante" e "Importante" i seguenti cambiamenti di vita: non poter condi-

**Fig. 2 - Grafici a torta che illustrano l'impatto potenziale della nuova terapia su vari aspetti della vita dei pazienti, valutati su una scala a 4 punti**

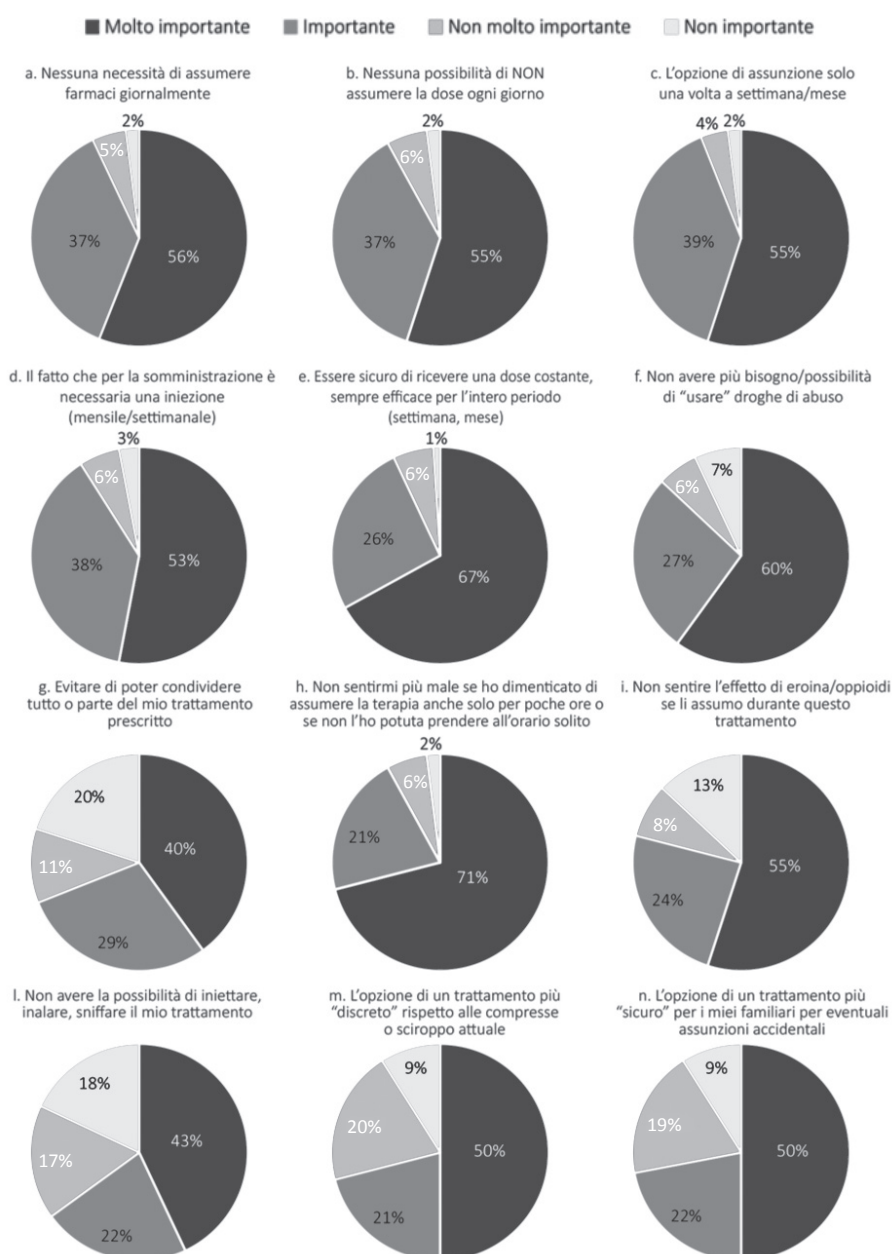
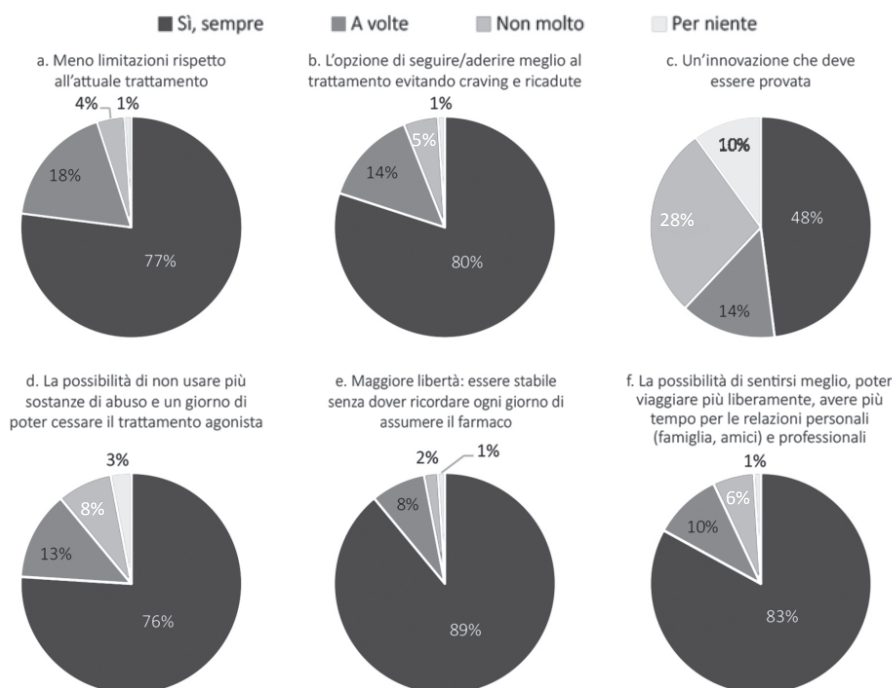


Fig. 3 - Grafici a torta che illustrano i cambiamenti che secondo i partecipanti la nuova terapia comporterebbe nella quotidianità, valutati su una scala a 4 punti



vedere tutto o parte del trattamento prescritto (Figura 2g), non "sentire" l'effetto di eroina/oppioidi se assunti in concomitanza (Figura 2i), l'impossibilità di iniettare, inalare, sniffare il trattamento (Figura 2l), la maggiore discrezione e sicurezza del trattamento *long-acting* rispetto all'OAT orale (Figura 2m, n).

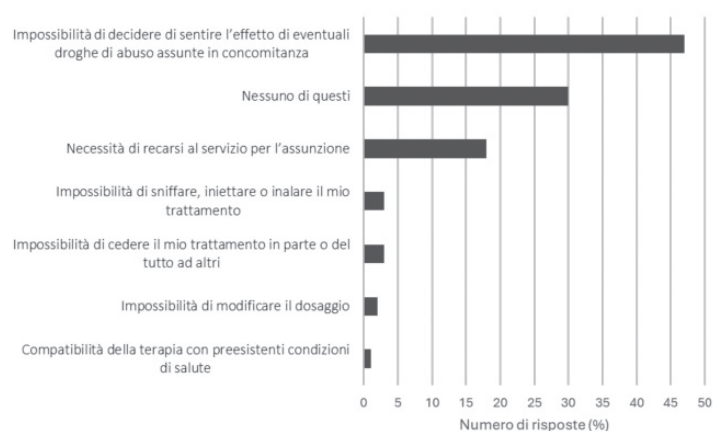
Per quanto riguarda la frequenza dei seguenti cambiamenti nello stile di vita, tra il 76% e l'89% dei partecipanti ha riportato che vedrebbero una costante riduzione delle limitazioni (Figura 3a), con possibilità di migliore aderenza al trattamento, evitando *craving*, ricadute ed eventuale futuro abuso di sostanze (Figura 3b,d), nonché una maggiore libertà, determinata dalla minore frequenza e dalla stabilità della dose, che garantirebbe un'efficacia di lunga durata e maggior tempo libero per le relazioni personali e professionali (Figura 3e,f). Il 48% dei rispondenti ha indicato come questa nuova opzione terapeutica rappresenterebbe un'innovazione da provare (Figura 3c).

Dalla Survey condotta, emerge che il principale svantaggio percepito dai partecipanti riguarda l'impossibilità di decidere di "sentire" l'effetto di eventuali droghe di abuso assunte insieme alla nuova terapia, con un totale di 47 risposte in questo senso. Altri 30 partecipanti hanno indicato che nessuno dei fattori elencati rappresenta un problema per loro. Un numero minore di risposte ha evidenziato preoccupazioni riguardanti la necessità di recarsi al servizio per l'assunzione ( $n = 18$ ), la compatibilità della terapia con preesistenti condizioni di salute ( $n = 1$ ), l'impossibilità di modificare il dosaggio ( $n = 2$ ), l'impossibilità di cedere il trattamento ad altri ( $n = 3$ ), e l'impossibilità di sniffare, iniettare o inalare il trattamento ( $n = 3$ ).

Il 92% dei partecipanti ha riportato di non prevedere alcuna difficoltà con il tipo di somministrazione e l'80% ha riportato di preferire la formulazione mensile rispetto a quella settimanale.

Tra le principali motivazioni che porterebbero i partecipanti a scegliere la nuova formulazione mensile, rispetto alla preesistente terapia orale giornaliera, rientrano il miglioramento della

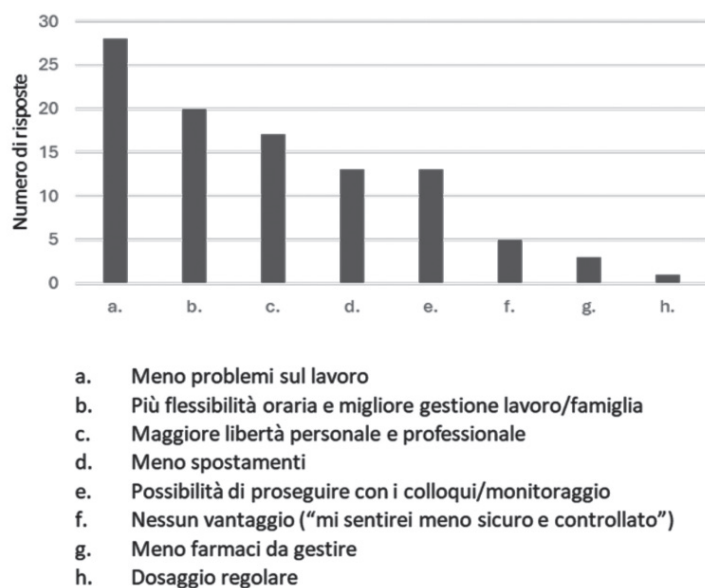
Fig. 4 - Grafico a barre che rappresenta i potenziali svantaggi percepiti rispetto alla terapia proposta, con il numero di risposte (%) normalizzato sul totale delle scelte ( $n = 104$ ) effettuate dai pazienti ( $n = 100$ )



loro vita professionale (28%), la maggiore flessibilità oraria che comporterebbe una migliore gestione dell'equilibrio tra casa e lavoro (20%), nonché una maggiore libertà dal punto di vista personale e professionale (17%). Il 13% considera come un importante vantaggio la riduzione degli spostamenti necessari per assumere la terapia, ma allo stesso tempo ribadisce l'importanza di proseguire con i colloqui e il monitoraggio durante il trattamento. La riduzione del numero di farmaci da gestire e il dosaggio stabile e regolare garantito dalla nuova formulazione sono considerati aspetti positivi dal 4% di partecipanti. Solo 5 rispondenti non vedrebbero alcun vantaggio nella nuova formulazione, affermando che si sentirebbero meno sicuri e controllati (Figura 5).

Per quanto riguarda la transizione alla formulazione settimanale, mentre il 27% degli intervistati non percepisce alcun vanta-

Fig. 5 - Grafico a barre che illustra la prevalenza dei vantaggi che i partecipanti alla Survey percepirebbero nell'utilizzo della formulazione mensile rispetto alla formulazione orale giornaliera



gio significativo, il restante 73% vedrebbe dei potenziali vantaggi, tra cui la riduzione delle dosi di farmaco da gestire (18%); inoltre, il non dover ricordare di assumere farmaci giornalmente o più volte al giorno rappresenta un significativo miglioramento della routine quotidiana per il 16% dei partecipanti. Dieci rispondenti apprezzano la possibilità di un dosaggio costante, stabile e sicuro, mentre altri dieci vedono come vantaggio l'assenza di sindrome di astinenza. Il 6% di partecipanti ritiene che la nuova terapia possa ridurre l'attività di spaccio, mentre il 4% vedrebbe un potenziale vantaggio

se la nuova terapia, rispetto a quella preesistente, dimostrasse migliore efficacia e maggiore funzionalità. Solo una minoranza di partecipanti considererebbe come potenziali vantaggi la maggiore flessibilità oraria e l'aumento del tempo libero (3%), la possibilità di scalare la dose e potersi disintossicare (2%), la riduzione dell'assunzione di sostanze d'abuso, in particolare l'eroina, (2%) e la possibilità di continuare con i colloqui durante il trattamento (2%) (Figura 6).

Complessivamente, tra i principali fattori che influenzerebbero la propensione dei partecipanti alla Survey ad aderire alla nuova opzione terapeutica rientrerebbero: la funzionalità e l'efficacia del trattamento, inclusa la capacità del *long-acting* di coprire dai sintomi di astinenza e dal *carving* (95%); il dolore e i problemi di salute a lungo termine (56%); gli effetti collaterali e le interazioni con altre sostanze o farmaci (33%); il costo della nuova terapia (29%); la sicurezza del trattamento (26%). Le condizioni per la somministrazione, incluse modalità (durata e tipo di farmaco), sono state considerate importanti dal 22% dei partecipanti; mentre il 19% ha sottolineato l'importanza della possibilità di continuare il monitoraggio medico e di poter ritornare alla terapia precedente se necessario. La possibilità di scalare la dose nell'ottica di una futura disintossicazione e la possibilità di maggiore libertà personale e professionale è stata una priorità per un minor numero di rispondenti, rispettivamente per il 13% e il 9% (Figura 7).

Il 93% dei partecipanti si è dichiarato disposto a contribuire con un pagamento nel range di 1-5€/giorno per la terapia *long-acting*. Tra questi, il 40% sarebbe disposto a sostenere i costi per 6 mesi, il 26% per 1 solo mese; mentre il 15% e il 12% per 4 e 12 mesi, rispettivamente. Il restante 7% dei partecipanti ha indicato di essere disposto a sostenere una spesa nel range di 9-11€/giorno e, tra questi, il 5% sarebbe disposto a sostenere i costi della terapia per 6 mesi, mentre solo il 2% per 12 mesi (Figura 8).

Fig. 6 - Grafico a barre che illustra la prevalenza dei vantaggi che i partecipanti alla Survey percepirebbero nell'utilizzo della formulazione settimanale rispetto alla formulazione orale giornaliera

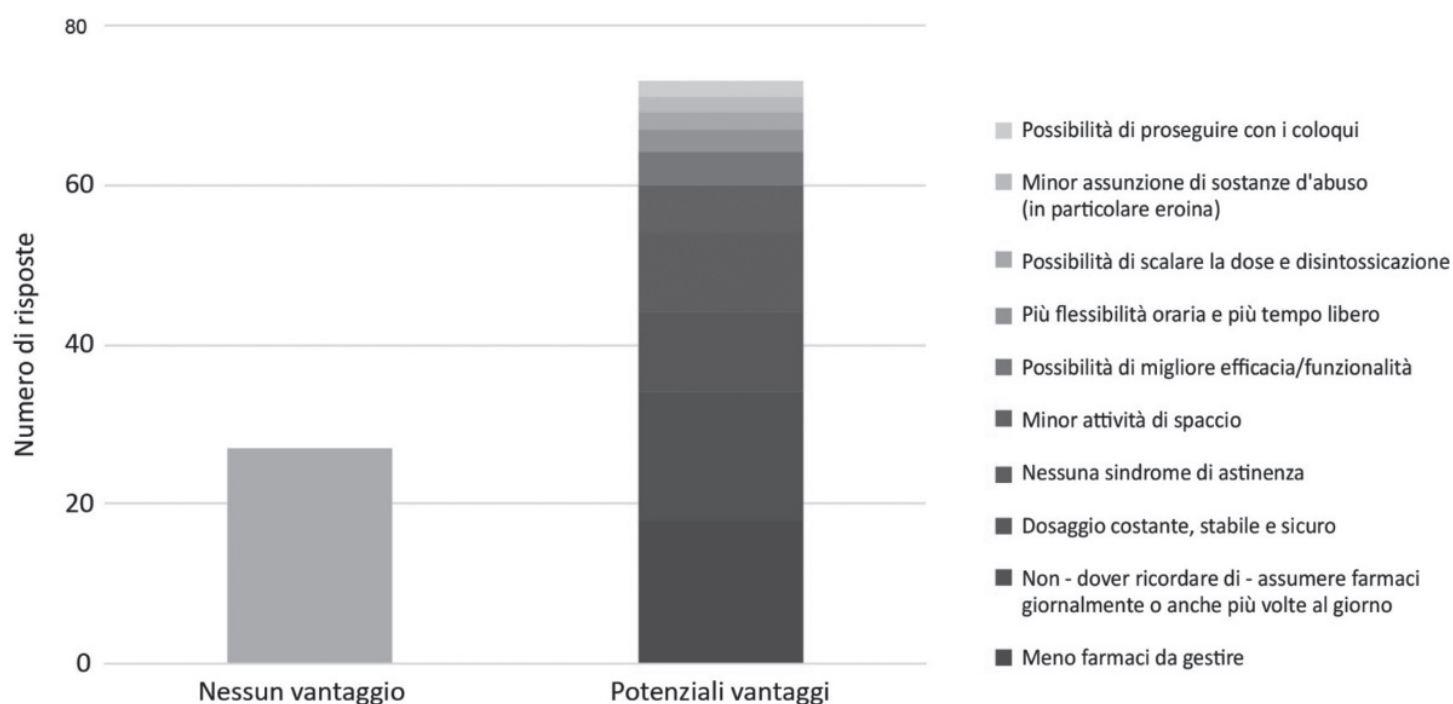


Fig. 7 - Grafico a barre che illustra la prevalenza dei fattori decisionali più rilevanti, secondo i pazienti, per accettare la nuova terapia proposta. Ad ogni partecipante è stato chiesto di indicare 3 fattori. Il numero di risposte (%) per ogni fattore decisionale corrisponde al numero di partecipanti che hanno indicato quel determinato fattore

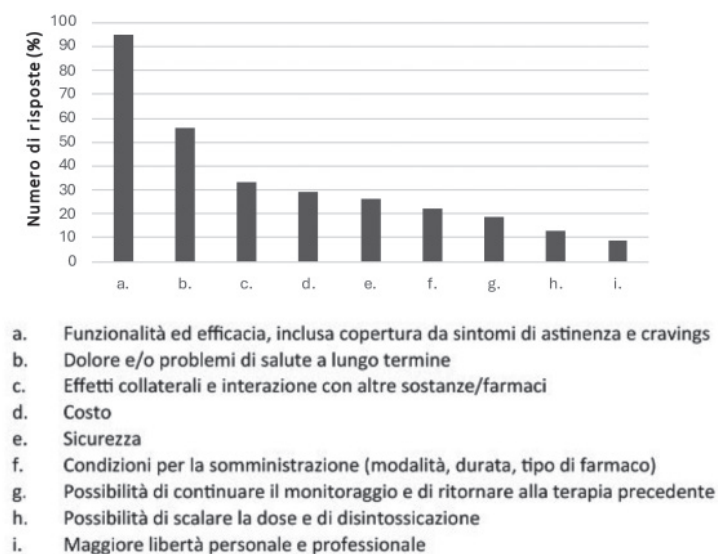
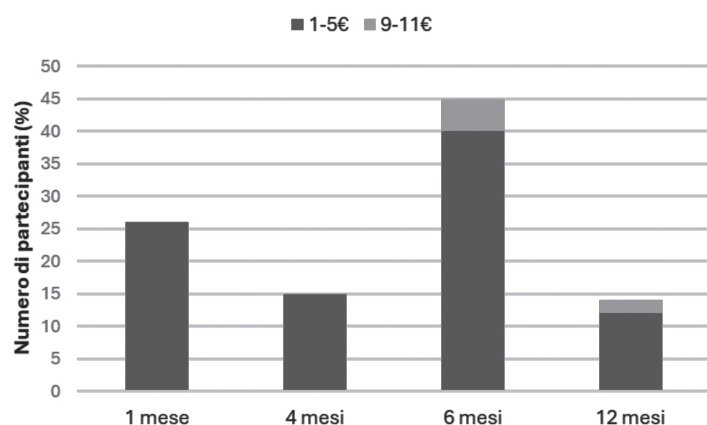


Fig. 8 - Grafico a barre che mostra la propensione dei partecipanti alla Survey a sostenere i costi della nuova terapia per diversi periodi di tempo: 1 mese, 4 mesi, 6 mesi e 12 mesi



## 4. Discussione

Questa Survey fornisce una analisi qualitativa e semi-quantitativa delle preferenze di 100 pazienti con OUD di gravità moderata, come valutato tramite *rating scales* quali CGI e VGF, riguardo a una nuova opzione terapeutica, la buprenorfina a rilascio prolungato nelle formulazioni settimanali e mensili, considerando aspetti clinici, economici e di qualità della vita. Complessivamente, i dati riflettono un'elevata accettazione e interesse per la nuova opzione terapeutica, con il 77% dei partecipanti che ha espresso un interesse di massimo o moderato grado. Questo dato è significativo perché mostra che una maggioranza rilevante dei partecipanti percepisce la nuova terapia come una soluzione potenzialmente vantaggiosa.

È particolarmente rilevante il fatto che le attuali formulazioni orali utilizzate per il trattamento dell'OUD in Italia, presentano alcune limitazioni significative (24); tra queste, la necessità di frequenti somministrazioni presso i centri Ser.D., i rischi di

diversione, abuso e misuse (in particolare per le formulazioni in compresse) e la scarsa aderenza dei pazienti ai regimi posologici, soprattutto per coloro che gestiscono autonomamente la terapia a domicilio (25-28).

È quindi importante studiare quali caratteristiche dei prodotti disponibili sul mercato sono apprezzate, quali non gradite e le preoccupazioni dei pazienti, in modo da poter comprendere meglio le loro preferenze verso un prodotto piuttosto che un altro, le motivazioni alla base di un potenziale rifiuto o non aderenza al trattamento e come le future formulazioni possano essere sviluppate per rispondere al meglio alle loro esigenze. Queste informazioni saranno anche fondamentali per la produzione di linee guida di pratica clinica e/o strumenti decisionali che aiutino i medici e i pazienti a fare scelte informate quando si trovano di fronte a una crescente gamma di opzioni terapeutiche, migliorando così l'aderenza.

Un aspetto chiave emerso dalla presente analisi riguarda l'importanza percepita dai partecipanti degli impatti della nuova terapia sulla loro routine quotidiana. La maggior parte degli intervistati ha sottolineato quanto sia fondamentale la possibilità di non dover assumere farmaci quotidianamente, l'eliminazione del rischio di dimenticare una dose, e la sicurezza di ricevere una dose costante ed efficace per l'intera durata del trattamento. Questi aspetti, considerati "molto importanti" o "importanti" dall'87%-94% dei partecipanti, indicano che le caratteristiche della nuova terapia risponderebbero a bisogni critici dei pazienti, come la riduzione del carico di gestione della terapia e la prevenzione del malessere legato alla mancata assunzione. Per aspetti quali la discrezione del trattamento o l'impossibilità di iniettare il farmaco, la percentuale di pazienti che li considera "molto importanti" o "importanti" scende dal 64% al 79%, indicando che, sebbene questi aspetti siano rilevanti, non sono percepiti come determinanti quanto quelli direttamente legati alla gestione pratica della terapia e al mantenimento della stabilità terapeutica, sottolineando al contempo la necessità di un profilo di sicurezza favorevole e di compatibilità con altre terapie in corso. Una larga maggioranza dei partecipanti (76%-89%) prevede una riduzione delle limitazioni legate alla terapia, con un miglioramento dell'aderenza al trattamento e una riduzione del rischio di ricadute.

Tali aspettative evidenziano, anche per l'Italia, la propensione dei pazienti all'utilizzo delle formulazioni *long acting* e sono state già confermate da diverse pubblicazioni internazionali che hanno raccolto l'opinione e le impressioni di pazienti ed operatori sanitari che hanno fatto uso di questa formulazione (16-19). I risultati di queste survey mettono in luce in particolare che la nuova formulazione migliora la facilità di viaggiare e spostarsi, l'aderenza quotidiana alla terapia e la privacy, riducendo al contempo la necessità di recarsi quotidianamente al Servizio per la somministrazione dei farmaci e l'esposizione pediatrica accidentale (16-19).

Tuttavia, nonostante queste evidenze incoraggianti, il trattamento dell'OUD con formulazioni a rilascio prolungato sottintende diversi gradi di complessità e le opinioni dei partecipanti riguardo alla durata o al tipo di trattamento sono influenzate da una miriade di fattori. Per quanto riguarda i potenziali svantaggi percepiti dai partecipanti alla presente Survey, i principali riguardano l'impossibilità di "sentire" l'effetto delle droghe di abuso se assunte in concomitanza alla terapia (47%), la necessità di recarsi al servizio per l'assunzione (18%), l'impossibilità di modificare il dosaggio, di cedere il trattamento ad altri e di sniffare, iniettare o inalare il trattamento (8%). Queste osservazioni sono parzialmente in linea con dati provenienti da una Survey

condotta in Inghilterra nel 2018, che ha evidenziato come l'utilizzo di farmaci a rilascio prolungato renderebbe la vita più facile, ridurrebbe lo stigma legato al trattamento e libererebbe tempo per attività preferite (29); tuttavia, non è stato riportato un consenso tra i partecipanti riguardo le possibili limitazioni, come la mancanza di contatto con i servizi farmaceutici, la perdita di controllo sulla terapia e l'impossibilità di aggiungere ulteriori dosi (29).

I partecipanti alla presente Survey hanno mostrato, inoltre, una netta preferenza per la formulazione mensile rispetto a quella settimanale (80% vs. 20%) e più del 90% di essi ha affermato di non prevedere difficoltà con l'iniezione sottocutanea, suggerendo che la nuova opzione terapeutica è percepita come accettabile e praticabile. Mentre la formulazione mensile è vista come vantaggiosa per la vita professionale, poiché ridurrebbe i problemi legati al lavoro, offrendo maggiore flessibilità oraria e migliorando l'equilibrio tra vita personale e professionale, limitando anche la necessità di spostamenti per assumere il trattamento, tra i potenziali vantaggi della formulazione settimanale rientrerebbero la riduzione delle dosi da gestire e la possibilità di un dosaggio costante, stabile e sicuro, con possibile riduzione delle attività criminali. È possibile ipotizzare che le formulazioni *long-acting* potrebbero essere più adatte a pazienti che cercano di evitare lo stigma legato al loro disturbo e vogliono ritrovare una certa "normalità", creando routine che possano supportare il recupero a lungo termine (30). Al contrario, le formulazioni con una durata più breve potrebbero essere più adatte a chi è nuovo alla OAT, a chi ha preoccupazioni riguardo la sicurezza e l'efficacia del trattamento, o a chi desidera fare una pausa dall'uso ricreativo di oppioidi senza necessariamente smettere del tutto (30). In linea con quanto riportato da Neale e colleghi (2019), è interessante notare che il 27% dei rispondenti non vedrebbe miglioramenti nella transizione dalla OAT giornaliera alla terapia *long-acting* settimanale, oppure potrebbe considerare la seconda opzione terapeutica se dimostrasse migliore efficacia e maggiore funzionalità, rispetto a quella preesistente. La funzionalità e l'efficacia dei *long-acting* è di fatto una caratteristica essenziale per la quasi totalità del gruppo di intervistati. Tuttavia, la preoccupazione per problemi di salute a lungo termine o eventuali effetti collaterali della terapia, denotano una certa resistenza al cambiamento o la necessità di ulteriori informazioni e rassicurazioni sui benefici a lungo termine della terapia. Inoltre, dai colloqui è emerso un desiderio comune di poter continuare con i monitoraggi o persino di tornare alla precedente terapia, nel caso la nuova opzione non dovesse soddisfare le esigenze dei pazienti. Queste considerazioni da un lato evidenziano l'importanza del supporto psicologico e del monitoraggio continuo, dall'altro sottolineano l'importanza di un approccio graduale e personalizzato nel trattamento della dipendenza.

Dal punto di vista farmaco-economico emerge una propensione moderata dei partecipanti a contribuire con un impegno economico contenuto per la terapia *long-acting*. La disponibilità economica ridotta potrebbe essere un fattore limitante, con la maggior parte dei partecipanti (66%) che preferirebbe sostenere il contributo economico per un periodo  $\leq 6$  mesi. Questi dati rivelano una certa cautela e limitata disponibilità a investire nel nuovo trattamento, forse per incertezze sulla sua efficacia a lungo termine, per ragioni economiche personali, o per altre preoccupazioni legate alla terapia stessa. Inoltre, il range di prezzi potrebbe non riflettere una reale disponibilità economica del gruppo, ma piuttosto una valutazione percepita del valo-

re del trattamento, che potrebbe essere influenzata da fattori come l'efficacia percepita, la comodità, e i potenziali benefici a lungo termine. Dall'analisi di budget in alcuni Paesi europei ed extraeuropei è emerso che il ricorso a questa terapia *long-acting* per la gestione dei pazienti affetti da OUD è associato alla riduzione delle tempistiche destinate dai professionisti all'erogazione della terapia e dei costi indiretti per il paziente e, in definitiva, a un risparmio di risorse per il SSN (31-35).

In base alla letteratura e alle conoscenze attualmente disponibili riguardo il trattamento della dipendenza da oppioidi, questa è la prima analisi qualitativa e semi-quantitativa su un cospicuo campione di pazienti con livelli diversificati di istruzione, profili professionali e socioeconomici, offrendo una visione rappresentativa della popolazione italiana affetta da OUD. La Survey è stata condotta in una struttura convenzionata con il SSN, rendendo i risultati particolarmente rilevanti per la pratica clinica in contesti reali di cura e, oltre a fornire dati preziosi sull'accettazione e le preferenze dei pazienti riguardo la nuova terapia proposta, esplora la disponibilità economica dei pazienti a sostenere i costi della nuova terapia, includendo un'analisi di sostenibilità che arricchisce la valutazione del trattamento. Ciononostante, il campione di partecipanti potrebbe non essere sufficientemente ampio per generalizzare i risultati a tutta la popolazione affetta da OUD, soprattutto in contesti geografici o culturali differenti. Inoltre, i partecipanti hanno volontariamente scelto di prendere parte allo studio, il che potrebbe introdurre un *bias* di selezione, e poiché le risposte della Survey si basano su percezioni soggettive, esse potrebbero non riflettere appieno l'efficacia oggettiva della nuova terapia rispetto ai trattamenti attuali. Studi futuri dovrebbero prevedere un follow-up a lungo termine per valutare l'efficacia e la sostenibilità della terapia *long-acting* con l'obiettivo di verificare se le aspettative si traducano in reali miglioramenti clinici, e una valutazione dettagliata dell'impatto economico globale, inclusi i costi di trattamento e la rimborsabilità del farmaco, fattori cruciali per l'implementazione della terapia in settings di *real-world*.

## 5. Conclusioni

In conclusione, questa analisi ha fornito una valutazione dell'accettazione e delle aspettative di un numero consistente di pazienti in trattamento per l'OUD riguardo alle nuove formulazioni di buprenorfina *long-acting*, somministrabili per via sottocutanea. I risultati della Survey indicano un forte interesse per la nuova terapia, con i partecipanti che riconoscono i potenziali benefici che un trattamento meno invasivo e più flessibile potrebbe avere in termini di gestione quotidiana e miglioramento della qualità della vita. Tuttavia, esistono anche preoccupazioni legate alla perdita di controllo percepita e alla necessità di un'approfondita valutazione dell'efficacia e sicurezza a lungo termine, nonché sulla sostenibilità economica della terapia in contesti di *real-world*. I dati raccolti suggeriscono che la nuova proposta terapeutica potrebbe rappresentare una soluzione efficace per migliorare l'aderenza al trattamento, ridurre il rischio di ricadute e offrire un miglioramento complessivo della qualità di vita dei pazienti con OUD. Tuttavia, sarà fondamentale approfondire l'impatto clinico ed economico a lungo termine della terapia, includendo la possibilità di rimborsabilità, e continuare a esplorare le percezioni e le esperienze dei pazienti durante l'uso prolungato di queste formulazioni.

**Riconoscimenti:** In conformità con le Good Publication Practice 2022, gli autori desiderano ringraziare Maria Donatella Semeraro (MediAbout s.r.l., Milano), per il supporto di Medical Writing.

**Fondi:** Realizzato con il supporto non condizionante di L. Molteni & C. dei F.Ili Alitti Società di Esercizio S.p.A.

**Conflitto di interessi:** L'autore dichiara di non avere conflitti di interesse.

**Disponibilità dei dati e dei materiali:** I dati saranno disponibili su ragionevole richiesta.

**Contributo degli autori:** E.T. e M.M. hanno raccolto, analizzato e interpretato i dati; E.T., M.M. e M.D.S hanno redatto la prima bozza dell'articolo, E.T. e M.M. hanno revisionato criticamente il suo contenuto, validato e infine approvato la versione dell'articolo da pubblicare.

## Riferimenti bibliografici

1. Dydyk A.M., Jain N.K., Gupta M. (2024 Jan 17). Opioid Use Disorder. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
2. Christie M.J. (2008). Cellular neuroadaptations to chronic opioids: tolerance, withdrawal and addiction. *Br J Pharmacol.*, May 29, 154(2): 384-96.
3. American Society of Addiction Medicine (ASAM). Definition of addiction. -- [www.asam.org/docs/default-source/quality-science/asam's-2019-definition-of-addiction-\(1\).pdf?sfvrsn=b8b64fc2\\_2](http://www.asam.org/docs/default-source/quality-science/asam's-2019-definition-of-addiction-(1).pdf?sfvrsn=b8b64fc2_2) (Ultimo accesso: 27/8/2024).
4. Alho H., Dematteis M., Lembo D., Maremmani I., Roncero C., Somaini L. (2020). Opioid-related deaths in Europe: Strategies for a comprehensive approach to address a major public health concern. *International Journal of Drug Policy*, Feb, 76, 102616.
5. Chang H.Y., Kharrazi H., Bodycombe D., Weiner J.P., Alexander G.C. (2018). Healthcare costs and utilization associated with high-risk prescription opioid use: a retrospective cohort study. *BMC Med.*, May 16, 16(1): 69.
6. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. Geneva: World Health Organization; 2009. 3, Background. -- [www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143178/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143178/) (Ultimo accesso: 27/8/2024).
7. NICE Guidance Overview. Drug misuse in over 16s: opioid detoxification. -- [www.nice.org.uk/guidance/cg52](http://www.nice.org.uk/guidance/cg52) (Ultimo accesso: 27/8/2024).
8. The ASAM National Practice Guideline 2020 Focused Update. -- [www.iss.it/documents/20126/0/Linee-Guisa-ASAM\\_2020.pdf/b4a81d64-374c-fb54-302d-e77460bc3ab2?t=1588167692291](http://www.iss.it/documents/20126/0/Linee-Guisa-ASAM_2020.pdf/b4a81d64-374c-fb54-302d-e77460bc3ab2?t=1588167692291) (Ultimo accesso: 27/8/2024).
9. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Balancing Access to Opioid Substitution Treatment with Preventing the Diversion of Opioid Substitution Medications in Europe: Challenges and Implications. 2021. -- [www.emcdda.europa.eu/publications/technical-reports/opioid-substitution-treatment-ost-in-europe-availability-and-diversion\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-reports/opioid-substitution-treatment-ost-in-europe-availability-and-diversion_en) (Ultimo accesso: 27/8/2024).
10. Dematteis M., Auriacombe M., D'Agnone O., Somaini L., Szerman N., Littlewood R. et al. (2017). Recommendations for buprenorphine and methadone therapy in opioid use disorder: a European consensus. *Expert Opin Pharmacother.*, Dec 12, 18(18): 1987-99.
11. Mégarbane B., Hreiche R., Pirnay S., Marie N., Baud F.J. (2006). Does high-dose buprenorphine cause respiratory depression?: possible mechanisms and therapeutic consequences. *Toxicol Rev.*, 25(2): 79-85.
12. Bonhomme J., Shim R.S., Gooden R., Tysu D., Rust G. (2012). Opioid Addiction and Abuse in Primary Care Practice: A Comparison of Methadone and Buprenorphine as Treatment Options. *J Natl Med Assoc.*, Jul, 104(7-8): 342-50.
13. Stöver H. (2012). Outcomes of opioid-dependence treatment across Europe: Identifying opportunities for improvement. *Heroin Addict Relat Clin Probl.*, Dec 1, 14: 39-50.
14. Dale-Perera A., Goulao J., Stover H. (2012). Quality of care provided to patients receiving opioid maintenance treatment in Europe: results from the EQUATOR analysis. *Heroin Addict Relat Clin Probl.*, 14(4): 23-38.
15. Advisory Council on the Misuse of Drugs. How can opioid substitution therapy (and drug treatment and recovery systems) be optimised to maximise recovery outcomes for service users? (2015). -- [https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7f4d88e5274a2e87db5087/ACMD\\_RC\\_OPTIMISING\\_OST\\_REPORT\\_231015.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7f4d88e5274a2e87db5087/ACMD_RC_OPTIMISING_OST_REPORT_231015.pdf) (Ultimo accesso: 27/8/2024).
16. Rolland B., Trojak B., Nourredine M., Bachellier J., Chappuy M., Bendimerad P. et al. (2021). Determinants of interest in extended-release buprenorphine: A survey among 366 French patients treated with buprenorphine or methadone. *Drug Alcohol Depend.*, Mar 1, 220, 108492.
17. Frost M., Bailey G.L., Lintzeris N., Strang J., Dunlop A., Nunes E.V. et al. (2019). Long-term safety of a weekly and monthly subcutaneous buprenorphine depot (CAM2038) in the treatment of adult out-patients with opioid use disorder. *Addiction*, Aug, 114(8): 1416-26.
18. Barnett A., Pienaar K., Lubman D.I., Arunogiri S., Phan V., Hayes V. et al. (2024). The dynamics of more-than-human care in depot buprenorphine treatment: A new materialist analysis of Australian patients' experiences. *Int J Drug Policy*, May, 127, 104399.
19. Little S., White B., Moensted M., Butler K., Howard M., Roberts J. et al. (2023). Health and correctional staff acceptability of depot buprenorphine in NSW prisons. *Int J Drug Policy*, Apr, 114, 103978.
20. Allegato alla Determina AIFA Numero Rep. n. 102/2021 del 26/07/2021. -- [www.aifa.gov.it/documents/20142/1546128/DETERMINA\\_102-2021\\_BUDIVAL.pdf](http://www.aifa.gov.it/documents/20142/1546128/DETERMINA_102-2021_BUDIVAL.pdf) (Ultimo accesso: 27/8/2024).
21. Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP). European Medicine Agency (EMA). -- [https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2018/20181120142634/anx\\_142634\\_it.pdf](https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2018/20181120142634/anx_142634_it.pdf) (Ultimo accesso: 27/8/2024).
22. Lofwall M.R., Walsh S.L., Nunes E. V., Bailey G.L., Sigmon S.C., Kampman K.M. et al. (2018). Weekly and Monthly Subcutaneous Buprenorphine Depot Formulations vs Daily Sublingual Buprenorphine With Naloxone for Treatment of Opioid Use Disorder. *JAMA Intern Med.*, Jun 1, 178(6): 764.
23. European Commission. Buprenorphine, INN-buprenorphine. Allegato I, riassunto delle caratteristiche del prodotto. -- [https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2018/20181120142634/anx\\_142634\\_it.pdf](https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2018/20181120142634/anx_142634_it.pdf) (Ultimo accesso: 11/9/2024).
24. Mannaioni G., Lugoboni F. (2023). Precautions in the management of opioid agonist therapy: from target population characteristics to new formulations and post-marketing monitoring – a focus on the Italian system. *Drugs Context.*, 12.
25. Dasgupta N., Bailey E.J., Cicero T., Inciardi J., Parrino M., Rosenblum A. et al. (2010). Post-marketing surveillance of methadone and buprenorphine in the United States. *Pain Med.*, Jul, 11(7): 1078-91.
26. ANSM. Suivi national addictovigilance de la methadone – Rapport d'Expertise Novembre 2019. Centre d'Addictovigilance PACA Corse; 2020. -- <https://ansm.sante.fr/uploads/2020/10/13/20201013-rapport-methadone-ceip-novembre-2019.pdf>.
27. Lapeyre-Mestre M., Boucher A., Daveluy A., Gibaja V., Jouanous E., Mallaret M. et al. (2020). Addictovigilance contribution during COVID-19 epidemic and lockdown in France. *Therapie.*, 75(4): 343-54.
28. Boucherie Q., Frauger E., Thirion X., Mallaret M., Micallef J. (2015). New methadone formulation in France: results from 5 years of utilization. *Therapie*, 70(2): 223-34.

29. Gilman M., Li L., Hudson K., Lumley T., Myers G., Corte C. et al. (2018). Current and future options for opioid use disorder: a survey assessing real-world opinion of service users on novel therapies including depot formulations of buprenorphine. *Patient Prefer Adherence*, Oct, 12, 2123-9.
30. Neale J., Tompkins C.N.E., Strang J. (2019). Prolonged-release opioid agonist therapy: qualitative study exploring patients' views of 1-week, 1-month, and 6-month buprenorphine formulations. *Harm Reduct J.*, Dec 3, 16(1): 25.
31. Férey M., Dubernet J., Auriacombe M. (2023). Cost estimation analysis for supervised dispensing of sublingual buprenorphine treatment and long-acting buprenorphine at Charles-Perrens hospital. *Le Courrier des Addictions*, XXV(4), octobre-novembre-décembre. -- [www.edimark.fr/revues/le-courrier-des-addictions/vol-xxv-n-4/estimation-des-couts-theoriques-dune-delivrance-supervisee-duntraitement-par-buprenorphine-sublinguale-etdebuprenorphine-daction-prolongee-encapsa-aucentre-hospitalier-charles-perrens](http://www.edimark.fr/revues/le-courrier-des-addictions/vol-xxv-n-4/estimation-des-couts-theoriques-dune-delivrance-supervisee-duntraitement-par-buprenorphine-sublinguale-etdebuprenorphine-daction-prolongee-encapsa-aucentre-hospitalier-charles-perrens).
32. Terrail N., Meroueh F. (2023). Analyse d'impact budgétaire de l'utilisation de la buprénorphine à libération prolongée en milieu carcéral Bilan après 2 ans de pratique au centre pénitentiaire de Villeneuve-lès-Maguelone. *Le Courrier des Addictions*, XXV(4), octobre-novembre-décembre. -- [www.edimark.fr/revues/le-courrier-des-addictions/vol-xxv-n-4/analyse-dimpact-budgetaire-delutilisation-delabuprenorphine-a-liberation-prolongee-enmilieucarceral](http://www.edimark.fr/revues/le-courrier-des-addictions/vol-xxv-n-4/analyse-dimpact-budgetaire-delutilisation-delabuprenorphine-a-liberation-prolongee-enmilieucarceral).
33. Wright N., Hard J., Fearn C., Gilman M., Littlewood R., Clegg R. et al. (2020). OUD Care Service Improvement with Prolonged-release Buprenorphine in Prisons: Cost Estimation Analysis. *Clinico econ Outcomes Res.*, 12: 499-504.
34. Ling R., White B., Roberts J., Cretikos M., Howard M. V., Haber P.S. et al. (2022). Depot buprenorphine as an opioid agonist therapy in New South Wales correctional centres: a costing model. *BMC Health Serv Res.*, Nov 8, 22(1), 1326.
35. Stöver H., Keppler K. (2023). Opioid Substitution Treatment in Prisons: Comparison of Cost of Buprenorphine Depot with other Medications – a Health-Economic Calculation. *Gesundheitswesen*, Jun, 85(6): 573-7.

## FeDerSerD/INFORMA

**Numero 37, ottobre 2024**

# Dipendenze: le dimensioni del fenomeno, l'efficacia dei percorsi di cura. Nuovi Trattamenti, nuovi Servizi



## Indice

|                                                                                           |          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1. Disturbo da uso di oppiacei: efficacia dei trattamenti innovativi e qualità della vita | pag. 3   |
| 2. Carcere ed esigibilità delle cure                                                      | pag. 8   |
| 3. Disturbo da uso di alcol, comorbidità, trattamento e riduzione del danno               | pag. 19  |
| 4. Prevenzione: interventi e contesti                                                     | pag. 39  |
| 5. Sessualità ed uso di sostanze. Non solo ChemSex                                        | pag. 91  |
| 6. Dipendenze e comorbidità                                                               | pag. 94  |
| 7. Il laboratorio di tossicologia: diagnosi e monitoraggio clinico tossicologico          | pag. 126 |
| 8. Gioco d'azzardo, IAD e altre dipendenze comportamentali                                | pag. 131 |
| 9. Tabagismo, comorbidità, trattamento e riduzione del danno                              | pag. 190 |

**A disposizione gratuitamente sul sito [www.federserd.it](http://www.federserd.it)**

# Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno XII, n. 43

MISSION n. 69

**Board editoriale e Comitato scientifico:** Giovanni Ad-dolorato, Roberta Agabio, Fabio Caputo, Giorgio Cerizza, Mauro Cibir, 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.

## Alcol, cannabinoidi e cocaina in un quadro di anoressia estrema maschile: il trattamento con Sodio-Oxibato come acceleratore del percorso terapeutico

*Maurizio Campana\*, Laura Daffini\*, Nicola Rizzardi\**

### Anamnesi

Paziente maschio, 18 anni, studente, vive con entrambi i genitori.

La madre ha avuto un esordio psicotico post-partum e, da allora, è in carico al CPS ed è stata esclusa dal programma riabilitativo del figlio, pregresso e attuale, per grave conflittualità con il marito e con il figlio stesso.

Esordio anoressico restrittivo a circa 11 anni.

Rapidamente preso in carico presso la Neuropsichiatria infantile e successivamente inserito in programmi riabilitativi residenziali presso tre differenti strutture per un periodo complessivo di circa 38 mesi.

Successivamente i genitori si sono rivolti ad una moltitudine di terapeuti privati.

*\* S.C. Ser.D. e S.S. centro per i disturbi del comportamento alimentare, ASST Bergamo-Est.*

Per il disturbo alimentare è attualmente in carico al CPS di riferimento (psichiatra) e presso psicoterapeuta privato; rifiuta qualsivoglia supporto nutrizionale.

Attualmente il peso è stimato essere intorno ai 33 kg (BMI circa 13 – grave emaciazione).

A fine estate giunge in PS a seguito di trauma contusivo al volto, dopo caduta a terra in stato di ebbrezza alcolica e successivamente trasferito allo SPDC per *intossicazione acuta da alcol, abuso di BDZ e DCA*; alcolemia in PS 3.03 g/L.

Ammette un uso eccessivo di alcolici nel corso dell'estate ed accenna ad un abuso di BDZ (Clonazepam) che si procura con facilità in farmacia.

Viene dimesso dallo SPDC con diagnosi di *disturbo di personalità* ed in terapia con Aripiprazolo 10 mg/die e Lorazepam 2.5 mg X2/die e quindi indirizzato al CPS territoriale.

La psichiatra invia quindi il paziente al Ser.D. per il disturbo da uso di alcol.

### Valutazione clinica

In sede di valutazione iniziale emerge un uso di sostanze (cannabis e cocaina), unitamente all'uso di alcol.

Si mostra poco disponibile alla valutazione specialistica e verbalizza la pressante richiesta di un trattamento farmacologico con Sodio-Oxibato, come suggeritogli da alcuni conoscenti.

Pone la richiesta come "condizione" per poter proseguire la valutazione.

Segue confronto con la psichiatra e lo psicoterapeuta e condividiamo la strategia; accogliamo la sua richiesta di terapia ed otteniamo la sua adesione all'esecuzione degli accertamenti tossicologici ed al successivo monitoraggio.

Si sottopone quindi agli accertamenti tossicologici su matrice cheratinica (pelo pubico) risultando positivo per ETG (3760.35 pg/mg), THC (33.43 ng/mg), cocaina (0.43ng/mg).

*Inquadramento diagnostico con DSM-5: disturbo da uso di alcol, moderato (303.90-F10.2), disturbo da uso di cannabis, lieve (305.20 - F12.10), anoressia nervosa restrittiva (307.1-F50.01) ed uso occasionale di cocaina.*

### Fasi dell'intervento

Viene immediatamente intrapreso un trattamento con Sodio-Oxibato, al dosaggio stabile di 20 ml/die, stante il grave sottopeso, per tre settimane.

Il trattamento con Sodio-Oxibato ha rapidamente stabilizzato il quadro clinico, relativamente al consumo di alcol, e favorito la presa in carico del paziente che, successivamente, ha accettato la prosecuzione del programma ambu-

latoriale ed un trattamento con Acamprosato a dosaggio ridotto, sempre a causa del grave sottopeso (333 mg x3/die).

### Discussione

Il caso descritto appare estremo in ogni suo aspetto.

Le drammatiche condizioni cliniche e psicopatologiche non ci hanno permesso di perfezionare e completare l'inquadramento diagnostico-personologico e ci hanno costretti ad un'azione rapida, finalizzata soprattutto all'immediato contenimento del disturbo da uso di alcol che, insediandosi su di un quadro anoressico estremo, lasciava poco spazio ad altre azioni.

L'alleanza creata con il paziente, seppur fragilissima, unitamente all'efficacia dimostrata dal breve trattamento con Sodio-Oxibato, lasciano sperare in un lavoro terapeutico successivo più accurato ed efficace, nonostante un processo di crescita, fisica e cognitiva, interrotto dalla malattia anoressica.

### Riferimenti bibliografici

- Nawaz S. (2014). Gamma-Hydroxybutyrate (GHB) in the treatment of alcohol use disorders: A review. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 40(2): 132-138.
- Myrick H., Anton R.F. (2008). Pharmacological treatment of alcohol use disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(5): 865-874.
- Swanson S.A., Buckner J. D. (2012). Comorbidity of eating disorders and substance use disorders: Implications for treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(4): 821-834.
- Wilkins K., van Gerwen L. (2005). Personality disorders and comorbidity in adolescent eating disorders: A review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 14(4): 218-226.

# Sodio oxibato per la disassuefazione in acuto e l'inserimento in Struttura Comunitaria in pazienti alcol dipendenti e non complianti al ricovero ospedaliero

Concettina Varango\*, Antonella Varango\*\*, Matra Cella\*\*\*

## Anamnesi

Il padre è deceduto a gennaio del 2024, la mamma vive da sola.

È il terzo di tre fratelli di cui uno sposato con figli, uno convive e Stefano.

Ha fatto la terza media, i genitori gestivano un'attività commerciale all'interno del territorio lodigiano.

Inizia a bere all'età di 15 anni sporadicamente e, giunto ai 17/18 anni incomincia a bere quotidianamente (birra, vino e cocktail a base di gin).

Assume circa 3/4 litri di alcol al giorno.

Ha lavorato per il padre per alcuni anni all'interno dell'attività commerciale e nella ristorazione. Successivamente ha svolto un lavoro come agente di commercio per una ditta di dolci.

Ha avuto una storia sentimentale durata 13 anni compresa la convivenza ma, la storia sentimentale finisce e Stefano, si trasferisce in Francia dove vive per 7 anni conseguendo un diploma in madre lingua e lavorando come rappresentante in alcune caffetterie private.

Parla del lavoro di rappresentanza come un'attività che lo gratificava molto e per la quale si sentiva portato.

Durante il Covid e per la chiusura delle attività commerciali, rientra in Italia e svolge alcuni lavori dapprima come fabbro/carpentiere nella ditta dove lavora il fratello e, successivamente incomincia a lavorare come autista per il trasporto di emoderivati fino a qualche mese fa dove viene lasciato a casa perché gli trovano una bottiglia di vino all'interno della macchina di servizio.

Circa sette mesi fa si sposa ma, da un paio di mesi, con l'accentuarsi della conflittualità con la moglie per i problemi derivati dall'abuso di alcol, va a vivere con la mamma.

Il paziente riferisce di aver sempre saputo dell'esistenza dei servizi per la dipendenza da alcol ma era convinto di risolvere in autonomia il problema non avendone una vera consapevolezza.

\* Direttore S.C. Servizio dipendenze ASST Lodi.

\*\* Dirigente medico Servizio Dipendenze ASST Lodi.

\*\*\* Coordinatore Infermieristico Servizio Dipendenze ASST Lodi.

Non si è mai rivolto al Ser.D. e non ha mai intrapreso ricoveri di disassuefazione dall'alcol, parla della vergogna e del disagio che prova per il problema dell'alcol.

Riferisce di non essersi mai rivolto al Ser.D. *perché* vedeva gli utenti che si recavano al servizio dipendenze che era situato vicino alla sua abitazione, senza mai interrompere l'uso di sostanze.

È sempre stato uno sportivo ed è stanco della vita che sta conducendo a causa dell'alcol e dell'astinenza che compare quando smette di bere.

Ad ottobre proprio in seguito alla cessazione dell'alcol, compare una crisi epilettica per la quale viene condotto in Pronto Soccorso.

## Valutazione iniziale

Stefano giunge al Servizio all'inizio del 2024 su indicazione di un collega al quale si è rivolto perché "sta sprofondando sempre di più" e non vuole perdere l'ultima cosa che gli è rimasta: il legame con i familiari.

Il paziente parla del disagio di non aver trovato una collocazione nella vita e, dell'ansia che lo assale non permettendogli di pensare con lucidità e, finisce con il bere.

Durante il colloquio con il medico, il paziente incomincia ad avere sintomi astinenziali con la comparsa anche di tremori importanti agli arti superiori, gastralgia, sudorazione e difficoltà a continuare il colloquio.

Stefano non accetta di intraprendere un percorso di disassuefazione presso gli ospedali del territorio lodigiano per la vergogna di essere riconosciuto da qualcuno e chiede un aiuto farmacologico ambulatoriale e, l'inserimento presso una Comunità per poter riprendere in mano la propria vita e pensare solo ad un percorso di cambiamento in una struttura lontano dal territorio.

## Valutazione psicodiagnostica

È stato effettuato un colloquio psicologico e somministrata una batteria di test neuropsicologici tarati e standardizzati su un campione di pari età e scolarità, i cui ri-

sultati sono da ritenere indice valido ed attendibile della sua attuale efficienza cognitiva.

Dalla valutazione effettuata emerge un deficit delle funzioni esecutive, in particolare nelle abilità di astrazione ed inibizione.

Una sfumata debolezza si riscontra nell'abilità di attenzione selettiva; potrebbe essere influenzata sia dalle difficoltà inibitorie che da quelle visuo-spaziali.

La valutazione è stata effettuata attraverso la somministrazione dei test di personalità Rorschach ed MMPI-2.

*L'area cognitiva* evidenzia un pensiero poco convenzionale, basato su un'analisi sbrigativa che trascura relazioni e sintesi importanti.

Il soggetto presenta un medio problema nella prova di realtà, presente però solitamente in situazioni poco chiare e amplificata dalla tendenza del soggetto all'ipersemplificazione.

Egli non presenta disturbi del pensiero e i principali meccanismi di difesa utilizzati sono: somatizzazione, immaginazione, proiezione e razionalizzazione (soprattutto in relazione ai vissuti di rabbia).

*L'area degli affetti e dei controlli* non segnala un possibile problema di controllo.

È fortemente attratto dagli stimoli emotivi, ma la scarsa capacità modulativa determina un'espressione spontanea delle emozioni.

*L'area della relazione* interpersonale mostra che Stefano, influenzato da tratti paranoidei, è solitamente sospettoso e guardingo, tende a non farsi coinvolgere nelle relazioni e, quando le instaura, assume un ruolo passivo, che fa sperimentare al soggetto vissuti di delusione e fallimento.

Pur non essendo interessato ad instaurare relazioni, mostra comunque di essere alla continua ricerca di attenzioni da parte dell'altro.

*L'area dell'immagine di sé* segnala un'oscillazione tra una poca fiducia nelle proprie capacità e risorse e aspetti di grandiosità, che implicano una percezione irrealistica del proprio valore.

Egli ha una particolare preoccupazione per l'integrità del proprio corpo.

Riguardo alle possibilità evolutive e terapeutiche il soggetto ha di base delle buone capacità cognitive con una qualità del processamento buona e l'assenza di disturbi del pensiero, seppur con delle cadute soprattutto nella prova di realtà.

La scarsa capacità di fidarsi dell'altro e il poco controllo emotivo che caratterizza il soggetto potrebbero essere elementi prognostici negativi.

## Fasi dell'intervento

L'approccio terapeutico della dipendenza da alcol riconosce come obiettivi da perseguire da un lato la gestione

della sindrome da astinenza alcolica (SAA), e dall'altro la prevenzione delle complicanze e la preparazione del paziente per la terapia a medio/lungo termine.

Per il trattamento farmacologico a medio/lungo termine sono disponibili diversi farmaci, tra cui il gamma-idrossibutirrato (GHB/Sodio Oxibato), un amminoacido a catena corta strutturalmente simile al neurotrasmettitore acido gamma-amminobutirrico (GABA), con effetto alcol-mimetico a livello del sistema nervoso centrale (SNC). Questo effetto alcol-mimetico rappresenta il razionale per l'utilizzo del farmaco nel trattamento della dipendenza da alcol e nella prevenzione delle ricadute.

Proprio per la comparsa della sintomatologia astinenziale si è ritenuto utilizzare il Sodio Oxibato per le proprietà farmaco-cinetiche e farmacodinamiche del farmaco in associazione a benzodiazepine ad emivita lunga e del valproato di sodio a rilascio prolungato per prevenire eventuali crisi epilettiche.

Il paziente ha acconsentito al coinvolgimento del familiare per la gestione dei farmaci e l'affido del Sodio Oxibato. Si è incominciato trattamento farmacologico con sodio-oxibato al dosaggio di 50 mg/kg/die, suddivisi in 3 somministrazioni distanziate di almeno quattro ore l'una dall'altra (es. mattino, pomeriggio e sera), la prima dose di terapia è stata somministrata mentre il paziente incominciava a lamentare sintomi astinenziali.

Si è proceduto con la consegna di depakin chrono a rilascio prolungato al dosaggio di 300 mg e vatan 2 cps da 5 mg per risolvere la sintomatologia astinenziale acuta.

Dopo circa 15 min dall'assunzione del Sodio Oxibato, il paziente riferisce miglioramento dello stato psico-fisico e scomparsa dei tremori agli arti superiori e riesce a finire il colloquio di valutazione clinico.

## Discussione del caso

L'approccio terapeutico della dipendenza da alcol riconosce come obiettivi da perseguire da un lato la gestione della sindrome da astinenza alcolica (SAA), e dall'altro la prevenzione delle complicanze e la preparazione del paziente per la terapia a medio/lungo termine.

Con il paziente si sono definiti obiettivi per il raggiungimento della condizione di stabilità psicofisica necessaria per il reinserimento sociale e familiare.

In questa fase è stato cruciale una disassuefazione dall'alcol per arrivare a mantenere l'astinenza ed un controllo adeguato della "sindrome da astinenza protratta" e del craving e si sono intrapresi contatti con una Comunità del bresciano che si è data disponibile ad effettuare, a breve, un primo colloquio con l'utente finalizzato ad un inserimento comunitario.

La "dipendenza" da alcol non è solamente una patologia fisica, ma rappresenta un complesso quadro fisico, emoti-

vo, psicologico e relazionale, strettamente correlato alle esperienze di vita e all'educazione della persona.

A tal proposito, si ritiene necessario applicare una concezione "olistica", in modo da potersi permettere di parlare con la persona, di comprenderla, di capirne gli atteggiamenti e i comportamenti che l'hanno portata ad agire in quella maniera e che risultano essere la causa dei suoi problemi.

Bisogna indagare la storia del paziente, le sue esperienze, le emozioni provate e le relazioni che lo rendono felice o triste.

Secondo alcuni studi approfonditi, esiste la possibilità di cambiamento "non immediato", che deve nascere dal profondo della persona.

Il primo passo consiste nel comprendere la reale necessità di cambiare.

Fino a che il soggetto non percepisce l'esigenza di trasformare se stesso, non esiste la possibilità di cambiamento.

L'interazione fra mente e alcol determina profonde alterazioni neurocognitive e motivazionali che necessitano di lunghi periodi di riabilitazione e cura al fine di ripristinare il corretto funzionamento di questi circuiti.

La principale evidenza è data dalla capacità dell'alcol di indurre una "sindrome disesecutiva" all'interno del sistema di attività mentali che costituiscono le funzioni frontali.

La valutazione neuro-cognitiva del paziente alcolista assume quindi un'importanza strategica sia sul versante puramente cognitivo per pianificare percorsi di reinserimento socio-lavorativo sia come indicatore di remissione della patologia addittiva alcolica attraverso un ripristino dell'azione regolatoria/modulatoria della corteccia prefrontale sui sistemi sottocorticali.

La storia di Stefano propone alcune considerazioni utili a comprendere quanto, una disassuefazione iniziale in acuto con farmaco che nel controllo della sindrome di astinenza da alcol etilico e, nella fase iniziale del trattamento multimodale della dipendenza alcolica possa indirizzarne i risultati finali insieme ad una valutazione neuropsicologica, fatta all'inizio del percorso.

Sappiamo quanto è difficile chiedere consulenze di approfondimento ai nostri pazienti che, quando arrivano nei nostri servizi, chiedono prevalentemente di smettere di assumere stupefacenti/alcol e non certo d'essere valutati dal punto di vista neuropsicologico.

Nel caso di Stefano si è potuto osservare ed intervenire sul piano dell'umore, così come non è passata inosservata la sua tendenza alla perseverazione.

Difficile allora pensare a deficit neuropsicologici nelle funzioni prassiche o esecutive nel caso di un soggetto che quando è astinente dall'alcol dimostra nella quotidianità la capacità di trovare soluzioni efficaci nella quotidianità e a livello lavorativo.

Molteplici studi hanno documentato come alcuni circuiti mentali sono predefiniti all'interno di uno sviluppo che si completa negli anni successivi alla nascita, come quelli che per esempio controllano la respirazione o l'attività cardiaca.

Queste connessioni sono "indipendenti dall'esperienza". Altri circuiti mentali vengono attivati durante la nostra vita e vengono denominati "dipendenti dall'esperienza" perché sono soggetti a continue revisioni, in funzione dell'esperienza che progressivamente viene maturata ed elaborata.

Se i primi circuiti sono dei sistemi chiusi, predefiniti e ci accompagnano pressoché invariati per tutta la vita, i secondi dipendono dagli accadimenti esterni, dal modo in cui la persona li elabora, li anticipa ed in qualche misura concorre a determinarli.

Naturalmente i sistemi corticali e sottocorticali frontali e orbito-frontali appartengono d'elezione a questa seconda categoria.

Non è difficile immaginare allora che l'elaborazione degli iniziali fallimenti di Stefano nel mantenersi sobrio abbiano rappresentato il presupposto ed insieme il rinforzo per i successivi, come un disco rotto che giunto al solco alterato anziché proseguire la traccia torni da capo e così facendo approfondisca l'alterazione che lo ha fatto saltare.

Per le stesse ragioni è facile supporre che un percorso virtuoso, autenticamente terapeutico, capace di guidarlo e stimolarlo a sperimentare con successo situazioni per lui critiche, magari con un supporto farmacologico mirato a favorire quella plasticità neuronale che sappiamo sottendere sul piano biologico la rimodulazione delle funzioni cognitive complesse, i cui deficit sono responsabili delle ricadute nella dipendenza e/o nelle recidive, avrebbe prodotto esiti significativamente diversi.

La possibilità di intraprendere precocemente un trattamento di disassuefazione dall'alcol per non accettazione del paziente ed anche, in un contesto territoriale lodigiano che rende difficile la possibilità di prevedere un ricovero ospedaliero per mancanza di posti letto dedicati ai pazienti con problematiche alcol-correlate, ha permesso di poter perseguire degli obiettivi di cura volti all'astinenza del paziente e alla possibilità di un inserimento comunitario affrontato nelle migliori condizioni possibili.

## Conclusioni

Il Sodio Oxibato ha un'azione dopaminergica indiretta legandosi ai recettori GHB e GABAb.

Il Sodio Oxibato è stato identificato in tutte le regioni del cervello dei mammiferi (neurotrasmettitore endogeno).

La terapia con Sodio Oxibato è efficace sia nel contrastare i sintomi di astinenza sia nel ridurre il craving per l'alcol.

La sua azione di agonista gabaergico provoca un aumento del rilascio di dopamina nei sistemi cerebrali della ricompensa, mimando, quindi, gli effetti gratificanti dell'alcol.

È impiegato a dosaggi di circa 50-100 mg/kg/die distribuiti in almeno tre assunzioni al giorno.

Gli obiettivi della terapia sono la riduzione del craving, la riduzione dei sintomi astinenziali e sul consumo di alcol la riduzione del numero di drinks/die con l'aumento del numero dei giorni di astinenza consecutivi.

Dosi terapeutiche di Sodio Oxibato non creano abitualmente dipendenza e il paziente non manifesta generalmente sintomi di astinenza all'interruzione del trattamento.

Il Sodio Oxibato è indicato per: alcolisti in fase attiva, alcolisti a esordio prevalentemente tardivo, pazienti che associano alcol e benzodiazepine, pazienti in trattamento di disassuefazione, pazienti con craving da tensione e da ricompensa.

Per le proprietà gratificanti, euforizzanti e rinforzanti (simili all'alcol), è stato segnalato un rischio potenziale di abuso, confermato da alcune indagini cliniche.

Per i rischi connessi allo sviluppo di craving ed episodi di abuso di Sodio Oxibato, è consigliato uno stretto monitoraggio clinico durante la terapia.

Il Sodio Oxibato può essere considerato un farmaco potenzialmente efficace nel prevenire le ricadute, il craving e nel mantenere l'astinenza nei pazienti alcol-dipendenti. Nel caso di Stefano ha permesso una disassuefazione in acuto dalla dipendenza da alcol e l'inserimento presso una struttura comunitaria così come richiesto dal paziente.

Il paziente è stato visto più volte dagli operatori del SerD che hanno potuto rinforzarne la motivazione al cambiamento e stabilizzandone il quadro psico-fisico.

## Riferimenti bibliografici

- Addolorato G., Leggio L., Abenavoli L., Gasbarrini G. (2005). Alcoholism Treatment Study group. Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: a review. *Addict Behav*, 30(6): 1209-24.
- American psychiatric association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, V Edition.
- Dawson D.A., Goldstein R.B., Grant B.F. (2012). Differences in the Profiles of DSM-IV and DSM-5 Alcohol Use Disorders: Implications for Clinicians. *Alcohol Clin Exp Res.*, Sep 13.
- Addolorato G., Caputo F., Bernardi M., Gasbarrini G. (2003). The treatment of alcohol abuse and alcoholism: psychosocial and pharmacological management. *Alcologia*, 15(1-2-3): 95-109.
- Addolorato G., Abenavoli L., Leggio L., Gasbarrini G. (2005). How many cravings? Pharmacological aspects of craving treatment in alcohol addiction: a review. *Neuropsychobiology*, 51(2): 59-66.
- Addolorato G., Viaggi M., Gentilini L. et al. (1993). Alcohol addiction: evaluation of the therapeutic effectiveness of self-help group in the maintenance of abstinence from alcohol. *Alcologia*, 5: 261-3.
- Anton R.F., O'Malley S.S., Ciraulo D.A. et al (2006). COMBINE Study Research Group. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA*, 295: 2003-17.
- Buscemi L., Turchi C. (2001). An overview of the genetic susceptibility to alcoholism. *Med Sci Law*, 51(Suppl 1): S2-6.
- Cibin M. (1999). Disulfiram, nuove strategie per un "vecchio" farmaco. *Medicina delle Tossicodipendenze*, 7, 22-23, 57-60.
- Edwards S., Kenna G.A., Swift R.M., Leggio L. (2011). Current and promising pharmacotherapies, and novel research target areas in the treatment of alcohol dependence: a review. *Curr Pharm Des*, 17(14): 1323-32.
- Garbutt J.C. (2009). The state of pharmacotherapy for the treatment of alcohol dependence. *J Subst Abuse Treat*, 36(1): S15-23.
- Gulley J.M., McNamara C., Barbera T.J., Ritz M.C., George F.R. (1995). Selective serotonin reuptake inhibitors: Effects of chronic treatment on alcohol-reinforced behavior in mice. *Alcohol*, 12: 177-181.
- Johnson B.A. (2010). Medication treatment of different types of alcoholism. *Am J Psychiatry*, 67(6): 630-9.
- Kiefer F., Helwig H., Tarnaske T., Otte C., Jahn H., Wiedemann K. (2005). Pharmacological relapse prevention of alcoholism: clinical predictors of outcome. *Eur Addict Res*, 11(2): 83-91.
- Lesch O.M., Walter H. (1996). Subtypes of alcoholism and their role in therapy. *Alcohol Alcohol*, 31(Suppl 1): 63-7.
- Mason B.J., Heyser C.J. (2010). Acamprosate: a prototypic neuromodulator in the treatment of alcohol dependence. *CNS Neurol Disord Drug Targets*, 9(1): 23-32.
- Seneviratne C., Huang W., Ait-Daoud N., Li M.D., Johnson B.A. (2009). Characterization of a functional polymorphism in the 3' UTR of SLC6A4 and its association with drinking intensity. *Alcohol Clin Exp Res.*, Feb, 33(2): 332-9.
- Swift R. (2007). Emerging approaches to managing alcohol dependence. *Am. J. Health Syst. Pharm.*, 64(5 Suppl 3): S12-22.
- Verheul R., Van Den Brink W., Geerlings P. (1999). A three-pathway psychological model of craving for alcohol. *Alcohol Alcohol*, 34: 197-222.
- Shallice T. (1990). *From neuropsychology to mental structure*. Trad. it: *Neuropsicologia e struttura della mente*. Bologna: il Mulino.
- Wood R.L., Grafman J. (2003). Human prefrontal cortex: processing and representational perspectives. *Nature Reviews Neuroscience*, 4: 139-146.

# Esperienze di clinica alcolologica

A. Falvo\*, E. Battaglia\*, R. Gallo\*, F. Genco\*, A. Rizzo\*\*, M. Notaro\*\*, R. Macrina\*\*,  
P. Lucchino\*\*\*, A. Saladino\*\*\*\*, M. Cevola\*\*\*\*, A. Renda\*\*\*\*\*, G. Audino°

## Introduzione

La UE ha il più alto consumo di alcol al mondo (1-4) e rappresenta la terza causa di morte prematura dopo l'ipertensione e il tabacco (5,6).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha precisato che l'uso dannoso dell'alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute della popolazione a livello mondiale.

Il Ministero della Salute nel 2022 riporta che l'alcol è considerato il quinto fattore di rischio per il Global Burden of Disease nella UE e che nel 2016 le morti alcol-correlate hanno raggiunto il 5.5%, per un totale di 291.100 persone, in gran parte per patologie oncologiche (29% dei decessi) (7).

A questo si aggiunge il carico da addebitare all'alcol, in maniera diretta o indiretta per oltre 200 delle malattie e condizioni riportate dall'ICD-10.

La stima è che il 5,1% del carico di malattia e lesioni a livello mondiale sia attribuibile al consumo di alcol (dati 2016), equivalente a 132,6 milioni di anni persi per invalidità (Daily Adjusted Life Years, DALY) (3).

Oltre alle malattie croniche non trasmissibili, citate sopra, l'altra grande area di danni dovuti all'alcol riguarda le lesioni intenzionali e non intenzionali; ci si riferisce agli incidenti stradali dovuti all'assunzione di alcol, compreso l'omicidio stradale, le *overdose* alcoliche, gli atti di violenza dovuti all'alcol e, spesso, all'assunzione concomitante di altre sostanze psicoattive (poliassuntori) (8).

Nel panorama UE, l'Italia è stata particolarmente virtuosa negli anni 2002-2018 riuscendo a diminuire del 25% i consumi di alcol pro-capite (9), miglior risultato europeo.

Probabilmente questo effetto è stato innescato da un cambio di prospettiva nella narrazione dell'uso di alcol che dall'essere parte integrante dell'alimentazione italiana, capace di mediare anche dei benefici, oggi viene riportato come dannoso per la salute, realizzandosi quindi un cambiamento culturale, e

quindi comunicativo, anche in ambito medico, in gran parte conseguente all'affermazione del WHO's Agency for Research of Cancer, che ha riportato nel 2014 come l'unica vera prevenzione dei tumori alcol-correlati sia rappresentata dall'astensione completa dal bere (10).

Come ribadito dal Rapporto ISTISAN 24/3 "L'alcol è una bevanda cancerogena in grado di causare dipendenza" (1).

Inoltre, considerato che il rischio di malattia correla con l'aumento della quantità d'alcol consumata, se anche vengano riportate in letteratura associazioni protettive riguardo l'uso occasionale di alcol per le malattie coronariche, l'ictus ischemico e il diabete, sempre per l'OMS "gli effetti dannosi del consumo di alcol sulla salute sono ancora predominanti" (11,12).

Sebbene abbiamo visto, l'Italia sia stata la prima regione europea a raggiungere l'obiettivo stabilito di riduzione del consumo pro capite del 25%, negli ultimi anni il trend del consumo medio pro-capite è in ascesa, avvicinandosi ai livelli del 2008, con l'effetto di annullare le riduzioni dell'ultimo decennio (1).

Negli ultimi anni la vera emergenza sanitaria in termini di uso di alcol è rappresentata da 3 fenomeni in crescita.

*La prima emergenza* riguarda il cambiamento di abitudine di bere a digiuno piuttosto che ai pasti, e il fenomeno del *binge drinking*, ossia il consumo episodico eccessivo.

*La seconda emergenza* concerne, invece, il consumo a rischio.

Secondo l'ISS sono da considerarsi consumatori a rischio tutti i minori di 18 anni che hanno bevuto anche solo una bevanda alcolica, i giovani over 18 che hanno consumato più di 2 UA al giorno, gli anziani over 65 che hanno consumato più di 1 UA e, infine, tutte le persone che hanno praticato il *binge drinking* almeno una volta nel corso dell'anno (7).

*La terza emergenza* è il Disturbo da Uso di alcol, ultima più grave categoria di modalità di consumo che causa danno fisico, psichico, relazionale e sociale.

Il DUA fa parte della più grande categoria dei Disturbi correlati a sostanze e di Addiction del DSM 5-TR (13) o dei Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol secondo l'ICD 10.

Il fenomeno è in gran parte sommerso, con scarso accesso ai servizi per le dipendenze e risulta inefficace

\* Dirigente medico Ser.D. di Catanzaro.

\*\* Dirigente psicologo Ser.D. di Catanzaro.

\*\*\* Coordinatore infermieristico Ser.D. di Catanzaro.

\*\*\*\* Infermiere Professionale Ser.D. di Catanzaro.

\*\*\*\*\* Assistente sociale Ser.D. di Catanzaro.

° Direttore f.f. s.c. Ser.D. di Catanzaro.

spesso la risposta che questi sono in grado di agire; mutuando il prof. Silvio Garattini, in un'espressione riferita al ricorso alle terapie psicologiche per ansia e depressione e che riteniamo utile anche per il nostro ambito d'intervento, lo scarso impatto sulla popolazione generale sarebbe dovuto "oltre che alla scarsa offerta di risposta anche alla scarsa domanda".

Non volendo entrare nel merito di come implementare la domanda, si propone una disamina dell'offerta terrioriale di trattamento delle problematiche correlate all'uso di alcol, maturata nell'anno 2024 nelle S.S. dei Ser.D. di Soverato e Lamezia Terme, facenti parte della S.C. del Ser.D. di Catanzaro.

### Esperienza nella clinica alcologica delle S.S. di Soverato e Lamezia Terme (nell'ambito della S.C. del Ser.D. di Catanzaro)

Abbiamo voluto riportare in questo contributo, l'esperienza nella clinica alcologica per il 2024 di due strutture semplici, che svolgono in maniera differente l'approccio al paziente con problematiche correlate all'uso di alcol.

Il Ser.D. di Soverato presenta una memoria storica diversa, è più conosciuto sul territorio di afferenza ed ha una realtà maggiormente strutturata.

L'attuale Ser.D. di Lamezia per organico e composizione, si trova in una fase di riorganizzazione e presenta quindi una realtà per certi versi differente.

Entrambi i servizi offrono nell'immediato del primo accesso adeguata accoglienza ed inquadramento diagnostico attraverso anamnesi medica e tossicologica, esame obiettivo generale ed orientato, emocromo ed esami ematochimici di routine, valutazione virologica (per HCV, HBV, HIV 1 e 2), dosaggio della transferina desializzata su campioni ematici, esami tossicologici urinari seriati all'inizio e nel corso del trattamento.

L'approccio è multidisciplinare, integrato, e laddove possibile, teso ad una presa in carico immediata.

Presso il Ser.D. di Soverato, all'inizio del trattamento viene effettuato wash-out recettoriale attraverso fleboclisi con glutazione, tiamina per un periodo che va dai 2 ai 3 giorni con la sola sospensione notturna, presso un ambulatorio dedicato all'interno del servizio stesso, sotto controllo medico.

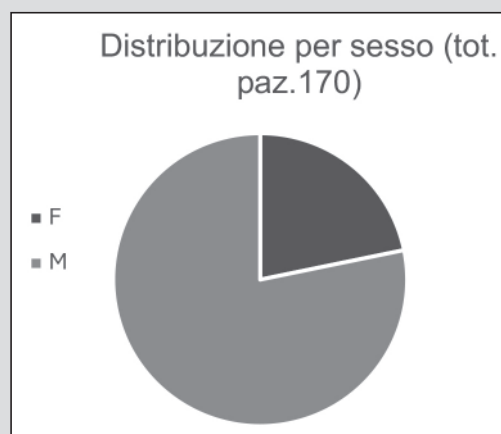
Nel corso del wash out recettoriale, viene poi iniziata terapia con GHB, con graduale titolazione.

Nel corso di questa procedura il paziente è accompagnato da un familiare; questa procedura solleva il paziente dal rischio di astinenza e favorisce l'alleanza terapeutica tra il paziente, il caregiver e il personale.

Presso il Ser.D. di Lamezia, a causa di limiti di organico e strutturali, la presa in carico globale del paziente considera la messa in atto di trattamenti con GHB già dai primi ingressi, con graduale titolazione, senza passare attraverso la procedura di wash-out recettoriale ma considerando da subito il coinvolgimento di un familiare specie per le pratiche di affido del farmaco e per facilitare l'alleanza terapeutica.

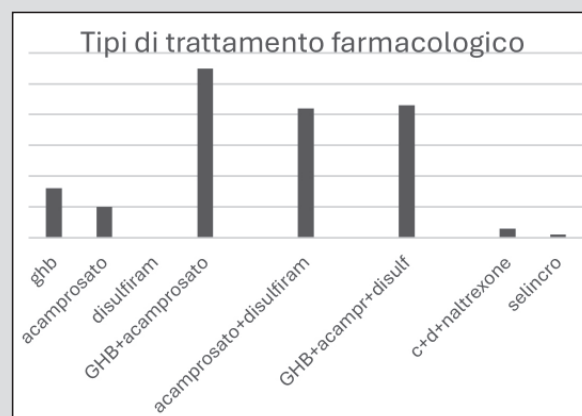
Nei due servizi sono afferiti nel 2024, 170 pazienti, con un'età media di 49,93 anni, di cui 37 femmine (21% del totale) e 133 maschi (79% del totale), come visualizzabile in Figura 1.

Fig. 1 - Distribuzione per sesso pazienti 2024



Del totale dei pazienti presi in carico, sedici sono stati trattati solo con GHB, dieci solo con acamprosato, nessuno solo con terapia antagonista, cinquantacinque hanno ricevuto trattamento prima con GHB seguito da 6-12 mesi di acamprosato, quarantadue hanno assunto acamprosato e disulfiram, quarantatre hanno assunto GHB, poi acamprosato e disulfiram a mantenimento; nel Ser.D. di Soverato, inoltre un paziente è stato trattato con nalmefene, ed altri tre hanno ricevuto trattamento combinato con acamprosato, disulfiram e naltrexone (Figura 2).

Fig. 2 - Tipi di trattamento farmacologico



Accanto alla terapia farmacologica, tutti i pazienti hanno ricevuto supporto psicologico, individuale o di gruppo.

I tempi medi di assunzione del GHB sono stati di circa due mesi, con una media di un mese presso il Ser.D. di Soverato e tempi più lunghi nei trattamenti seguiti presso il servizio di Lamezia Terme; qui è stato valutato il craving in corso di trattamento attraverso lo strumento della scala VAS per il craving-intensità, motivando tempi medi più lunghi di trattamento.

I tempi di trattamento con GHB sono da riferirsi a complessivi delle fasi di titolazione, mantenimento e décalage. nei pazienti non responders talvolta si opta per il frazionamento del dosaggio giornaliero (14).

## Conclusioni

Dalla nostra esperienza clinica, emerge che l'uso di GHB, in associazione ad acamprosato nei modi e tempi congrui, a terapia antagonista e ad adeguato supporto psicologico, consente la migliore riuscita in termini di riduzione del danno, di continuità all'accesso al servizio e di mantenimento della condotta astinenziale da alcol.

Buoni risultati si ottengono con acamprosato associato a supporto psicologico specie in pazienti che utilizzano alcol e cocaina.

L'uso di GHB nella disassuefazione da alcol risulta una pratica ormai consolidata.

L'intervento precoce farmacologico con sodio oxibato consente di agganciare il paziente al servizio, in quanto questi immediatamente, sentendosi sollevato dai sintomi astinenziali, trae beneficio dal trattamento, acquista fiducia nella possibilità di stare meglio e nel servizio stesso.

Il controllo della sintomatologia astinenziale fin dalle prime fasi consente altresì di lavorare precocemente attraverso il supporto psicologico e rinfranca anche i familiari, da tempo gravati dalle conseguenze del disturbo da uso di alcol del proprio congiunto.

Criticità sono state riscontrate nel trattare con GHB i pazienti con doppia diagnosi accertata, nei pazienti poliabusatori, principalmente usatori di cocaina insieme all'alcol e pazienti senza fissa dimora o extracomunitari senza adeguata rete di supporto.

Questi pazienti sono in genere trattati con acamprosato, sebbene i risultati non siano sempre incoraggianti, data anche la difficoltà in queste categorie di effettuare una buona terapia psicologica di supporto al farmaco (come peraltro indicato in scheda tecnica quale elemento imprescindibile).

La sempre più crescente domanda che si sta riscontrando in queste categorie, rappresenta una ulteriore

sfida nel fronteggiare la criticità di un fenomeno sempre più in espansione.

## Riferimenti bibliografici

1. Istisan R., Scafato E., Ghirini S., Gandin C., Matone A., Manno V. (2024). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute e de IPiano Nazionale della Prevenzione Rapporto 2024*. Published online 2024.
2. WHO TEAM (2019). *Status Report on Alcohol Consumption, Harm and Policy Responses in 30 European Countries 2019 Data Sources and Methods*. -- [www.euro.who.int/pubrequest](http://www.euro.who.int/pubrequest).
3. WHO TEAM (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Published online 2018.
4. DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA (2001). *Ministero Della Salute "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati"*.
5. *Ministero Della Salute*, 2020.
6. WHO TEAM (2010). *Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*. World Health Organization.
7. Gruppo Redazionale per il Tavolo Tecnico di lavoro sull'Alcol (2022). *LIBRO BIANCO "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana"*. Published online 2022.
8. Presidenza del Consiglio dei Ministri DPA (2022). *Relazione Annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia*.
9. Scafato E. (2005). A country-based strategy for the implementation and integration of early detection and brief intervention in the daily activities of GPs in Italy. PHEPA (Primary Heal Care Eur Proj Alcohol) Integr Heal Promot Interv Hazard harmful alcohol Consum intoPrim Heal care Prof Dly Work Annex IV Ctry Strateg. Published online: 191-222.
10. Broholm K., Montonen M., Mäkelä P. *et al.* (2016). *Good Practice Principles for Low Risk Drinking Guidelines*. <http://urn.fi/>.
11. Ng M., Fleming T., Robinson M. *et al.* (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 384(9945): 766-781. Doi: 10.1016/S0140-6736(14)60460-8.
12. Shield K.D., Parry C., Rehm J. (2013). Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res.*, 35(2): 155-173.
13. American Psychiatric Association (2015). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali – Quinta Edizione. DSM-5*. Tr. it., Raffaello Cortina.
14. Addolorato G., Cibirin M., Caputo F., Capristo E., Gessa G.L., Stefanini G.F., Gasbarrini (1998). Gamma-hydroxybutyric acid in the treatment of alcoholism: dosage fractioning utility in non-responder alcoholic patients. *G. Drug Alcohol Depend.*, Dec 1, 53(1): 7-10. Doi: 10.1016/s0376-8716(98)00094-5.

# Terapia agonista con Sodio Oxibato (SMO), fenomeni transizionali e passaggi ai programmi comunitari: il ruolo dell’Affettività Negativa

Leopoldo Bruno\*

## Introduzione

Il Sodio Oxibato (SMO), sale sodico dell’Acido gamma idrossico butirrico (GHB), in soluzione orale a basso dosaggio, è approvato in Italia dal 1991 e in Austria dal 1999 per il trattamento dell’astinenza da alcol e dei fenomeni di craving correlati nei Disturbi da uso di Alcol (AUD), per via della sua azione mimetica nei confronti dell’alcol da agonista a bassa affinità sui recettori GABA-A e ad alta affinità su quelli GHB (Guiraud *et al.*, 2023).

Il Sodio Oxibato ha mostrato comprovata efficacia anche nella popolazione con gravi condizioni di AUD e ad elevato rischio clinico, in special modo nel trattamento delle condizioni di SAA (sindrome acuta da astinenza) e nell’acquisizione di un sufficiente controllo astinenziale nei percorsi clinico-terapeutici.

Si ritiene che questi due aspetti trattamentali rappresentino oltre che fattori terapeutici *specifici* del trattamento clinico dell’alcolismo, anche fattori terapeutici *aspecifici* ma essenziali per la creazione di uno spazio psichico ed emotivo favorente un lavoro di motivazione ad un programma residenziale comunitario.

Il presente contributo intende soffermarsi sui legami tra fattori temperamentali di personalità, l’abuso di alcol e la sindrome d’astinenza nel determinare le persistenti difficoltà presenti nei pazienti AUD ad intraprendere percorsi terapeutici, anche in assenza di Disturbi di Personalità conclamati o definite comorbidità psichiatriche, prospettando infine la terapia agonista con Sodio Oxibato come agente di *fenomeni transizionali* determinanti positivi passaggi tra i percorsi clinico-ambulatoriali e i programmi residenziali comunitari.

## Abuso di alcol e tratti affettivi

Sono di recente sviluppo nella letteratura scientifica osservazioni inerenti la capacità di specifici fattori affettivi individuali nel promuovere il consumo di alcol sia in contesti socializzanti che in dimensioni di solitudine.

La configurazione attuale (Creswell, 2021), che vede pattern emotivi positivi/estroversi connessi al bere sociale, potenziante le spinte di gratificazione e pattern emotivi negativi/introversi connessi al bere solitario e al contrario depotenziante l’ansia e la depressione, per quanto corretta, può comportare il rischio di limitare una più ampia compren-

sione clinica dei complessi meccanismi di sviluppo degli stati di AUD.

Anche l’evidenza del ruolo di un substrato neurobiologico per la stabilità dei tratti di personalità dato dal funzionamento del sistema serotoninergico, in virtù di un’azione inibitoria che vede l’abuso di alcol determinare una decisa disregolazione serotoninergica con diminuzione della capacità di controllo comportamentale e umorale, va inserita in una più ampia comprensione dei fattori affettivi sia preesistenti che conseguenti all’abuso (Wright *et al.*, 2019).

Circa possibili riscontri di corrispondenze tra specifici *tratti* individuali affettivi di base e il controllo dell’uso di alcol associato a *stati* intercorrenti affettivi, un lavoro di ricerca nel “real-world” in ambiti connessi al bere sociale, ha rilevato che il legame tra tratti affettivi di base (positivi o negativi) e l’abuso sociale di alcol sia stato sopravvalutato negli studi svolti in ambiti controllati (Ramirez *et al.*, 2023).

La ricerca ha supportato l’evidenza che giovani adulti con tratti affettivi di base negativi e minore capacità regolativa delle emozioni, non hanno mostrato di trarre dall’assunzione di elevati livelli di alcol in ambito sociale particolari risultati in termini di modificazione degli stati affettivi, tranne un aumento degli stati di eccitamento.

Altra evidenza supportata è che, se tratti affettivi positivi di base traggono beneficio dall’intraprendere attività sociali, solo a seguito di una maggiore assunzione di alcol si è osservata un’elevazione degli stati affettivi positivi.

Non emergono quindi dalle ricerche disponibili elementi univoci per definire il consumo di alcol come unico fattore di modificazione degli stati affettivi, risultando presente una complessità in via di sviluppo delle dinamiche osservabili tra disposizioni di tratti affettivi individuali, livelli misurabili di abuso alcolico e modificazioni degli stati affettivi intercorrenti.

## Dipendenza, astinenza e dominio di personalità Affettività Negativa

Il dominio Affettività Negativa, elemento categoriale dei tratti di personalità patologici, secondo il modello alternativo del DSM-5® (APA, 2013), è un concetto caratterizzato dalla stabile tendenza a provare emozioni negative, ansia, irritabilità, deflessione umorale, angoscia di separazione in modo persistente, che si ritrova frequentemente legato ai fenomeni relativi di mantenimento della dipendenza e della sindrome d’astinenza.

Le componenti sintomatologiche correlate quali tristezza, rabbia, deflessione umorale, ansia, inibizione del piacere da normali stimoli e intolleranza al dolore, oltre che connessi

\* Psichiatra, Psicoanalista SPI-IPA, Équipe multidisciplinare Comunità Incontro, Amelia (TR).

all'Affettività Negativa, vanno considerati come significativi elementi psicopatologici dovuti all'esposizione ad una realtà esterna che comporta la perdita del mondo del piacere onnipotente con il risultato di favorire le ricadute e il mantenimento della dipendenza stessa.

Nelle fasi di astinenza iniziale e, più intensamente, nell'astinenza protratta, i tratti di Affettività Negativa appaiono presentare una rinnovata intensità riducendo le capacità di regolazione emotiva, la capacità di costruire relazioni e favorendo meccanismi di auto-medicazione che prevedono il ricorso all'alcol piuttosto che la spinta ad intraprendere percorsi di cura (Heilig *et al.*, 2010).

Ne consegue che per i soggetti con AUD, il mantenimento di uno stato di separazione dall'alcol con una sufficiente gestione della sintomatologia d'astinenza si mostra essere una delle condizioni principali per avere una continuità dei trattamenti clinici proposti e la ricostruzione di spazi di sicurezza e di modulazione dell'impulsività verso il ricorso alla Sostanza.

## Terapia agonista con SMO, fenomeni transizionali e programmi comunitari

La terapia agonista con SMO mostra di possedere non solo una funzione di strumento farmacologico in grado di mitigare o eliminare i sintomi d'astinenza ma anche, attraverso il ridimensionamento della dimensione di Affettività Negativa, di creare nel paziente AUD delle opportunità di apertura di spazi mentali ed emotivi alternativi alla totalizzazione del soggetto sulla spinta al mantenimento della dipendenza. Questa funzione stabilizzante può essere descritta nel classico termine di *fenomeno transizionale* (Winnicott, 1971), cioè di un'area intermedia, in relazione tra le componenti soggettive interne a rischio di implosione (affettività negativa, sintomi psichici) e la realtà esterna oggettiva esplosiva (abuso, astinenza, dipendenza) che, in equilibrio tra le due parti, consente il passaggio da un rapporto fusionale con l'oggetto (la Sostanza alcol) ad un altro di riparazione di sé e di maggiore differenziazione e creatività.

Il presentarsi di tale fenomeno è in linea con un approccio psicodinamico ai fenomeni di Dipendenza Patologica che tiene in conto dell'insopportabilità dell'astinenza e della spinta al mantenimento della dipendenza come una continua risposta regressiva al terrore di perdere le sensazioni fisiche gratificanti della Sostanza a cui sono state attribuite funzioni magiche di ritrovamento del primo oggetto materno di accudimento totale (Potik *et al.*, 2007).

Come rilevato in diverse situazioni clinico-osservative e valutative finalizzate all'ingresso nei percorsi comunitari, nel momento di un impatto più definito in termini di trattamenti programmati terapeutico-riabilitativi e di definizione

concreta dei passaggi dai trattamenti clinico-ambulatoriali ai trattamenti residenziali comunitari, le situazioni cliniche caratterizzate da marcati tratti di Affettività Negativa, amplificata dalla presenza di sintomatologia astinenziale, hanno presentato notevoli difficoltà a motivarsi ad intraprendere un percorso comunitario.

L'amplificazione dell'Affettività Negativa nei contesti osservativi di inserimento comunitario dei soggetti con AUD può determinare la prevalenza di percezioni distorte e strumentali dei contesti comunitari come minacciosi e conflittuali per via, ad esempio, della necessità delle regole o delle scontate interazioni sociali, che sottendono invece il disagio di trovarsi di fronte alla prospettiva di non riuscire più a trovare facile rimedio, attraverso la ricaduta nell'abuso, all'ansia, alla rabbia, al dolore.

Pertanto è possibile pensare il ricorso alla terapia agonista come agente di un'intensa funzione di fenomeno transizionale portatrice per il paziente con AUD di una dimensione positiva e rassicurante rispetto al potersi percepire un soggetto autonomo e ritrovare l'idea di essere in grado di separarsi dall'alcol senza esserne terrorizzato.

Le conseguenti modalità di interazione più differenziate possono risultare favorevoli all'ingresso in percorsi comunitari orientati alla ristrutturazione delle modalità relazionali, al superamento dell'astinenza e della dipendenza, al mantenimento della sobrietà e all'elaborazione delle dinamiche interne.

## Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. American Psychiatric Publishing.
- Creswell K.G. (2021). Drinking together and drinking alone: a social-contextual framework for examining risk for alcohol use disorder. *Current directions in psychological science*, 30(1): 19-25.
- Guiraud J. *et al.* (2023). Sodium oxybate for alcohol dependence: a network meta-regression analysis considering population severity at baseline and treatment duration. *Alcohol and Alcoholism*, 58(2): 125-133.
- Heiling M. *et al.* (2010). Acute withdrawal, protracted abstinence and negative affect in alcoholism: are they linked?. *Addiction Biology*, 15(2): 169-184.
- Potik D. *et al.* (2007). Drug addiction from a psychodynamic perspective: Methadone maintenance treatment (MMT) as transitional phenomena. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80: 311-325.
- Ramirez V. *et al.* (2023). The interactive associations between positive and negative affect and alcohol in real-world social drinking environments. *Cogent Psychology*, 10, 2250626.
- Winnicott D.W. (1971) Transitional objects and transitional phenomena. In: *Playing and Reality*. London: Tavistock Publications.

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



# L'evoluzione del trattamento della dipendenza da cocaina: dalla psicoanalisi al costruttivismo

Luca Rossi\*, Eleonora Carlino\*\*

## SUMMARY

■ *The psychotherapeutic treatment of cocaine addiction has undergone significant transformations over time, moving from theoretical models rooted in psychoanalysis to psychotherapeutic interventions based on a more recent constructivist cognitive approach.*

*This article aims to examine the historical evolution of therapeutic approaches, emphasizing the theoretical and methodological differences and discussing the clinical implications of the various perspectives.* ■

**Keywords:** *Psychotherapeutic treatment of cocaine addiction, Psychoanalysis, Constructivist cognitive approach.*

**Parole chiave:** *Trattamento psicoterapeutico della dipendenza da cocaina, Psicoanalisi, Approccio cognitivo costruttivista.*

## Introduzione

Il trattamento della dipendenza da cocaina rappresenta una delle sfide più complesse nel campo della salute mentale e della psicoterapia.

Si parla infatti di una dipendenza caratterizzata da forte craving, legata a perdita di controllo e se protratta nel tempo a compromissione significativa delle funzioni psicologiche, sociali e lavorative (Volkow *et al.*, 2015).

Nel corso del tempo, il trattamento di questa dipendenza ha visto l'emergere di paradigmi teorici diversi, riflettendo il carattere dinamico e complesso della dipendenza stessa.

Questo articolo esplora come gli approcci psicoanalitici abbiano gettato le basi per una comprensione della dipendenza, per poi seguire con differenti e più recenti modelli come quelli cognitivo-comportamentali e costruttivisti.

## L'approccio psicoanalitico nel trattamento dell'uso di cocaina

Le prime teorizzazioni sul trattamento della dipendenza da cocaina si svilupparono proprio nel contesto della psicoanalisi classica.

Sigmund Freud stesso utilizzò la cocaina nel suo lavoro psicoanalitico e ne sottolineò le proprietà terapeutiche, fino al momento in cui divennero evidenti gli effetti di dipendenza legati all'uso della sostanza (Freud, 1884/1984).

Secondo l'interpretazione psicoanalitica tradizionale la dipendenza è un'espressione di conflitti inconsci irrisolti del paziente,

spesso legati a dinamiche di attaccamento e/o traumi infantili non portati alla consapevolezza (Khantzian, 1985).

L'uso di cocaina avrebbe quindi una funzione automedica (Khantzian, 1997) e seguirebbe un tentativo inconscio da parte del paziente di alleviare il proprio dolore emotivo derivante da vulnerabilità psicologiche sottostanti (come depressione, ansia o sentimenti di inadeguatezza).

La terapia psicoanalitica tradizionalmente ha come obiettivo quello di esplorare queste dinamiche, attraverso tecniche come il transfert e l'interpretazione delle motivazioni legate all'uso della sostanza.

Gli approcci psicoanalitici si sono, in alcuni casi, rivelati inadeguati ad affrontare i sintomi acuti della dipendenza, data la loro necessità di durare per tempi prolungati e la mancanza di strumenti pratici per gestire fasi che richiedono interventi tempestivi come i craving e le ricadute (Crits-Christoph *et al.*, 1999).

## Il metodo dei 12 passi

Negli anni 30 nasce, all'interno della realtà degli Alcolisti Anonimi, il modello dei 12 passi che combina elementi spirituali e pratici e si basa su un programma strutturato in 12 passaggi volti a favorire il recupero personale utilizzando il supporto reciproco e la crescita spirituale (Alcoholics Anonymous, 2001).

Attualmente è un approccio molto utilizzato a livello globale per affrontare le dipendenze, inclusa quella da cocaina.

Il modello si avvale di una struttura gruppale; i partecipanti condividono le loro esperienze, offrono aiuto a chi è agli inizi del percorso e ritrovano motivazione reciproca.

Per garantirne l'efficacia devono essere rispettati alcuni fondamentali elementi di seguito elencati:

1. Ammissione della dipendenza dalla sostanza: i partecipanti riconoscono la propria dipendenza come tale.

\* Psicologo, psicoterapeuta, SC Psicologia AF Dipendenze ASL TO3.

\*\* Psicologa, SC Psicologia AF Dipendenze ASL TO3.

2. Fiducia nella forza del gruppo: vengono incoraggiate la connessione e la collaborazione tra il soggetto ed il gruppo.
3. Riflessione morale e aumento di consapevolezza: i partecipanti riflettono sulle proprie azioni e sulle loro conseguenze, cercando di identificare i fattori che alimentano la dipendenza.
4. Riparazione del danno e responsabilità personale: viene incentivato il contatto con le persone che hanno vissuto indirettamente la dipendenza del soggetto e le sue conseguenze, per dare alla persona la possibilità di riparare le relazioni ed affrontare le emozioni correlate.

La letteratura conferma che una partecipazione regolare agli incontri è associata ad un significativo miglioramento dell'astinenza, anche a lungo termine (Kelly *et al.*, 2017).

La relazione con gli altri membri del gruppo e la connessione che si crea tra i partecipanti hanno inoltre una grande importanza nel diminuire il senso di isolamento spesso associato alla dipendenza.

Per quanto riguarda i possibili limiti di questo modello, viene criticata l'eccessiva enfasi posta sul raggiungimento dell'astensione totale in quanto in contrasto con modelli più recenti che contemplano la riduzione del danno come obiettivo d'elezione per questo tipo di trattamenti (Tonigan *et al.*, 2003).

In un'ottica di intervento completo e complesso, oggi il modello dei 12 passi viene integrato con altri interventi psicoterapeutici – come la terapia cognitivo-comportamentale o la Terapia Metacognitiva Interpersonale, per affrontare non solo il comportamento di dipendenza, ma anche i processi psicologici sottostanti.

Questa combinazione può massimizzare i benefici del supporto collettivo ed offrire ai pazienti un trattamento più completo e multidimensionale.

## Gli approcci cognitivo-comportamentali

Nella storia dell'evoluzione del trattamento della dipendenza da cocaina nel tempo, negli anni '60/'70 si osserva il passaggio da un approccio psicanalitico ad uno sempre più di stampo cognitivista, in linea con l'evoluzione del tempo del modo di concepire la mente umana.

Il focus si sposta quindi dalla ricerca dei contenuti inconsci alla modifica dei comportamenti disfunzionali, in ottica cognitivo comportamentale.

L'approccio cognitivo comportamentale (CBT) sostiene infatti che siano i pensieri automatici e le false credenze a mantenere il comportamento di dipendenza ed è su questi che si pone l'obiettivo di lavorare (Beck *et al.*, 1993).

Tutt'oggi, nel trattamento della dipendenza da cocaina, la CBT lavora sulla identificazione e sul riconoscimento degli elementi trigger (situazioni, emozioni o pensieri che scatenano il comportamento d'uso), sull'aumento delle strategie di coping per gestire il craving, sulla ristrutturazione cognitiva (modificando le distorsioni cognitive che possono portare all'uso della sostanza) e sulla acquisizione di nuove strategie per affrontare situazioni a rischio di ricaduta (Beck *et al.*, 1993).

Per quando riguarda la prevenzione delle ricadute, la CBT normalizza con il paziente la possibilità delle ricadute sottolineando che un episodio di uso non equivale a un fallimento totale, ma può essere un'opportunità per comprendere e aumentare consapevolezza sui propri trigger e sulle proprie risorse (Beck *et al.*, 1993).

La letteratura ha dimostrato l'efficacia della CBT nel trattamento dell'uso di cocaina evidenziandone come limite l'enfasi sulla

dimensione razionale e comportamentale, che rischia di non tenere conto della complessità dell'esperienza individuale legata alla dipendenza da sostanza (Carroll & Kiluk, 2017).

## L'approccio della Dialectical Behavior Therapy (DBT) e la Mindfulness nel trattamento della dipendenza da cocaina

Negli ultimi anni, la Dialectical Behavior Therapy (DBT) e le pratiche di mindfulness hanno iniziato a ricoprire un posto di rilevanza nel trattamento della dipendenza da cocaina, nello specifico con pazienti che presentano comorbidità con disturbi di personalità, disregolazione emotiva e impulsività (Linehan, 1993), offrendo strumenti pratici per affrontare i meccanismi emotivi e cognitivi che mantengono il ciclo di dipendenza.

La DBT nasce con gli studi di Marsha Linehan sul trattamento del disturbo borderline di personalità e viene successivamente adattata ad altri contesti di cura, incluso quello delle dipendenze. La DBT combina principi della terapia cognitivo-comportamentale con pratiche di accettazione (ACT) e tecniche di regolazione emotiva.

L'approccio DBT incentiva ad accettare la propria esperienza emotiva legata alla dipendenza, mentre si lavora attivamente per cambiare comportamenti disfunzionali legati all'uso della sostanza (Bornovalova *et al.*, 2012).

Si lavora principalmente sulla regolazione emotiva, aiutando il paziente ad apprendere nuove strategie di comprensione e gestione delle proprie emozioni, riducendo il rischio di virare sulla sostanza come strategia di coping.

L'intervento è anche incentrato sulla tolleranza della frustrazione legata al non poter usare la sostanza e sull'acquisizione di strategie alternative per affrontare momenti di forte stress emotivo.

L'obiettivo è quello di aumentare il senso di autoefficacia del paziente, migliorando le proprie relazioni sociali e riducendo il senso di isolamento che rischia di aumentare la dipendenza dalla sostanza, in un ciclo che si autoalimenta (Linehan, 1993).

Tra gli strumenti della DBT troviamo la mindfulness utilizzata per aiutare i pazienti ad aumentare la consapevolezza e la connessione con i propri pensieri, emozioni e comportamenti impulsivi che possono essere legati all'uso della sostanza (Kabat-Zinn, 1990).

Il protocollo Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP), ad esempio, si concentra sulla riduzione del craving e sulla prevenzione delle ricadute nelle dipendenze da sostanza, agendo sull'aumento della capacità di riconoscere i comportamenti legati al craving, sul fornire strumenti di gestione dello stress e sull'aiutare il paziente a non identificarsi con i propri pensieri, riconoscendoli come prodotti della mente diversi dalla realtà (Kabat-Zinn, 1990).

Diversi studi hanno dimostrato l'efficacia della DBT nel ridurre l'uso di sostanze, migliorare la regolazione emotiva e aumentare la motivazione al cambiamento.

Un limite può essere riscontrato nei lunghi tempi di applicazione del metodo e nelle risorse necessarie non sempre presenti nei diversi contesti di cura (Bornovalova *et al.*, 2012).

## La Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI)

La Terapia Metacognitiva Interpersonale (Dimaggio *et al.*, 2007) nasce per trattare disturbi psicopatologici complessi, inclusi i comportamenti di dipendenza.

Questo approccio integra i principi dell'approccio cognitivo costruttivista e pone un'attenzione particolare ai processi metacognitivi, ovvero alla capacità del soggetto di riflettere sui propri stati mentali e su quelli altrui.

Questa abilità metacognitiva è, secondo la TMI, elemento centrale nell'eventuale sviluppo di una dipendenza.

La dipendenza è vista infatti come il risultato di schemi interpersonali rigidi che rendono difficile il riconoscimento da parte del paziente delle proprie emozioni e di quelle degli altri.

L'incomprensione dei propri stati emotivi e altrui può portare il paziente ad utilizzare la sostanza, in questo caso la cocaina, come strategia per controllarli o regolarli e per affrontare la propria sofferenza emotiva.

Dati questi presupposti, la TMI si pone l'obiettivo di aiutare il paziente ad aumentare la consapevolezza sulle proprie abilità metacognitive e di fornire maggiori strumenti di riconoscimento e regolazione delle proprie emozioni (Dimaggio *et al.*, 2007).

Nello specifico la TMI lavora con il paziente per riconoscere i suoi schemi interpersonali disfunzionali protratti nel tempo, identificare i modelli relazionali ricorrenti e le loro eventuali conseguenze sull'uso della sostanza.

Il paziente, insieme al terapeuta, impara a osservare e descrivere le proprie emozioni, pensieri e impulsi, riprendendo senso di autoefficacia e allontanandosi da comportamenti automatici. La TMI fornisce strategie per affrontare emozioni difficili in modo adattivo e aiuta il paziente a costruire nuove narrazioni personali.

In linea con l'approccio costruttivista la TMI lavora, infatti, sulla co-costruzione insieme al paziente di una narrativa più complessa e flessibile del sé e del proprio comportamento che permetta di affrontare le difficoltà, senza ricorrere a strategie disfunzionali e distruttive.

Studi recenti dimostrano come questo approccio possa migliorare significativamente la capacità di autoregolazione emotiva, soprattutto in pazienti con profonde difficoltà nella gestione delle emozioni, favorendo una riduzione dell'uso di cocaina (Dimaggio *et al.*, 2015).

Nella TMI, così come nell'approccio cognitivo costruttivista, la relazione terapeutica ha un ruolo centrale. Il terapeuta collabora, aiutando il paziente a esplorare le proprie esperienze in assenza di giudizio.

Questo processo relazionale favorisce la creazione di uno spazio sicuro in cui il paziente può iniziare a sviluppare nuovi modi di relazionarsi a sé e agli altri, promuovendo un cambiamento duraturo (Guidano *et al.*, 1983).

## L'approccio terapeutico cognitivo costruttivista relazionale

Il trattamento rivolto al paziente con uso\abuso di cocaina basato sulla psicoterapia cognitivo costruttivista relazionale si fonda su di un approccio integrato che contempla vari aspetti psicologici e sociali legati all'uso della sostanza.

Il modello terapeutico combina il cognitivismo, che analizza l'influenza dei pensieri nel determinare il comportamento ed il costruttivismo che studia come la realtà sia costruita dalla percezione individuale e dai significati che attribuiamo agli eventi. Inoltre, l'orientamento relazionale ha una duplice finalità: la relazione come strumento nel processo di cambiamento ed in parallelo come tema trattato ed analizzato in seduta con il paziente.

L'approccio utilizza una serie di strategie operative che ne delineano l'orientamento e l'intervento. La ristrutturazione cognitiva si pone come obiettivo quello di aiutare il paziente ad identificare e modificare i pensieri disfunzionali legati all'uso della co-

caina spesso fondati su convinzioni irrazionali o distorte ("Non posso farcela senza la cocaina" o "La cocaina mi aiuta a gestire il dolore") con l'obiettivo di aiutare progressivamente il paziente a sostituirle con pensieri più positivi e connotati con la realtà.

L'esplorazione delle narrazioni personali, basata sull'approccio costruttivista e fondata sull'idea che ogni individuo costruisca la propria realtà attraverso storie e significati personali, vede nell'uso della sostanza una strategia messa in atto dal paziente per fronteggiare esperienze traumatiche, situazioni aggravate da alti livelli di stress o difficoltà relazionali.

Il lavoro del terapeuta si fonda su di una progressiva esplorazione dell'esperienza di vita del soggetto evidenziando come sovente le proprie narrazioni interne contribuiscano al comportamento di dipendenza.

Perno portante dell'intervento è la relazione che viene progressivamente a definirsi tra terapeuta e paziente.

Offrendo al soggetto in trattamento uno spazio unico ed esclusivo connotato da accettazione, comprensione, astensione dal giudizio viene, con il procedere degli incontri, a svilupparsi un contesto in cui il paziente può permettersi di valutare ed analizzare assieme al terapeuta la relazione sperimentata durante i colloqui, definita da dinamiche messe in atto spesso inconsapevolmente ed agiti derivanti da strategie di coping disfunzionali. Partendo da tali presupposti si opera in parallelo sullo sviluppo di nuove abilità di coping più funzionali ed efficaci nella quotidianità del soggetto, fondate sul riconoscimento e gestione delle emozioni con l'obiettivo progressivamente di sostituirle all'uso della sostanza.

Sovente il contesto terapeutico definisce una delle prime esperienze di condivisione narrata dell'uso di cocaina che il paziente sperimenta con un'altra persona.

Difficile che possa fare lo stesso in un ambiente familiare o di amici in relazione al timore nell'essere giudicato o svalutato.

Ulteriore aspetto cruciale della psicoterapia cognitivo-costruttivista è l'intervento mirato sulla motivazione del paziente, fondato sul processo di cambiamento attraverso un'esplorazione dei desideri, dei valori e dei significati legati alla vita ed alla quotidianità in assenza di cocaina.

Nel trattamento viene dedicato uno spazio alla prevenzione di future ricadute.

L'utilizzo di strumenti pratici acquisiti durante il percorso terapeutico si fonda sull'identificazione di segnali di allarme, come stati emotivi o situazioni sociali che possano innescare il desiderio di usare la sostanza.

Il paziente passa progressivamente dall'essere spettatore passivo a regista attivo della propria vita identificando strategie e modalità alternative più sane ed egosintoniche.

## Conclusioni

L'evoluzione dei trattamenti psicoterapeutici per la dipendenza da cocaina evidenzia una progressiva integrazione tra modelli teorici e pratiche terapeutiche: dai primi approcci psicoanalitici, fino alle terapie evidence-based come la CBT, la DBT, l'approccio costruttivista e le tecniche di mindfulness.

L'approccio psicoanalitico ha posto l'accento sui fattori inconsci e sulle relazioni precoci che contribuiscono allo sviluppo della dipendenza, come illustrato nei lavori di Freud (1920) e Winnicott (1965).

Sebbene innovativo per l'epoca, questo modello ha mostrato limiti nella gestione diretta dei sintomi e nella prevenzione delle ricadute.

L'introduzione della CBT si è dimostrata efficace nel ridurre il craving e nell'insegnare ai pazienti tecniche di coping, ma po-

trebbe risultare meno flessibile rispetto ad approcci più recenti come il costruttivismo e la DBT (Carroll & Kiluk, 2017).

La Dialectical Behavior Therapy (Linehan, 1993), particolarmente utile per i pazienti con comorbidità, come il disturbo borderline di personalità, ha dimostrato di ridurre i comportamenti impulsivi e favorire la stabilità emotiva (Bornovalova et al., 2012).

La mindfulness, incorporata in vari approcci terapeutici come la Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP) (Bowen et al., 2014), si è dimostrata efficace nel gestire il craving e prevenire le ricadute, offrendo un complemento utile alle terapie più strutturate.

Parallelamente, l'approccio dei 12 passi ha sottolineato il valore del gruppo come risorsa per affrontare la dipendenza (Alcoholics Anonymous, 2001; Kelly et al., 2017).

Sebbene non privo di critiche, rimane uno strumento fondamentale, soprattutto se integrato con altre terapie.

L'approccio costruttivista, con strumenti come la Terapia Metacognitiva Interpersonale (Dimaggio et al., 2007), si concentra sulla comprensione delle narrazioni personali e delle dinamiche interpersonali che mantengono la dipendenza.

Questo modello risponde alla necessità di trattamenti più personalizzati, capaci di adattarsi alla complessità delle storie individuali.

L'approccio cognitivo costruttivista relazionale si fonda sull'idea che la realtà sia costruita attraverso le interpretazioni individuali della persona.

Il comportamento di abuso viene visto come una risposta a determinate situazioni, esperienze passate a fronte delle quali la persona ha costruito propri schemi cognitivi, significati e strategie di azione per sopravvivere.

In tale contesto, il terapeuta esplora come queste strategie influenzino il comportamento del paziente e mantengano la relazione con la sostanza.

La base relazionale del modello enfatizza l'importanza delle dinamiche interpersonali nel trattamento e nella comprensione della dipendenza.

L'interazione tra il terapeuta e il paziente diventa uno spazio in cui i processi interni vengono esplorati, per comprendere come le relazioni passate e presenti influenzano l'uso della cocaina. Esperienze di attaccamento precoci, relazioni familiari e sociali possono contribuire a modalità disfunzionali di gestione delle emozioni e incentivare l'uso di cocaina per cercare di dare significato a un malessere che non si comprende.

L'obiettivo del trattamento è permettere al paziente di costruire una nuova narrazione personale che ridia un significato alla propria vita, senza la necessità di utilizzare la sostanza, esplorando nuove visioni di sé e nuovi modi futuri possibili di stare al mondo.

## Riferimenti bibliografici

- Alcoholics Anonymous (2001). *Alcoholics Anonymous: The story of how many thousands of men and women have recovered from alcoholism* (4th ed.). New York: Alcoholics Anonymous World Services.
- Beck A.T. (2011). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beck A.T., Wright F.D., Newman C.F., Liese B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Bornovalova M.A., Daughters S.B., Hernandez G.D., Richards J.B., Lejuez C.W. (2012). Differences in impulsivity and risk-taking propensity between primary users of crack cocaine and primary users of heroin in a residential substance-use program. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 13(4): 311-318. Doi: 10.1037/1064-1297.13.4.311.

- Bowen S., Chawla N., Marlatt G.A. (2014). *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors: A Clinician's Guide*. New York: Guilford Press.
- Carroll K. M., & Kiluk B. D. (2017). Cognitive behavioral interventions for alcohol and drug use disorders: Through the stage model and back again. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(8): 847-861. Doi: 10.1037/adb0000311.
- Caretti V., La Barbera D. (2005). *Addiction e relazioni interpersonali: Modelli psicodinamici e neuroscienze*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Cocaine Anonymous World Services (2016). *Hope, faith, & courage: Stories from the fellowship of Cocaine Anonymous* (3rd ed.). Los Angeles, CA: Cocaine Anonymous World Services, Inc.
- Cohen L., Lindy L. (2003). Cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17(4): 343-357.
- Crits-Christoph P., Siqueland L., Blaine J., Frank A. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Archives of General Psychiatry*, 56(6): 493-502.
- Dimaggio G., Popolo R., Montano A., Salvatore G. (2015). Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders: A case study. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45: 235-245. Doi: 10.1007/s10879-015-9300-7.
- Dimaggio G., Semerari A., Carcione A., Nicolò G., Procacci M. (2007). *Psicoterapia metacognitiva interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Freud S. (1920). Beyond the pleasure principle. In: J. Strachey (Ed. & Trans.) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 7-64). London: Hogarth Press.
- Freud S. (1984). *On cocaine*. (Original work published 1884). London: Penguin Classics.
- Guidano V.F., Liotti G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Kabat-Zinn J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delacorte.
- Kelly J.F., Humphreys K., Ferri M. (2017). Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), CD012880. Doi: 10.1002/14651858.CD012880.pub2.
- Khantzian E.J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142(11): 1259-1264.
- Khantzian E.J. (1997). *Treating addiction as a human process*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Linehan M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Mahoney M.J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Marlatt G.A., Donovan D.M. (Eds.) (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- McLellan A.T., Lewis D.C., O'Brien C.P., Kleber H.D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284(13): 1689-1695. Doi: 10.1001/jama.284.13.1689.
- Parker G., Byrne S. (2000). The role of the therapeutic relationship in addiction treatment: A review of the literature. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(3): 301-309.
- Salkovskis P.M. (1996). *The cognitive-behavioral therapy of anxiety disorders: A practice manual and a conceptual guide*. New York: Guilford Press.
- Tonigan J.S., Toscova R., Miller W.R. (2003). Meta-analysis of the literature on Alcoholics Anonymous: Sample and study characteristics moderate findings. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(1): 62-68. Doi: 10.15288/jsa.2003.64.62.
- Velotti P., Garofalo C., Caretti V. (2020). Substance use disorders and emotion dysregulation: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 79, 101895.
- Wegscheider-Cruse S. (2001). *The family recovery workbook: The family support system of addiction recovery*. Deerfield Beach, FL: Health Communications.
- Winnicott D.W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. London: Hogarth Press.
- Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

# Valutazione dell'Efficacia della Prevenzione del Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico nelle scuole: analisi dei questionari Pre-Post del Progetto "Punta Tutto su di Te"

Claudia Della Ceca\*\*, Sofia Acampora\*\*\*, Benedetta Biancalana\*\*\*\*, Cristina Caliciotti\*\*\*\*, Sara De Marco\*\*\*\*, Vittoria Monteleone\*\*\*\*, Simona Roccia\*\*\*\*, Cristiana Sarno Gufler\*\*\*\*\*

## SUMMARY

■ *Gambling represents a worrying phenomenon among Italian adolescents, with about 40 percent of students aged 15 to 19 involved in gambling activities.*

*This study, conducted as part of the "Bet it all on yourself" project promoted by the Pathological Addiction Services (ASL RM5), evaluated the effectiveness of a psycho-educational intervention aimed at raising young people's awareness of the risks of gambling and enhancing their critical awareness.*

*A total of 2,836 pre- and post-intervention questionnaires were administered in grade I and II secondary schools in four territories (Colleferro, Palestrina, Tivoli-Guidonia, Monterotondo).*

*Results showed a significant increase in the perception of gambling as a risky behavior, greater awareness of the random mechanisms of gambling, and improvement in emotion management.*

*However, some gender discrepancies and an increase in honest responses about gambling experiences were observed.*

*The study underscores the importance of continuous and differentiated preventive interventions to counter the phenomenon of pathological gambling among adolescents. ■*

**Keywords:** *Gambling, Prevention, Psycho-education, Gambling risks, Critical awareness, Psycho-educational, Interventions-pre- and post-intervention, Questionnaires, Secondary schools, Gender differences, Emotion management, Gambling addiction.*

**Parole chiave:** *Gioco d'azzardo, Prevenzione, Psicoeducazione, Rischi del gioco d'azzardo, Consapevolezza critica, Psicoeducativi, Interventi pre e post intervento, Questionari, Scuole secondarie di secondo grado, Differenze di genere, Gestione delle emozioni, Ludopatia.*

## Introduzione

In Italia, il gioco d'azzardo coinvolge una percentuale significativa di adolescenti.

\* Progetto regionale "Interventi di prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie connesse al Gioco D'Azzardo Patologico (GAP)" Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche ASL Roma5, UOC Ser.D. Colleferro.

\*\* Educatrice professionale, psicologa clinica, Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche ASL Roma 5, Ser.D. Colleferro.

\*\*\* Assistente sociale, Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche ASL Roma 5, Ser.D. Colleferro.

\*\*\*\* Psicologa psicoterapeuta, Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche ASL Roma 5, Ser.D. Colleferro.

\*\*\*\*\* Medico chirurgo, Igiene e Medicina Preventiva. Direttore ff UOC Dipendenze Patologiche ASL Roma 5. Responsabile UOS Ser.D. Colleferro-Palestrina.

Secondo il rapporto del CNR (Consiglio Nazionale delle Ricerche), circa il 40% degli studenti tra i 15 e i 19 anni ha dichiarato di aver partecipato ad almeno una forma di gioco d'azzardo negli ultimi 12 mesi.

Tra questi, le modalità più diffuse includono scommesse sportive, gratta e vinci, e giochi di carte.

L'aumento dell'uso di piattaforme digitali durante la pandemia di Covid-19 ha ulteriormente esacerbato il problema, rendendo il gioco accessibile anche ai minorenni.

A livello globale, il fenomeno segue una tendenza analoga. Studi internazionali evidenziano che tra il 5% e il 15% degli adolescenti ha avuto esperienze di gioco d'azzardo problematico, con tassi particolarmente alti in Paesi come Stati Uniti, Regno Unito e Australia.

L'espansione delle app di gioco e la pubblicità aggressiva delle piattaforme di scommesse amplificano il rischio, creando una cultura del gioco normalizzata anche tra i più giovani.

Il report 2019 di ESPAD (European School Survey Project on

Alcohol and Other Drugs) ha fornito dati significativi riguardo alle abitudini dei giovani in Europa, inclusi quelli legati al gioco d'azzardo.

Sebbene il focus principale dello studio sia sulla prevalenza di comportamenti a rischio come l'uso di alcol e droghe, nel 2019 è emerso un aumento dell'interesse per le attività di gioco, inclusi il gioco d'azzardo online e le scommesse, specialmente tra i giovani adulti.

Secondo il report, una percentuale crescente di giovani tra i 15 e i 16 anni ha ammesso di aver partecipato a forme di gioco d'azzardo nel corso dell'ultimo anno.

Sebbene la frequenza delle partecipazioni vari da paese a paese, il fenomeno sembra essere in espansione, con una preoccupante connessione tra il gioco d'azzardo e il consumo di sostanze come alcol e cannabis.

Inoltre, l'accesso facilitato alle piattaforme di gioco online, combinato con la crescente disponibilità di smartphone e dispositivi connessi, ha aumentato la vulnerabilità dei giovani, favorendo una maggiore esposizione al gioco d'azzardo.

Questo panorama, caratterizzato da una crescente visibilità del gioco d'azzardo, è fondamentale per comprendere come i rischi e i comportamenti problematici possano evolversi tra i giovani e quali siano le sfide in termini di regolamentazione e prevenzione.

Le politiche educative e preventive, soprattutto nel contesto scolastico e familiare, sono pertanto cruciali per affrontare le problematiche legate al gioco d'azzardo tra le nuove generazioni (ESPAD Group, 2019).

Questi dati offrono una base importante per esplorare più a fondo il tema del gioco d'azzardo e delle sue implicazioni sociali, economiche e psicologiche.

Le conseguenze sociali includono difficoltà relazionali con la famiglia e amici, isolamento sociale e comportamenti antisociali. L'adolescente può sviluppare una visione distorta delle relazioni interpersonali, basata sulla competitività e sul guadagno facile, riducendo la capacità di costruire legami significativi.

Sul piano scolastico, gli adolescenti che si avvicinano al gioco d'azzardo mostrano un calo nel rendimento scolastico, un aumento dell'assenteismo e una minore partecipazione alle attività educative.

Il tempo e le risorse dedicate al gioco compromettono l'attenzione e la motivazione verso lo studio, aumentando il rischio di abbandono scolastico.

Il gioco d'azzardo tra gli adolescenti non è solo un fenomeno emergente, ma una problematica che richiede interventi tempestivi e mirati.

A tal proposito, nell'ambito delle attività previste dal Piano Nazionale per la Prevenzione 2020-2025 e in particolare il programma 1 - Rete di scuole che promuovono Salute, i Servizi per le Dipendenze Patologiche di Colleferro, è stato attuato,

presso gli Istituti scolastici secondari di I e II grado, dei territori dell'Asl RM5, il progetto "Punta tutto su di te", vinci la partita contro il gioco d'azzardo patologico.

Gli obiettivi del progetto sono stati: Promuovere una conoscenza critica e consapevole del gioco d'azzardo e degli stimoli del Gambling; prevenire l'insorgenza del Disturbo da Gioco d'Azzardo, potenziando i fattori protettivi, valutando elementi di rischio e attivando interventi precoci; esplorare la diffusione dei comportamenti a rischio legati al gioco d'azzardo presso gli Istituti scolastici coinvolti attraverso la somministrazione dei questionari di screening anonimi; indagare e modificare le convinzioni errate riguardo il gioco d'azzardo, specialmente riguardo probabilità di vincita e difficoltà personali, indicate come fattori di rischio per lo sviluppo del Disturbo da Gioco d'Azzardo (Johansson *et al.*, 2009); sensibilizzare sull'esistenza di Servizi specialistici territoriali ai quali rivolgersi per accertamenti e consulenze specifiche.

## Metodologia

La formazione teorico-esperienziale prevedeva due incontri: una prima parte informativa-psicoeducativa riguardo i rischi del gioco d'azzardo, ed una seconda dedicata alle Life Skills. La durata degli incontri è stata di circa 2 ore e mezza per ogni gruppo classe.

Agli studenti degli istituti secondari di I e II grado dei territori di Colleferro, Palestrina, Monterotondo e Tivoli-Guidonia sono stati somministrati complessivamente 2.836 questionari, sia in fase pre-intervento che post-intervento, suddivisi per età e genere, al fine di valutare l'efficacia del progetto.

*In particolare:*

Nei territori di Tivoli-Guidonia sono state incluse 32 classi e somministrati 548 questionari, suddivisi tra 318 maschi e 230 femmine.

Nel territorio di Monterotondo sono state coinvolte 30 classi, e somministrati 499 questionari, con la partecipazione di 272 maschi e 227 femmine.

Nel territorio di Colleferro sono state incluse 41 classi, con la somministrazione di 1192 questionari, 745 maschi e 447 femmine. Nel territorio di Palestrina sono stati coinvolti 24 classi di studenti, con la somministrazione di 597 questionari, 310 maschi e 287 femmine.

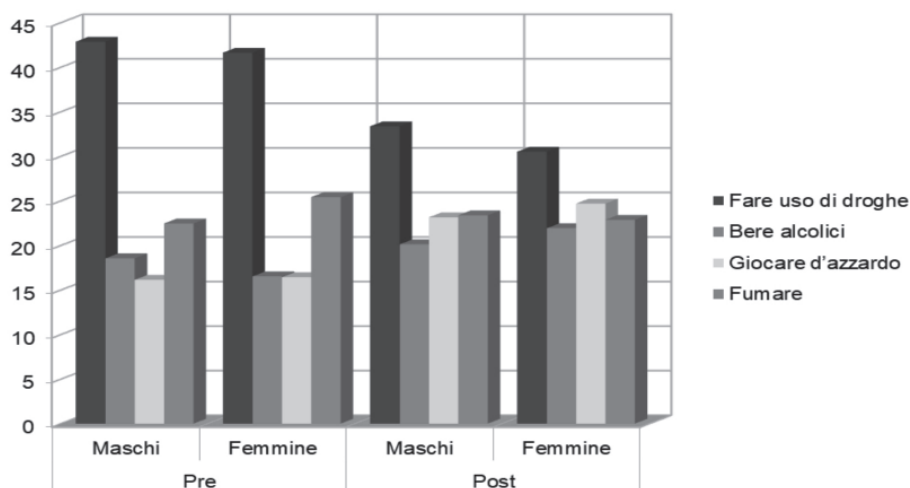
L'obiettivo principale della rilevazione era valutare, attraverso un'indagine ex-ante (in ingresso), la percezione iniziale e le conoscenze degli intervistati sul gioco d'azzardo. Successivamente, l'impatto del progetto è stato misurato confrontando i risultati del questionario ex-ante con quelli del questionario ex-post (in uscita), somministrato al termine degli incontri.

## Risultati

### 1) Secondo te, quali sono i comportamenti più rischiosi adottati dai giovani?

|                    | Pre       |           | Post      |           |
|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                    | Maschi    | Femmine   | Maschi    | Femmine   |
| Fare uso di droghe | 42,857143 | 41,620879 | 33,355007 | 30,511003 |
| Bere alcolici      | 18,551308 | 16,529304 | 20,123537 | 21,932115 |
| Giocare d'azzardo  | 16,136821 | 16,437729 | 23,146944 | 24,692279 |
| Fumare             | 22,454728 | 25,412088 | 23,374512 | 22,864603 |

## Comportamenti Rischiosi



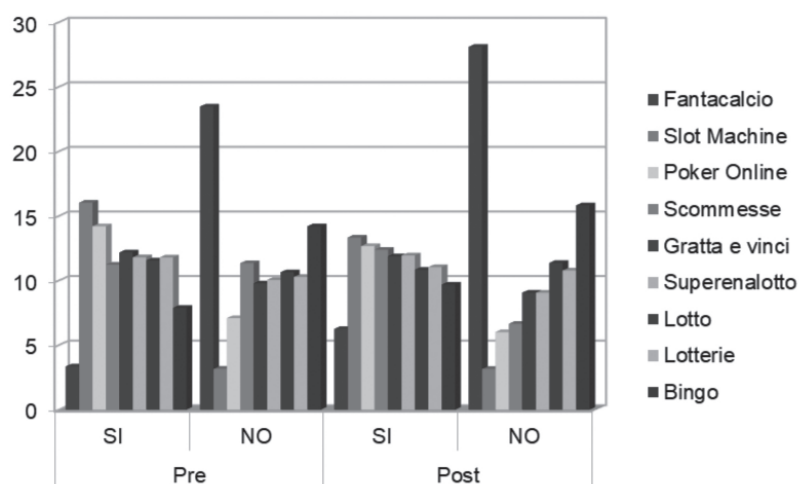
## 2) Quali tra questi definiresti giochi d'azzardo?

|                | SI        | NO        | SI        | NO        | SI        | NO        | SI        | NO        |
|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Fantacalcio    | 3,3447196 | 23,466816 | 3,4284655 | 23,604573 | 6,2514941 | 28,096515 | 6,5464158 | 29,704301 |
| Slot Machine   | 16,026188 | 3,1643797 | 14,103039 | 4,001345  | 13,327755 | 3,1635389 | 13,434925 | 4,233871  |
| Poker Online   | 14,204384 | 7,0848502 | 13,676798 | 7,5655683 | 12,670332 | 6,0053619 | 12,377546 | 8,8037634 |
| Scommesse      | 11,229718 | 11,341361 | 16,456635 | 5,1782112 | 12,383457 | 6,6487936 | 12,766288 | 6,5860215 |
| Gratta e vinci | 12,169086 | 9,7731728 | 11,100815 | 11,566913 | 11,869472 | 9,0616622 | 12,377546 | 7,8629032 |
| Superenalotto  | 11,799032 | 10,053206 | 8,9510749 | 11,802286 | 11,941191 | 9,0616622 | 11,942155 | 9,6102151 |
| Lotto          | 11,557074 | 10,641277 | 11,026686 | 11,197041 | 10,841501 | 11,367292 | 10,449386 | 8,6693548 |
| Lotterie       | 11,784799 | 10,277233 | 11,323202 | 11,264291 | 11,032752 | 10,77748  | 9,998445  | 10,61828  |
| Bingo          | 7,8849986 | 14,197704 | 9,9332839 | 13,819771 | 9,6820464 | 15,817694 | 10,107293 | 13,91129  |

### Maschi

|                | Pre       |           | Post      |           |
|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                | SI        | NO        | SI        | NO        |
| Fantacalcio    | 3,3447196 | 23,466816 | 6,2514941 | 28,096515 |
| Slot Machine   | 16,026188 | 3,1643797 | 13,327755 | 3,1635389 |
| Poker Online   | 14,204384 | 7,0848502 | 12,670332 | 6,0053619 |
| Scommesse      | 11,229718 | 11,341361 | 12,383457 | 6,6487936 |
| Gratta e vinci | 12,169086 | 9,7731728 | 11,869472 | 9,0616622 |
| Superenalotto  | 11,799032 | 10,053206 | 11,941191 | 9,0616622 |
| Lotto          | 11,557074 | 10,641277 | 10,841501 | 11,367292 |
| Lotterie       | 11,784799 | 10,277233 | 11,032752 | 10,77748  |
| Bingo          | 7,8849986 | 14,197704 | 9,6820464 | 15,817694 |

## Giochi d'azzardo maschi

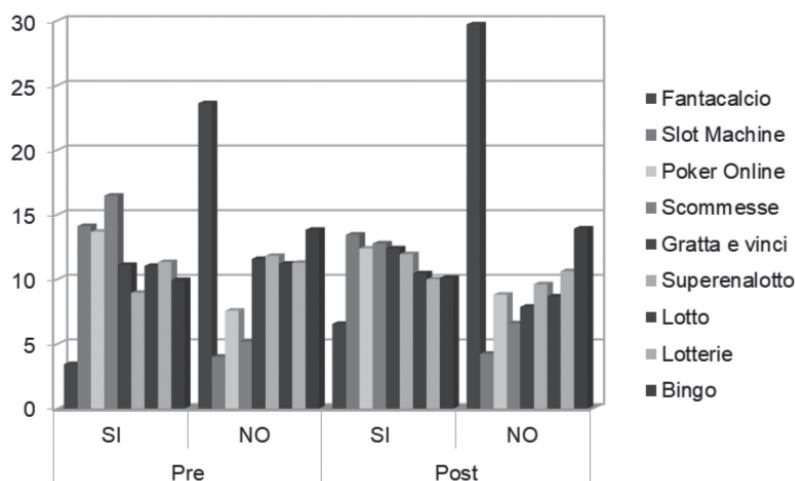


## Femmine

Fantacalcio  
Slot Machine  
Poker Online  
Scommesse  
Gratta e vinci  
Superenalotto  
Lotto  
Lotterie  
Bingo

| Pre       |           | Post      |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| SI        | NO        | SI        | NO        |
| 3,4284655 | 23,604573 | 6,5464158 | 29,704301 |
| 14,103039 | 4,001345  | 13,434925 | 4,233871  |
| 13,676798 | 7,5655683 | 12,377546 | 8,8037634 |
| 16,456635 | 5,1782112 | 12,766288 | 6,5860215 |
| 11,100815 | 11,566913 | 12,377546 | 7,8629032 |
| 8,9510749 | 11,802286 | 11,942155 | 9,6102151 |
| 11,026686 | 11,197041 | 10,449386 | 8,6693548 |
| 11,323202 | 11,264291 | 9,998445  | 10,61828  |
| 9,9332839 | 13,819771 | 10,107293 | 13,91129  |

Giochi d'azzardo femmine



### 3) Qual è la tua opinione rispetto alle seguenti affermazioni?

Nel gioco d'azzardo l'abilità del giocatore non influisce sul risultato

Nel gioco d'azzardo un giocatore che gioca con maggiore frequenza acquisisce più capacità

Giocare d'azzardo è un modo per passare il tempo con gli amici

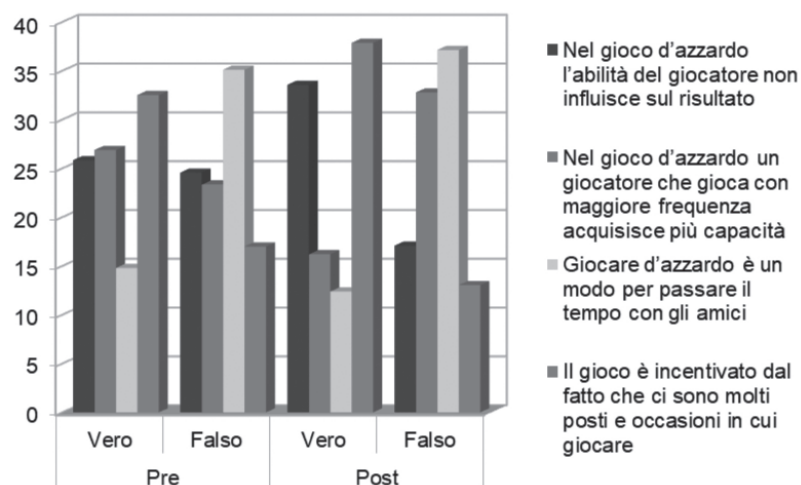
Il gioco è incentivato dal fatto che ci sono molti posti e occasioni in cui giocare

| Pre       |           |           |           | Post      |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Maschi    |           | Femmine   |           | Maschi    |           | Femmine   |           |
| VERO      | FALSO     | VERO      | FALSO     | VERO      | FALSO     | VERO      | FALSO     |
| 25,829668 | 24,557166 | 26,927083 | 23,52071  | 33,552921 | 17,070218 | 30,404551 | 21,621622 |
| 26,869252 | 23,349436 | 27,916667 | 22,435897 | 16,205534 | 32,768362 | 15,486726 | 30,888031 |
| 14,794082 | 35,10467  | 11,09375  | 38,2643   | 12,384717 | 37,126715 | 11,314791 | 33,252896 |
| 32,506997 | 16,988728 | 34,0625   | 15,779093 | 37,856829 | 13,034705 | 42,793932 | 14,237452 |

## Maschi

| Pre       |           | Post      |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Vero      | Falso     | Vero      | Falso     |
| 25,829668 | 24,557166 | 33,552921 | 17,070218 |
| 26,869252 | 23,349436 | 16,205534 | 32,768362 |
| 14,794082 | 35,10467  | 12,384717 | 37,126715 |
| 32,506997 | 16,988728 | 37,856829 | 13,034705 |

### Opinione maschi



### Femmine

Nel gioco d'azzardo l'abilità del giocatore non influisce sul risultato

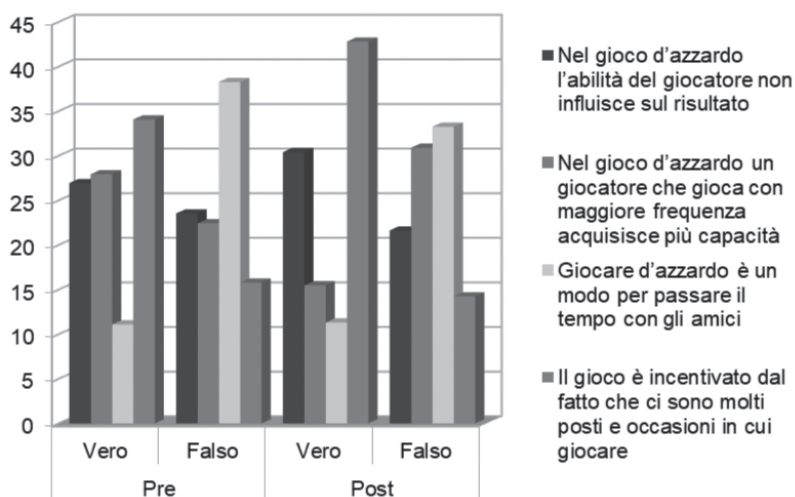
Nel gioco d'azzardo un giocatore che gioca con maggiore frequenza acquisisce più capacità

Giocare d'azzardo è un modo per passare il tempo con gli amici

Il gioco è incentivato dal fatto che ci sono molti posti e occasioni in cui giocare

| Pre       |           | Post      |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Vero      | Falso     | Vero      | Falso     |
| 26,927083 | 23,52071  | 30,404551 | 21,621622 |
| 27,916667 | 22,435897 | 15,486726 | 30,888031 |
| 11,09375  | 38,2643   | 11,314791 | 33,252896 |
| 34,0625   | 15,779093 | 42,793932 | 14,237452 |

### Opinione femmine



### 4) Quanto pensi che sia praticato il gioco d'azzardo tra i giovani?

Per niente

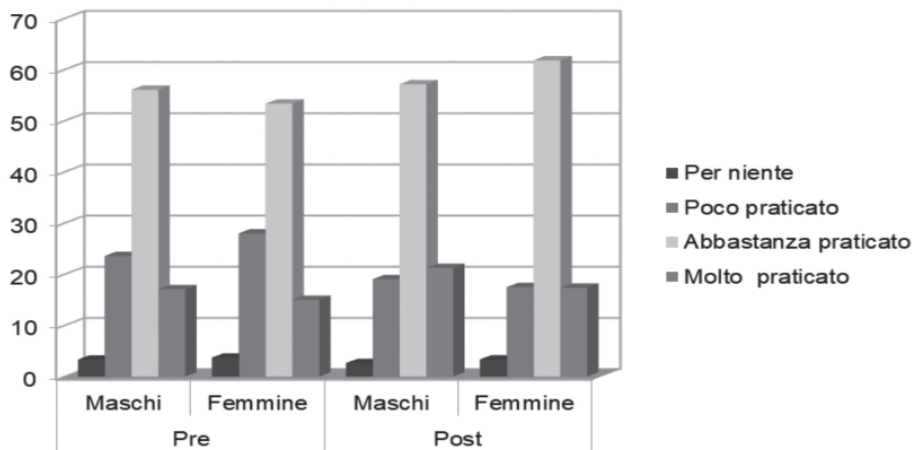
Poco praticato

Abbastanza praticato

Molto praticato

| Pre       |           | Post      |           |
|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Maschi    | Femmine   | Maschi    | Femmine   |
| 3,3201581 | 3,6963037 | 2,6315789 | 3,3441208 |
| 23,557312 | 27,972028 | 19,01528  | 17,475728 |
| 56,047431 | 53,346653 | 57,13073  | 61,812298 |
| 17,075099 | 14,985015 | 21,222411 | 17,367853 |

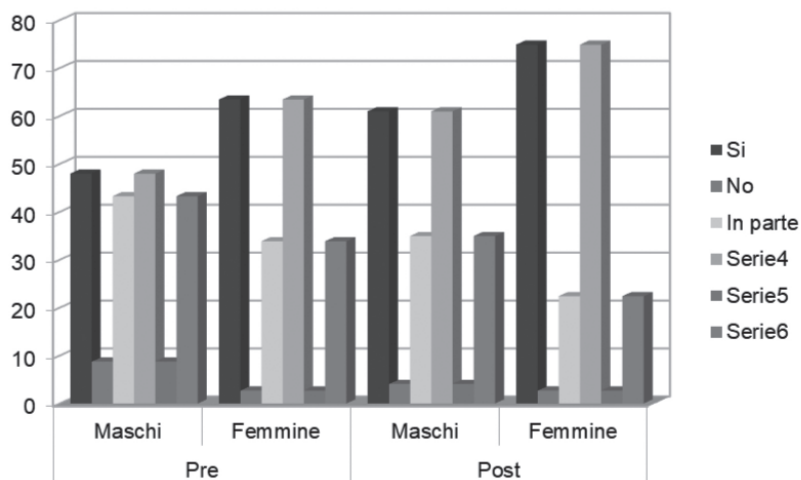
### Pratica gioco d'azzardo



### 5) Pensi che sia rischioso per gli adolescenti giocare d'azzardo?

|          | Pre       |           | Post      |           |
|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|          | Maschi    | Femmine   | Maschi    | Femmine   |
| Si       | 47,970779 | 63,4375   | 60,967473 | 74,891775 |
| No       | 8,7662338 | 2,7083333 | 4,0867389 | 2,7056277 |
| In parte | 43,262987 | 33,854167 | 34,945788 | 22,402597 |

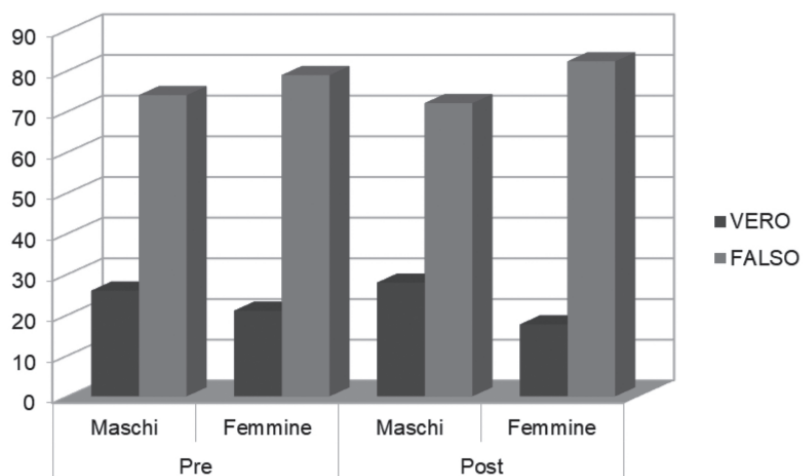
### Gioco d'azzardo rischioso



### 6) Quando vedo una slot machine o una pubblicità relativa a un gioco d'azzardo mi viene voglia di fare almeno un tentativo?

|       | Pre       |           | Post      |           |
|-------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|       | Maschi    | Femmine   | Maschi    | Femmine   |
| VERO  | 25,976096 | 21,052632 | 27,942422 | 17,665953 |
| FALSO | 74,023904 | 78,947368 | 72,057578 | 82,334047 |

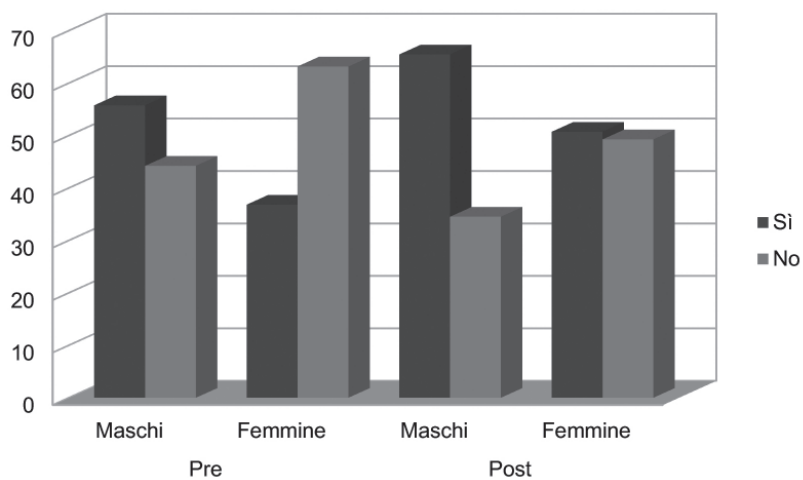
### Voglia di tentare



### 7) Hai mai giocato o scommesso per soldi?

|    | Pre       |           | Post      |           |
|----|-----------|-----------|-----------|-----------|
|    | Maschi    | Femmine   | Maschi    | Femmine   |
| Sì | 55,766063 | 36,826043 | 65,467009 | 50,718686 |
| No | 44,233937 | 63,173957 | 34,532991 | 49,281314 |

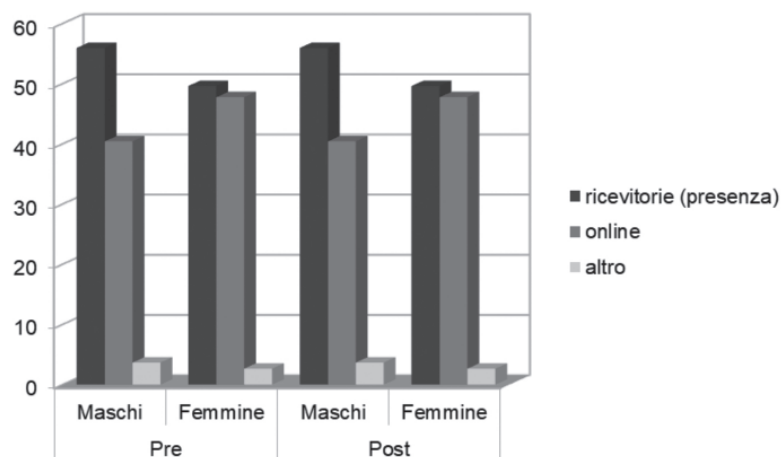
### Scommesso per soldi



### 8) Dove?

|                        | Pre       |           | Post      |           |
|------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                        | Maschi    | Femmine   | Maschi    | Femmine   |
| ricevitorie (presenza) | 55,919395 | 49,593496 | 55,919395 | 49,593496 |
| online                 | 40,428212 | 47,764228 | 40,428212 | 47,764228 |
| altro                  | 3,6523929 | 2,6422764 | 3,6523929 | 2,6422764 |

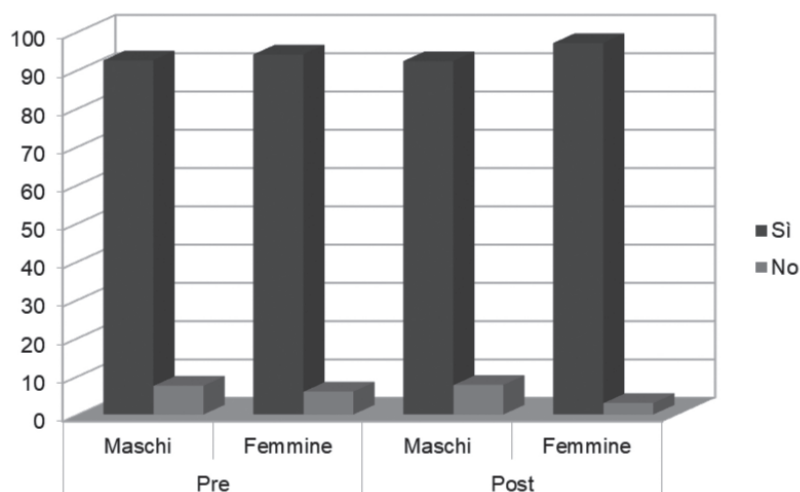
Dove hai scommesso



### 9) Secondo te è possibile diventare dipendenti dal gioco d'azzardo?

|    | Pre       |           | Post      |           |
|----|-----------|-----------|-----------|-----------|
|    | Maschi    | Femmine   | Maschi    | Femmine   |
| Sì | 92,492013 | 94,024803 | 92,282158 | 97,01174  |
| No | 7,5079872 | 5,9751973 | 7,7178423 | 2,9882604 |

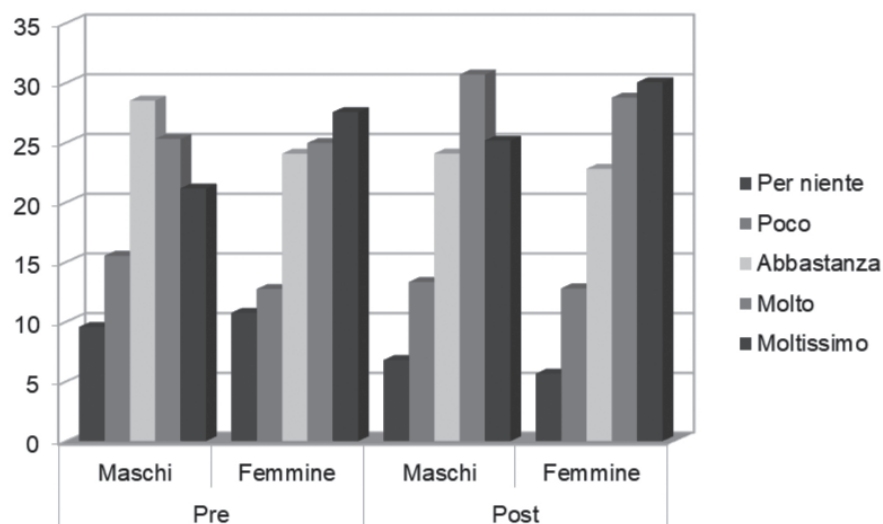
Possibilità di dipendenza



### 10) Quanto credi che le emozioni possano influenzarti?

|            | Pre       |           | Post      |           |
|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|            | Maschi    | Femmine   | Maschi    | Femmine   |
| Per niente | 9,5536413 | 10,735586 | 6,7824648 | 5,6443024 |
| Poco       | 15,50509  | 12,723658 | 13,316791 | 12,779553 |
| Abbastanza | 28,504307 | 24,055666 | 24,069479 | 22,790202 |
| Molto      | 25,293657 | 24,950298 | 30,686518 | 28,753994 |
| Moltissimo | 21,143305 | 27,534791 | 25,144748 | 30,031949 |

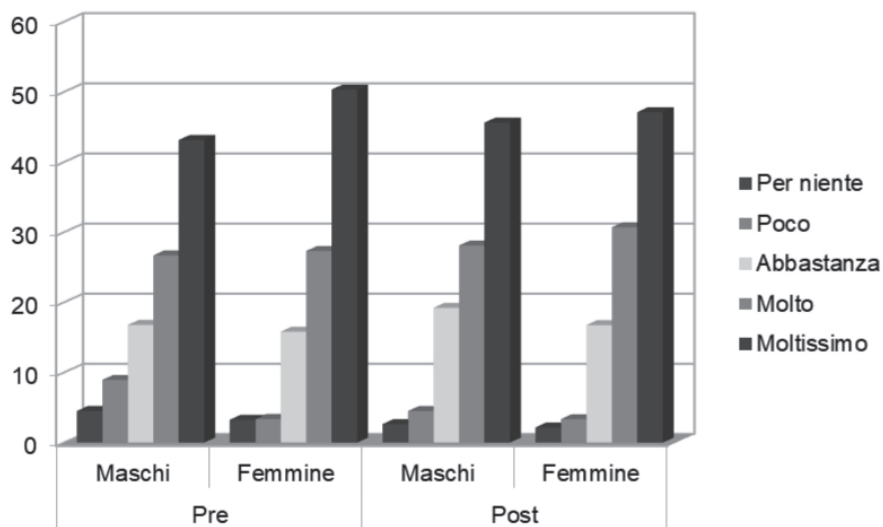
## Influenza delle emozioni



## 11) Quanto credi sia importante gestire le tue emozioni?

|            | Pre       |           | Post      |           |
|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|            | Maschi    | Femmine   | Maschi    | Femmine   |
| Per niente | 4,5008183 | 3,2426778 | 2,6226734 | 2,1459227 |
| Poco       | 8,9198036 | 3,3472803 | 4,4839255 | 3,3261803 |
| Abbastanza | 16,775777 | 15,794979 | 19,204738 | 16,738197 |
| Molto      | 26,677578 | 27,301255 | 28,087986 | 30,686695 |
| Moltissimo | 43,126023 | 50,313808 | 45,600677 | 47,103004 |

## Gestione delle emozioni



## Discussione

L'analisi dei dati pre e post intervento, rappresentata dai grafici e tabelle inclusi nello studio, ha fornito una panoramica chiara e dettagliata sull'impatto del progetto "Punta tutto su di te".

Di seguito vengono discussi i risultati principali emersi dai dati grafici:

### 1. Percezione dei comportamenti a rischio

I dati riportano un aumento significativo nella percezione del gioco d'azzardo come comportamento rischioso.

Questo cambiamento è particolarmente evidente nei maschi, dove la percentuale è aumentata dal 16,13% al 23,14%, e nelle femmine, dove è passata dal 16,43% al 24,69%.

Questi risultati dimostrano l'efficacia del progetto nel sensibilizzare gli studenti riguardo i pericoli legati al gambling.

La variazione è rappresentata graficamente da barre o linee che mostrano chiaramente l'incremento tra i dati pre e post intervento.

### 2. Conoscenza delle tipologie di gioco d'azzardo

La comprensione delle diverse forme di gioco d'azzardo è aumentata dopo l'intervento, con una maggiore identificazione del "Fantacalcio" come attività a rischio.

I grafici che confrontano la percezione delle diverse tipologie di giochi tra maschi e femmine evidenziano delle discrepanze che persistono, richiedendo un'attenzione mirata in futuri interventi.

### 3. Opinioni sulle dinamiche del gioco d'azzardo

I dati grafici relativi alle opinioni sulle dinamiche del gioco d'azzardo mostrano un miglioramento nella comprensione dei meccanismi casuali.

La percentuale di studenti che riconosce che l'abilità del giocatore non influisce sul risultato è aumentata per entrambi i generi: nei maschi dal 25,82% al 33,55% e nelle femmine dal 26,92% al 30,40%.

Questa variazione, ben rappresentata nei grafici, suggerisce che l'intervento abbia avuto successo nel contrastare concezioni errate sul gambling.

### 4. Diffusione del gioco d'azzardo tra i giovani

I grafici mostrano una percezione stabile della diffusione del gioco d'azzardo tra i coetanei, con un leggero aumento nella percentuale di studenti che lo considerano "molto praticato". Questo dato, illustrato in forma di diagramma a barre, è passato dal 17,07% al 21,22% per i maschi e dal 14,98% al 17,36% per le femmine.

Questi risultati suggeriscono una maggiore consapevolezza del fenomeno, piuttosto che un reale aumento della pratica.

### 5. Propensione al rischio e reazioni agli stimoli pubblicitari

Le risposte agli stimoli pubblicitari mostrano un andamento differenziato tra i generi.

Nei maschi si osserva un leggero aumento della propensione al rischio (dal 25,97% al 27,94%), mentre nelle femmine questa è diminuita (dal 21,05% al 17,66%).

I grafici evidenziano questa differenza, suggerendo un diverso impatto dell'intervento sulla sensibilità agli stimoli esterni legati al gambling.

### 6. Esperienze di gioco e consapevolezza del rischio

Un dato sorprendente è l'aumento della percentuale di studenti che ha dichiarato di aver giocato per soldi: dal 55,76% al 65,46% nei maschi e dal 36,82% al 50,71% nelle femmine. Questo aumento, rappresentato chiaramente nei grafici, potrebbe essere spiegato da una maggiore onestà nelle risposte post-intervento, grazie al clima di fiducia instaurato.

In parallelo, i grafici mostrano un incremento nella consapevolezza del rischio di dipendenza, che supera il 90% per entrambi i generi.

### 7. Gestione delle emozioni

I grafici relativi alla gestione delle emozioni mostrano un netto miglioramento.

La percentuale di studenti che ritiene "molto importante" o "moltissimo" gestire le proprie emozioni è aumentata dal 69,79% al 73,68% nei maschi e dal 77,61% al 77,78% nelle femmine.

Questo risultato indica che l'intervento ha contribuito a rafforzare una competenza chiave per ridurre i comportamenti a rischio.

## Conclusioni

L'analisi dei grafici conferma l'efficacia del progetto "Punta tutto su di te" nel promuovere una maggiore consapevolezza sui rischi del gioco d'azzardo e nel modificare le percezioni errate tra gli adolescenti.

Tuttavia, permangono alcune aree di intervento, come le differenze di genere e la gestione delle discrepanze percettive tra i diversi gruppi.

Per il futuro, sarà fondamentale integrare questi risultati in interventi continuativi e mirati.

## Riferimenti bibliografici

- Australian Institute of Family Studies (2022). *Adolescent gambling in Australia: A public health perspective*.
- Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) (2017). *Rapporto sul gioco d'azzardo tra gli adolescenti in Italia*.
- ESPAD Group (2019). *ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
- Johansson M., Jonsson J., Sigurdsson J. (2009). Misconceptions about gambling: The cognitive and emotional risk factors for gambling disorders. *Journal of Gambling Studies*, 25(3): 123-140.
- Raisamo S., Halme J., Murto A., Lintonen T. (2012). Gambling-related harms among adolescents: A population-based study. *Journal of Gambling Studies*.
- UK Gambling Commission (2023). *Youth gambling report: Trends and risk factors*. -- Recuperato da [www.gamblingcommission.gov.uk](http://www.gamblingcommission.gov.uk).
- World Health Organization (WHO) (2023). *Guidelines for the prevention of behavioral addictions among youth*.

# Analisi di Questionari preliminari e di gradimento rivolti ai pazienti sull'utilizzo di formulazioni solide di Metadone nel Trattamento del Disturbo da Uso di Oppioidi

Giovanni Strepparola\*, Cristina Caminiti\*\*, Vita Marvulli\*\*, Anna Epifani\*\*\*, Sergio Manfrè\*\*\*\*

## SUMMARY

■ *Opioid Use Disorder (OUD) is a chronic condition requiring long-term treatment. While liquid methadone is widely used in Italy, it poses logistical challenges.*

*This study assessed patients' knowledge and satisfaction regarding the new tablet formulation of methadone in selected Italian Addiction Services (SerD). Two questionnaires were administered: a preliminary one (n = 45) assessing awareness and expectations, and a follow-up satisfaction questionnaire (n = 22) post-transition. Results showed high patient satisfaction with the tablet formulation, reporting advantages in practicality, discretion, and treatment adherence.*

*Tablets were seen as a valid alternative to syrup, supporting their integration into clinical practice to improve treatment personalization and reduce stigma.* ■

**Keywords:** *Opioid Use Disorder (DUO), Methadone, Formulations, Therapeutic adherence, Addiction Services (Ser.D.).*

**Parole chiave:** *Disturbo da Uso di Oppioidi (DUO), Metadone, Formulazioni, Aderenza terapeutica, Servizi per le Dipendenze (Ser.D.).*

## Introduzione

Il Disturbo da Uso di Oppioidi (DUO) rappresenta una condizione patologica cronica caratterizzata da un andamento recidivante, che richiede una gestione terapeutica a lungo termine.

Le terapie agoniste (cosiddette "sostitutive"), riguardanti i farmaci agonisti oppioidi (OAT), in combinazione al supporto psicosociale, costituiscono l'approccio più efficace per il trattamento del DUO che continua a rappresentare un problema sanitario significativo per milioni di persone in tutto il mondo (1,2).

L'integrazione della terapia agonista oppioide (OAT) all'interno di un trattamento strutturato per il Disturbo da Uso di Oppioidi (DUO) è associata a significativi benefici clinici e sociali, tra cui la riduzione della mortalità per overdose, il miglioramento della qualità della vita e una maggiore integrazione dei pazienti nella società (7).

In Italia, secondo il *Rapporto Tossicodipendenze* pubblicato dal Ministero della Salute nel 2022, il 63,0% dell'utenza in trattamento per droga era in carico ai servizi per uso primario di oppiacei (8).

La "Relazione al Parlamento 2024" indica che il 60,2% dell'utenza

in trattamento per droga è in carico ai servizi per uso primario di oppiacei, con una percentuale che scende al 21,7% tra i nuovi utenti, mentre tra le persone già in carico o rientrate arriva al 66,0% (9).

Attualmente, il metadone in formulazione liquida (sciroppo) rappresenta il trattamento più diffuso nei Ser.D. italiani, con circa il 70% dei pazienti trattati con metadone o levometadone liquido, mentre il restante 30% riceve trattamenti a base di buprenorfina o dell'associazione buprenorfina/naloxone in formulazioni sublinguali (4).

Nonostante l'efficacia clinica del metadone sia ben documentata (5), la formulazione liquida presenta alcune criticità, tra cui aspetti organizzativi, possibili fenomeni di stigmatizzazione, difficoltà nella gestione delle dosi *take-home* e determinati tempi, necessari per la preparazione e distribuzione del farmaco.

In diversi paesi europei sono disponibili formulazioni solide di metadone (comprese o capsule) che hanno mostrato vantaggi significativi rispetto alle formulazioni liquide sia per i pazienti, sia per i relativi sistemi sanitari (3,6).

La recente introduzione in Italia di metadone in compresse rappresenta, quindi, un'importante innovazione terapeutica.

In particolare, un nuovo prodotto in compresse ha ottenuto da AIFA la riclassificazione in classe H-OSP, rendendola rimborsabile dal Servizio Sanitario Nazionale (10).

Il presente studio si propone di analizzare il grado di conoscenza dei pazienti sulle formulazioni solide di metadone e di valutare il gradimento dei pazienti verso queste nuove opzioni terapeutiche, attraverso questionari somministrati in alcuni Ser.D. italiani.

\* Responsabile UOS Ser.D. Gorgonzola e Trezzo sull'Adda, DSMD ASST Melegnano e della Martesana.

\*\* Infermiera, Ser.D. Trezzo sull'Adda, DSMD ASST Melegnano e della Martesana.

\*\*\* Infermiera, Ser.D. Monza, DSMD ASST Brianza.

\*\*\*\* Dirigente psichiatra, Ser.D. Monza, DSMD ASST Brianza.

## Materiali e metodi

### Disegno dello studio

Dal giugno 2024 al dicembre 2024 è stato condotto uno studio trasversale mediante la somministrazione di due questionari: un questionario preliminare rivolto ai pazienti per valutare la loro conoscenza e raccogliere le impressioni riguardo le formulazioni solide di metadone ed un questionario di gradimento, sempre destinato alle/agli utenti, per valutare le loro opinioni sull'avvenuto passaggio dalla formulazione liquida a quella solida.

### Partecipanti

Ai questionari hanno partecipato pazienti provenienti dai Ser.D. della ASST "Melegnano Martesana" e ASST "Brianza".

45 pazienti hanno risposto al questionario preliminare, mentre 22 hanno completato il successivo questionario di gradimento.

### Strumenti

Questionario preliminare: composto da 10 domande volte a valutare la conoscenza dei pazienti riguardo alla formulazione in compresse di metadone e al loro potenziale interesse di utilizzo terapeutico come alternativa allo sciroppo.

Questionario di gradimento: composto da 10 domande volte a valutare l'esperienza dei pazienti con il metadone in compresse, con particolare attenzione a:

- Aderenza al trattamento.
- Soddisfazione per la formulazione solida rispetto a quella liquida.
- Percezione dello stigma associato alle diverse formulazioni.
- Gestione del farmaco nella vita quotidiana.

### Analisi dei dati

I dati raccolti sono stati analizzati utilizzando statistiche descrittive. Per le variabili categoriche sono state calcolate le frequenze assolute e relative, mentre per le variabili continue sono state calcolate media e deviazione standard.

## Risultati

### Caratteristiche demografiche

Un totale di 45 pazienti in trattamento con metadone sciroppo ha completato il questionario preliminare.

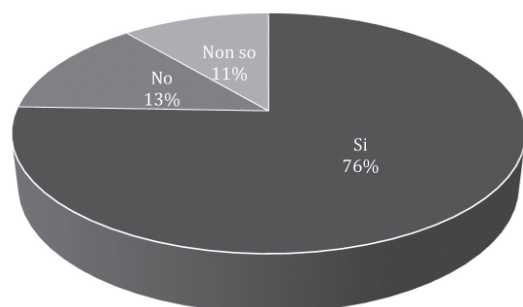
L'86,7% dei partecipanti era di sesso maschile con un'età media di 46,4 anni (range 22-66 anni).

La durata media della Dipendenza da Uso di Oppioidi (DUO) variava da 2 a 38 anni, con una frequenza più elevata di pazienti che riportavano una storia di dipendenza di 30 anni (11,6%) e 16 anni (9,3%).

Dei 45 pazienti iniziali, 22 sono passati alla formulazione in compresse e hanno completato il questionario di gradimento. In questo sottogruppo, il 90,9% era di sesso maschile con un'età media di 49,6 anni (range 24-60 anni).

Fig. 1 - Praticità delle compresse rispetto allo sciroppo

Le compresse sono più discrete da portare con te?



**Conoscenza e percezione preliminare delle compresse di metadone**  
Prima della transizione, il 53,3% dei pazienti aveva già sentito parlare delle compresse di metadone, mentre il 46,7% ha espresso interesse nel passare dalla formulazione liquida a quella solida.

Il 17,8% ha riferito incertezza sulla propria preferenza.

Riguardo alle aspettative, il 28,9% dei pazienti anticipava una maggiore praticità, l'11,1% si aspettava maggiore precisione nel dosaggio, mentre il 20,0% non prevedeva differenze significative.

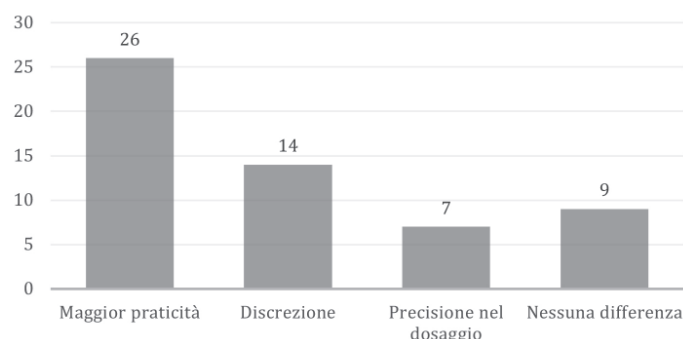
Il restante 37,8% ha indicato altre aspettative, principalmente riferite a combinazioni di praticità e discrezione.

Il 51,1% dei partecipanti riteneva che le compresse sarebbero state più comode e la stessa percentuale avrebbe preferito iniziare direttamente con le compresse se avesse potuto cominciare la terapia al momento della rilevazione.

La maggioranza (75,6%) concordava che le compresse fossero più discrete da trasportare.

Fig. 2 - Aspettative dei pazienti sul passaggio da sciroppo a compresse di metadone

Cosa ti aspetteresti di diverso usando le compresse?



### Preoccupazioni preliminari

Le principali preoccupazioni espresse dai pazienti prima della transizione includevano: timore di efficacia inferiore rispetto allo sciroppo (35,6%), preoccupazioni relative ai dosaggi disponibili (17,8%) e possibili effetti collaterali (4,4%).

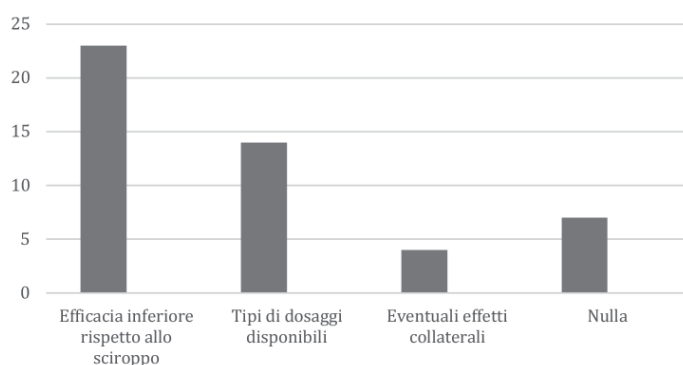
Il 42,2% ha indicato altre preoccupazioni, tra cui potenziali reazioni diverse e interazioni con altre terapie concomitanti.

Solo il 22,2% dei pazienti riteneva che le compresse potessero garantire maggiore sicurezza nel dosaggio rispetto allo sciroppo, mentre il 46,7% non riteneva le compresse più sicure dello sciroppo.

Analogamente, solo il 15,6% riteneva che le compresse potessero migliorare l'aderenza terapeutica, con il 48,9% che non prevedeva miglioramenti e il 35,6% incerto.

Fig. 3 - Preoccupazioni dei pazienti relativamente al passaggio da sciroppo a compresse di metadone

Quali sono le tue principali preoccupazioni?



#### Esperienza effettiva con le compresse di metadone

Dopo la transizione alle compresse, tutti i pazienti (100%) hanno dichiarato che la nuova formulazione soddisfaceva le loro aspettative e rappresentava un'alternativa valida allo sciroppo.

#### Efficacia e soddisfazione

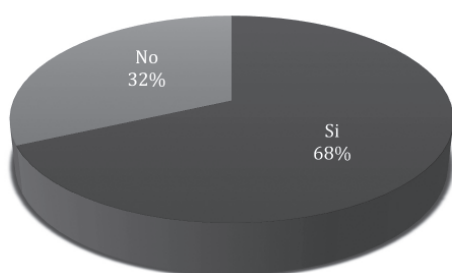
Riguardo all'efficacia clinica, il 68,2% dei pazienti si è dichiarato molto soddisfatto e il 31,8% abbastanza soddisfatto.

La totalità dei pazienti ha riportato un livello di soddisfazione positivo, senza valutazioni negative.

Per quanto concerne la durata dell'effetto terapeutico, il 50,0% si è dichiarato molto soddisfatto e il 50,0% abbastanza soddisfatto.

**Fig. 4 - Soddisfazione dei pazienti dopo il passaggio alle compresse di metadone**

#### Sei soddisfatto delle compresse?

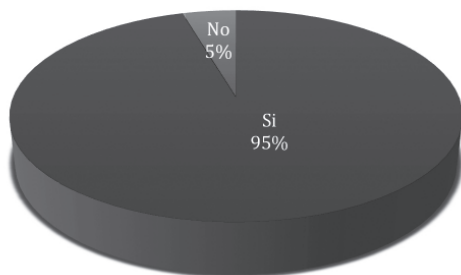


#### Praticità e facilità d'uso

Il 95,5% dei partecipanti ha ritenuto le compresse facili da utilizzare, mentre la totalità del campione (100%) ha trovato comodo il trasporto della formulazione solida.

**Fig. 5 - Praticità d'uso delle compresse di metadone**

#### Le compresse sono facili da usare per te?



#### Palatabilità ed effetti collaterali

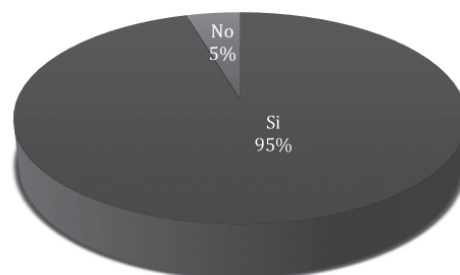
Il gusto delle compresse è stato valutato come accettabile dal 45,5% dei pazienti e buono dal 22,7%, mentre il 31,8% lo ha considerato sgradevole o molto sgradevole.

La maggioranza dei pazienti (86,4%) non ha manifestato effetti collaterali.

Nel 13,6% dei casi sono stati riportati effetti transitori quali sonnolenza iniziale, stipsi o disturbi gastrointestinali (nausea/pirosi gastrica).

**Fig. 6 - Effetti collaterali**

#### Le compresse sono facili da usare per te?



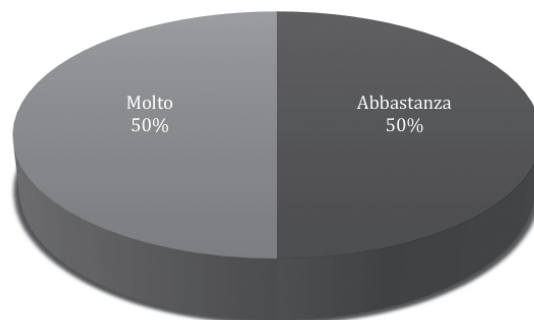
#### Assorbimento e raccomandazione

L'81,8% dei pazienti non ha riscontrato problemi di assorbimento con la formulazione in compresse.

La quasi totalità del campione (95,5%) ha dichiarato che raccomanderebbe le compresse ad altri pazienti in trattamento con metadone.

**Fig. 7 - Soddisfazione dei pazienti dopo il passaggio alle compresse di metadone**

#### Quanto sei soddisfatto della durata dell'effetto delle compresse?



#### Discussione

La terapia con metadone, assieme a quella con buprenorfina, rappresenta il *gold standard* nel trattamento della dipendenza da oppiacei (DUO), garantendo una riduzione del *craving*, del rischio di overdose fatale e del rischio di utilizzo di sostanze illecite, oltre a migliorare la qualità della vita dei pazienti (11).

Tradizionalmente, il metadone è stato somministrato sotto forma di sciroppo, una formulazione consolidata ma non priva di limiti, tra cui la gestione della posologia, la compliance terapeutica e il rischio di abuso o diversione.

Negli ultimi anni, l'introduzione della formulazione in compresse ha aperto nuove prospettive in termini di praticità, stabilità farmacocinetica e accettabilità da parte dei pazienti.

Tuttavia, la transizione dallo sciroppo alle compresse richiede una valutazione attenta dell'atteggiamento dei pazienti nei confronti del cambiamento e della loro soddisfazione dopo il passaggio.

In questo contesto, il presente studio ha analizzato i risultati di due test condotti su pazienti con DUO in trattamento con sciroppo di metadone.

Il primo test ha indagato la disponibilità dei pazienti a passare dalla formulazione in sciroppo a quella in compresse, mentre il secondo ha valutato il gradimento della nuova formulazione dopo l'effettivo cambiamento.

L'obiettivo di questa analisi è comprendere i fattori che influenzano la scelta terapeutica, migliorare l'aderenza al trattamento e ottimizzare la gestione clinica dei pazienti in carico ai Servizi per le Dipendenze (Ser.D.).

I risultati di questo studio suggeriscono che i pazienti hanno una percezione generalmente positiva della formulazione in compresse di metadone nel trattamento del DUO, confermando quanto emerso dalla letteratura recente sul tema (3,7).

Lo studio "SO.LI.D.O 2" ha evidenziato una riduzione significativa dei tempi di preparazione e dispensazione del farmaco rispetto alle formulazioni liquide (3).

L'indagine di FeDerSerD (4) sottolinea che l'introduzione di nuove formulazioni può migliorare l'aderenza al trattamento e ridurre lo stigma associato.

Nel presente studio, la maggior parte dei pazienti ha riportato un miglioramento della qualità di vita e una percezione ridotta dello stigma con le formulazioni solide.

Somaini *et al.* (1) sottolineano che le formulazioni solide semplificano la gestione domiciliare del farmaco.

Tale dato è confermato anche dai nostri risultati, con la maggioranza dei pazienti che riferisce migliore gestione delle dosi *take-home*. Secondo il "Documento di consensus europeo" sull'uso della terapia agonista, la scelta del farmaco dovrebbe essere basata sulle caratteristiche individuali del paziente, tenendo conto dell'efficacia clinica, della sicurezza, delle preferenze del paziente e delle potenziali interazioni farmacologiche (7).

L'utilizzo delle compresse di metadone aggiunge un elemento di personalizzazione della cura, con un impatto sulla riduzione dello stigma e di semplificazione del *take-home*, facilitando aspetti logistici sia per i Servizi delle dipendenze, sia per i pazienti.

Limitazioni del nostro studio includono la dimensione limitata del campione e il possibile bias di selezione dei pazienti che avevano già accettato la formulazione solida.

Ulteriori studi con campioni più ampi e *follow-up* a lungo termine saranno necessari per confermare i risultati preliminari e valutare gli impatti clinici, organizzativi ed economici delle formulazioni solide di metadone.

L'analisi dei questionari preliminari e di gradimento indica che l'introduzione delle compresse di metadone nel trattamento del DUO è percepita positivamente dai pazienti; questo risultato si aggiunge a quello già valutato dalla survey di FeDerSerD rivolta agli operatori sanitari, che avevano a loro volta indicato l'aggiunta delle compresse di metadone come un'alternativa terapeutica interessante per i servizi delle dipendenze (4).

In quella survey, i principali vantaggi identificati dagli operatori includono la riduzione dei tempi di preparazione e dispensazione, la maggiore praticità nella gestione dell'affido domiciliare, la riduzione dello stigma e il miglioramento dell'aderenza terapeutica.

È interessante notare come i pazienti in terapia con lo sciroppo di metadone, quando viene proposto loro di cambiare formulazione manifestino una certa ritrosia, dovuta a possibili differenze di efficacia, tollerabilità o dosaggi non adeguati alle loro esigenze di cura; allo stesso tempo, gli stessi pazienti hanno tuttavia l'aspettativa che le compresse possano offrire maggior praticità, discrezione e precisione della dose.

Coloro invece che hanno avuto modo di passare alle compresse di metadone, nella totalità dei casi si dichiara soddisfatta del cam-

biamento e in larga parte consiglierebbe di fare lo stesso ad altri pazienti.

Questi risultati supportano l'implementazione delle compresse di metadone nella pratica clinica dei Ser.D. italiani, ampliando le opzioni terapeutiche disponibili e permettendo una personalizzazione del trattamento in base alle esigenze individuali dei pazienti.

Un approccio personalizzato che tenga conto delle preferenze del paziente, del contesto clinico e delle risorse disponibili potrebbe contribuire a migliorare gli esiti del trattamento, riducendo lo stigma associato al DUO e promuovendo una migliore qualità di vita per i pazienti.

Ulteriori studi con campioni più ampi e *follow-up* a lungo termine saranno necessari per confermare questi risultati preliminari e valutare l'impatto clinico, organizzativo ed economico dell'introduzione delle formulazioni solide di metadone nel sistema sanitario italiano.

## Riferimenti bibliografici

1. Somaini L., Vecchio S., De Fazio S. *et al.* (2021). Confronto tra formulazioni solide e liquide di farmaci agonisti oppioidi nel trattamento del Disturbo da uso di Oppiacei (Studio SO.LI.D.O) SITOX. *Informa*, 25(1): 4-8.
2. Volkow N.D., Jones E.B., Einstein E.B., Wargo E.M. (2019). Prevention and treatment of opioid misuse and addiction: a review. *JAMA Psychiatry*, 76(2): 208-16.
3. Bruno G.M. *et al.* (2023). Differences in the time needed for solid versus liquid delivery of methadone for patients with Opioid Use Disorder in Italy: The SO.LI.D.O. 2 study. *Heroin Addict Relat Clin Probl.*, 25(4): 33-40.
4. FeDerSerD (2021). *Mission – Ital Q J Addict.*, 56(Suppl): 1-56. -- Disponibile su: [www.federserd.it](http://www.federserd.it).
5. Mattick R.P., Breen C., Kimber J., Davoli M. (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, (2), CD002207.
6. Schulte B., Schmidt C.S., Strada L., Götzke C., Hiller P., Fischer B., Reimer J. (2016). Non-prescribed use of opioid substitution medication: Patterns and trends in sub-populations of opioid users in Germany. *Int J Drug Policy*, Mar, 29: 57-65. Doi: 10.1016/j.drugpo.2015.12.024.
7. Dematteis M., Auriacombe M., D'Agnone O. *et al.* (2017). Recommendations for buprenorphine and methadone therapy in opioid use disorder: a European consensus. *Expert Opin Pharmacother.*, 18(18): 1987-1999. Doi: 10.1080/14656566.2017.1409722.
8. Ministero della Salute. *Rapporto Tossicodipendenze 2022*. -- Disponibile su: [www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?id=6436&lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?id=6436&lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero).
9. Presidenza del Consiglio dei Ministri. *Relazione al Parlamento 2024*. -- Disponibile su: [www.governo.it/sites/governo.it/files/relazione-al-parlamento\\_2024.pdf](http://www.governo.it/sites/governo.it/files/relazione-al-parlamento_2024.pdf).
10. SIPaD. *Disturbo da uso di oppioidi: nuova formulazione in compresse di metadone*. -- Disponibile su: [www.sipad.network/disturbo-da-uso-di-oppiacei-nuova-formulazione-compresse-metadone](http://www.sipad.network/disturbo-da-uso-di-oppiacei-nuova-formulazione-compresse-metadone).
11. American Society of Addiction Medicine (2020). The ASAM National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder: 2020 Focused Update. *J Addict Med.*, 14(2S): 1-91.

# ALCOVER®

sodio oxibato

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



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

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

Copyright © FrancoAngeli

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

## Edizioni CeRCo

[cercoedizioni@gmail.com](mailto:cercoedizioni@gmail.com)

## Volumi editi

1. **Lucchini A., Pistuddi A.** (a cura di). *Il Gioco d'Azzardo tra normativa e cura*. Prefazione di De Biasi E. Presentazione di Lovaste R. e Molinaro S. 2013.
2. **Bignamini E., Andreatta D., Cammarata L.M., Carnino C., Faro G., Ferrari L., Gatti R., Manassero P., Somaini L., Teta E.** (a cura di). *Outcome nelle dipendenze. Esiti della patologia, esiti del trattamento*. Presentazione di Bignamini E. 2014.
3. **Molinaro S., Potente R., Cutilli A.** (a cura di). *Consumi d'Azzardo: Alchimie, Normalità e Fragilità. Fotografia ESPAD 2013*. IFC – Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche – CNR di Pisa. Prefazione di Mariani F. 2014.
4. **Riglietta M., Marchesi L., Biffi L., Beato E. Gori M., Potente R., Colasante E., Fortunato L., Molinaro S.** (a cura di). *ASL di Bergamo e IFC – CNR di Pisa, Sezione di epidemiologia e ricerca sui Servizi Sanitari. Il Gioco d'Azzardo nella popolazione di 65-84 anni della Provincia di Bergamo*. 2015.
5. **Lotti A., Gottardi M.** (a cura di). *La matrice cheratinica. Perché è conveniente nei Ser.D.* Prefazioni di Gardumi A. e Nava F. 2015.
6. **Lucchini A. e D'Egidio P.F.** (a cura di). *Painkillers in Italia. Esperienze cliniche nei Servizi delle Dipendenze*. 2017.
7. **Nava F., Manzato E.** (a cura di). *Il Craving dell'Alcolista. Neurobiologia, clinica e trattamento*. 2018.
8. **Lucchini A.** (a cura di). *Dipendenze: processi di recovery e trattamento con farmaci sostitutivi*. Presentazione di D'Egidio P.F. Prefazione di Rocca G. 2018.
9. **Varango C., Riglietta M., Corti M., Sanfilippo B., Nava F., Lucchini A.** (a cura di). *Riparlamo di Alcol. I professionisti lombardi della Alcolologia a confronto su percorsi terapeutici e proposte per il futuro*. 2019.
10. **Faillace M.** *Tossicomanie, legislazione e recupero della persona*. Prefazione di Lucchini A. 2020.
11. **Lucchini A., Varango C.** (a cura di). *Sviluppo e innovazioni nell'utilizzo della matrice cheratinica nei Servizi delle Dipendenze in Italia*. 2021.
12. **Lucchini A.** *Volevamo l'indipendenza. Quarant'anni di intervento nei Servizi pubblici delle Dipendenze italiani*. 2021.
13. **Lucchini A.** 2021. *Un Diario tra privato e vita associativa*. Prefazione di G. Lumia. 2022.
14. **Alborghetti A.M., d'Angela D., Grosso L., Lucchini A., Nava F., Spandonaro F.** (a cura di). *OISED. Impatto socio sanitario ed economico delle dipendenze in Italia. I risultati della prima annualità dell'Osservatorio*. 2023.
15. **Serio G., Lucchini A.** (a cura di). *Guido Faillace: la visione di medico per le dipendenze patologiche, la tenacia nell'impegno per una sanità universale*. 2024.
16. **Alborghetti A.M., d'Angela D., Grosso L., Lucchini A., Nava F., Spandonaro F.** (a cura di). *OISED. Impatto socio sanitario ed economico delle dipendenze in Italia. I risultati della seconda annualità dell'Osservatorio*. 2024.



Osservatorio sull'Impatto Socio-Economico delle Dipendenze

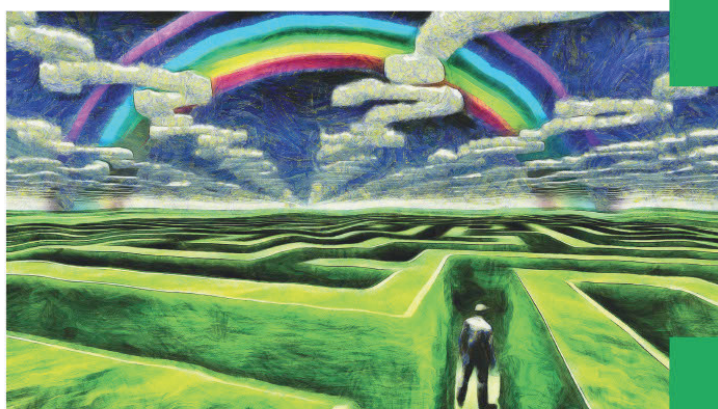


Centro per la Ricerca e l'Analisi del Consumo e della Dipendenza

CeRCo

## IMPATTO SOCIO SANITARIO ED ECONOMICO DELLE DIPENDENZE IN ITALIA

I risultati della seconda annualità dell'Osservatorio



2024



EDIZIONE FUORI COMMERCIO  
ISBN 978-88-945037-4-4  
9 788894 600766

Leggi l'ultimo

## Rapporto OISED 2024

IMPATTO SOCIO SANITARIO ED ECONOMICO DELLE DIPENDENZE IN ITALIA

Anno 2024



SCAN ME!

## Il nuovo Comitato Scientifico Nazionale 2024-2027

Felice Alfonso Nava, medico, direttore  
 Vincenzo Lamartora, medico, vicedirettore  
 Dario Banco, farmacista  
 Piera Calamia, infermiera  
 Vincenzo Caretti, psicologo, accademico  
 Renato Durello, medico, esperto integrazione sistemi sociosanitari  
 Maurizio Fea, medico, esperto DGA  
 Tamara Giacomini, assistente sociale  
 Fabio Gilardenghi, esperto processi di qualità

Paolo Milia, medico  
 Tullio Salvatore Prestileo, medico, esperto patologie infettive correlate  
 Lidia Ribillotta, educatrice professionale

*Approvato alla unanimità dal consiglio direttivo nazionale della Federazione il 25 febbraio 2025, a seguito di proposta formulata dal direttore, dal vicedirettore e dal delegato della presidenza, ai sensi statutari.*

## Simone De Persis nominato nel consiglio direttivo nazionale della Federazione

*Proseguono le indicazioni regionali nel direttivo nazionale della Federazione. Per la Regione Lazio entra a far parte del consiglio il dott. Simone De Persis.*

Medico psichiatra, specializzato nel trattamento delle Diagnosi Duali e nei Disturbi da Uso di Alcol, è Direttore del Dipartimento Tutela e Promozione della Salute Mentale di Rieti.  
 Ha svolto la sua attività clinica e di ricerca nell'ambito delle Dipendenze dirigendo dal 2020 l'unità operativa complessa "Patologia da Dipendenza" della ASL di Rieti.

Professore a contratto presso l'Università "La Sapienza" sede di Rieti dal 2022, è autore di più di 30 pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali ed internazionali, responsabile scientifico di circa 60 simposi e congressi sul tema della Diagnosi Duale, e referente per la Regione Lazio del Piano di Prevenzione Regionale per le Dipendenze 2021-2025.

Dal 2023 è membro del comitato scientifico italiano della WADD (World Association on Dual Disorders).



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,  
 Simone De Persis 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 \_\_\_\_\_