

EDITORIALE

VII Conferenza Nazionale Dipendenze e necessità del sistema

Roberta Balestra 1

LE RUBRICHE

Contaminazioni: A proposito di riduzione del danno

Maurizio Fea 4

La Finestra dei consumatori: Da un dialogo con i ragazzi in cura presso il servizio "Androna Giovani"

a cura del Servizio Dipendenze di Trieste 5

Poetry Corner/Rubrica di poesia

Giuseppe Nibali 7

Enzo Lamartora

SAGGI, STUDI E RICERCHE

Psychosocial Dimensions of Substance Use Disorders in Apulia: Insights from the project BioSUD

Raffaella Maria Ribatti, Danilo Cozzoli, Maria Rita Quaranta, Vincenza Ariano, Francesco Montinaro, Mario Ventura 8

Tropo complessi da trattare? Un appello per programmi residenziali informati sull'ADHD in Italia

Lorenzo Zamboni 32

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

Presa in carico del paziente straniero con Disturbo da gioco d'azzardo: complessità, limiti e possibilità nella relazione terapeutica

Valentina Generani, Concettina Varango 35

I Gruppi Psicoeducativi a orientamento psicoanalitico: un'esperienza nel Dipartimento delle Dipendenze Patologiche dell'Asl Napoli 2 Nord

Ilaria Iorio, Benedetta De Felice 39

Le dinamiche famigliari nella tossicodipendenza da sostanze: i funzionamenti "performante" e "affettivo"

Aldo Violino, Tommaso Tunesi 45

RECENSIONI

14, 51

FeDerSerD/FORMAZIONE

FAD ECM Asincrona. La depressione maggiore in comorbidità con il disturbo da uso di sostanze: clinica e terapia

52

Mission

ITALIAN QUARTERLY JOURNAL OF ADDICTION

VII Conferenza Nazionale Dipendenze e necessità del sistema

Il lavoro che FeDerSerD ha affrontato in questi mesi, compreso il lavoro di preparazione della Conferenza Nazionale sulle Dipendenze di Roma, risulta senz'altro strategico e molto importante per il nostro settore, stante il grande impatto politico e mediatico che la Conferenza e le sue decisioni determina.

Gli otto gruppi di lavoro tematici che sono stati impegnati nella discussione preparatoria, composti da rappresentanti delle istituzioni nazionali e regionali, da rappresentanti dei servizi pubblici e del privato sociale, da rappresentanti delle società scientifiche, ha visto FeDerSerD presente in tutti i tavoli, sia con propri delegati, sia con i molti operatori designati dalle regioni di appartenenza, che sono anche nostri soci e dirigenti qualificati.

Di tre gruppi esprimiamo il co-coordinamento tecnico.

Come è noto i gruppi sono i seguenti:

- Governance e integrazione tra servizi pubblici e privati.
- Modelli innovativi di presa in carico.
- Salute mentale e dipendenze: un approccio integrato.
- Prevenzione precoce delle dipendenze con particolare riferimento a giovani e adolescenti.
- Strumenti di rilevazione, monitoraggio e valutazione d'impatto (outcome).
- Alternativa alla detenzione per tossicodipendenti e continuità terapeutica per detenuti con problemi di dipendenza anche con particolare riferimento al mondo dei minori.
- Gioco d'azzardo patologico e gaming.
- Dipendenze digitali e innovazione dei servizi.

Tema in primo piano è subito apparso quello della "funzione pubblica", che viene assicurata dai servizi pubblici e da quelli del terzo settore, ferma restando la titolarità

• **Il Sodio Oxibato nel Disturbo da Uso di Alcol: analisi retrospettiva di dieci anni di trattamenti**

Marco Riglietta, Marta Vaiairini, Linda Daffini, Roberta Marenzi, Paola Banalotti, Grazia Carbone, Fabrizio Cheli, Francesca Chiara, Andrea Corbetta, Manuel Cornolti, Paolo Donadoni, Paolo Fumagalli, Giovanni Plebani, Liliana Praticò, Margherita Rossi

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

Elena Tamussi

• **Paziente con disturbo duale: disturbo da uso di alcool, cocaina, cannabinoidi e disturbo depressivo. Strategie d'intervento e gestione farmacologica**

Sabrina Palazzi, Roberto Poli

• **Case Report: Sodio Oxibato ad alto dosaggio**

Paolo Donadoni, Linda Daffini, Marco Riglietta

• **Il vecchio Gin Craze e le giovani donne**

Anna Paola Lacatena

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno XII, n. 45

FrancoAngeli

Mission 71, Italian Quarterly Journal of Addiction, Doi: 10.3280/mis71-2025oa21184 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. 71

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, AUSL 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 Varanog (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 30 settembre 2025

ISSNe 3034-8986

Seguici su:



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>



pubblica (responsabilità istituzionale) della governance di sistema e della regia della presa in carico integrata.

L'organizzazione e la gestione dei servizi e degli interventi è aperta a diverse forme di partenariato pubblico con Enti del Terzo settore.

Nella sanità e nel sociale, nel mondo del lavoro e della scuola, in altri importanti ambiti che determinano la qualità della vita, la salute ed il benessere collettivo, si stanno progressivamente restringendo le possibilità di perseguire in modo integrato la funzione pubblica attraverso alleanze virtuose tra pubblico e privato sociale; nelle dipendenze la situazione è molto diversa, perché tale alleanza è strutturale e strategica.

In occasione dei lavori per la Conferenza si sta facendo il punto su questa partnership, sulle nuove regole per l'accreditamento, ma anche sul ritardo con cui l'ente pubblico adotta i percorsi di co-programmazione e co-progettazione previsti dalla normativa.

Ma i rischi di mera privatizzazione e di ricerca del profitto sono evidenti, specie in alcune Regioni, e poco meditate e valutate dalle istituzioni.

Altro tema di grande rilievo, che nei gruppi è stato dibattuto in mondo trasversale, è quello dell'**autonomia dei Dipartimenti delle Dipendenze**, che è la scelta organizzativa indispensabile per poter garantire una governance specifica, puntuale ed aggiornata su tutto il complesso sistema dei servizi integrati.

La progressiva adozione da parte di molte Regioni del modello di *Dipartimento unico integrato con la salute mentale* sta creando molte difficoltà e non sta affatto rispondendo alle aspettative iniziali di migliorare la collaborazione multidisciplinare nelle attività di presa in carico correlate a situazioni di comorbidità.

In questo senso la nostra società scientifica ha fatto pervenire in più occasioni al Ministro della Salute, al Dipartimento politiche antidroga ed al Coordinamento tecnico delle Regioni in tema di dipendenze la nostra argomentata posizione, anche sul prossimo Piano d'Azione Nazionale Salute Mentale (PANSM).

Le **proposte della Conferenza nazionale**, presentate dagli otto gruppi di lavoro, valutate con i partecipanti della due giorni di lavoro, nella sintesi finale saranno stimolo e impegno per la politica.

Ci attendiamo di vedere il PAND – piano di azione nazionale dipendenze, esecutivo e pubblicato, nonché proposte legislative discusse.

Stante la criticità del momento attuale è essenziale che tutti gli stakeholders possano lavorare in gruppo per definire le priorità per il sistema, i cambiamenti necessari sul piano normativo e della governance pubblica ai diversi livelli istituzionali, le risorse da implementare per poter garantire le prestazioni previste dai LEA, le modifiche organizzative ed operative che nei servizi dovrebbero essere sperimentate per realizzare concretamente interventi quali quelli precoci e di prossimità, come previsto dalla riorganizzazione della sanità territoriale.

Nel recente periodo altre questioni sono state all'ordine del giorno: si è ad esempio nuovamente dibattuto sulla **riduzione del danno**, a partire dalle attività svolte nella città di Bologna per contrastare le conseguenze collegate all'incremento del consumo di crack.

La polemica infuocata è stata scatenata con le consuete argomentazioni ideologiche, portate da vari attori, istituzionali e non.

FeDerSerD ha preso posizione con un comunicato a larghissima diffusione, per contribuire, una volta di più, ad affrontare queste complesse tematiche facendo appello ad una maggiore apertura intellettuale, ad un approccio pragmatico basato sulle evidenze di efficacia e soprattutto sulla conoscenza, al fine di evitare ulteriori "danni collaterali", come la colpevolizzazione e la stigmatizzazione delle persone consumatrici, che si trovano in condizioni di maggiore difficoltà e vulnerabilità.

La **nostra offerta formativa** procede secondo il programma che ci eravamo dati per il 2025.

È senza precedenti il successo di alcune proposte FAD, altamente qualificate, sui temi dalla comorbidità tra patologia psichiatrica e da dipendenza, frequentate da migliaia di colleghe e colleghi delle diverse professionalità, e di vari servizi della sanità territoriale e del terzo settore. Evidentemente questi temi sono molto sentiti e, in assenza di una formazione accademica, per la quale continuiamo con perseveranza a batterci per ottenere una disciplina specifica e la specializzazione, risultano estremamente preziose le opportunità di aggiornamento strutturate, con docenti particolarmente esperti e la messa a disposizione di materiali didattici utili.

La linea strategica della Federazione è quella di differenziare sempre di più le opportunità di aggiornamento, per soddisfare le diverse necessità dei professionisti, meno esperti e più esperti, attraverso eventi organizzati in presenza, in streaming o in FAD.

Saranno così implementati corsi di primo livello e corsi di alta formazione specialistica, anche su specifiche forme di dipendenza, nella convinzione che come società scientifica abbiamo una nostra responsabilità nel miglioramento continuo dell'offerta di prevenzione e cura da parte dei servizi.

Sono moltissimi gli aspetti tematici della nostra disciplina ed il dialogo con i soci consente di recepire consigli, esigenze formative specifiche.

Dal 29 al 31 ottobre si tiene a Milano il nostro congresso nazionale, che si articola sia in sessioni dedicate ai temi più istituzionali ed organizzativi, sia in sessioni di approfondimento scientifico, clinico ed esperienziale.

Tra i lavori scientifici pervenuti i migliori lavori selezionati riceveranno il premio "alla memoria di Guido Faillace" e saranno pubblicati su questa rivista.

Roberta Balestra, presidente nazionale



MOLTENI
FARMACEUTICI 1892 | 2017

125

**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

A proposito di riduzione del danno

Benedetto Saraceno ha scritto un articolo col titolo *La Speranza come lavoro politico* pubblicato in www.sossanita.org/archives/27275.

Scrivo Saraceno: "L'approccio di riduzione del danno nel campo delle tossicodipendenze è stato e continua ad essere una strategia vincente e umana che, accettando l'impotenza di terapie efficaci nell'eradicazione dell'abuso delle sostanze psicoattive (alcol, tabacco, oppiacei e tutte le droghe illecite), offre alternativamente interventi capaci di mitigare i rischi associati all'uso di tali sostanze. Tuttavia, se applicata a tutte le condizioni di sofferenza psicosociale, la strategia di riduzione del danno rischia di assumere come modello 'l'impotenza' a incidere sulle cause di ogni fenomeno di sofferenza psicosociale e limitarsi a erogare 'contenimenti' dei danni".

Non critica le azioni di mitigazione ma esorta a pensare anche alle conseguenze sul pensiero dei professionisti, con la perdita della speranza e della utopia.

Scrivo ancora Saraceno "Dunque, l'utopia e la speranza non sono il regno dell'impossibile ma quello del 'non ancora' e sono continuamente esposte al rischio e all'incertezza e quindi richiedono quello che Ernest Bloch chiama 'ottimismo militante'. Si tratta di fare della Speranza un progetto di ricerca, un lavoro politico di innovazione sia degli strumenti di comprensione della realtà sia di azione nella realtà".

Si tratta di una robusta sferzata ad un modello di pensiero nel quale ci siamo adagiati da molto tempo, in parte per prendere fiato e dimenticare le delusioni di una fatica corrosiva, in parte per darsi qualche strumento efficace a fronteggiare e gestire comportamenti distruttivi e incontenibili con le azioni ordinarie della cura.

Saraceno invita a "Pensare la Speranza e l'Utopia come possibili Nord cui dirigere la nostra navigazione di operatori della Salute Pubblica".

Aggiunge fatica a fatica indubbiamente, non rende la vita facile, ma credo che si debba cogliere in queste sollecitazioni, accompagnate da illustri esempi come quello di Franco Basaglia, per riflettere con calma e pacatezza sugli effetti che la riduzione del danno ha prodotto sul sistema di pensiero complessivo della cura delle dipendenze.

Riflettere significa anche non essere sempre reattivi come morsi da un serpente, quando qualcuno ignorante in malafede, condanna cinicamente scandalizzato le azioni di riduzione del danno, perché mantengono le cattive abitudini invece di eradicarle e combattere come fanno i veri patrioti tutori della salute pubblica.

Occorre accettare, dopo averla spogliata della malafede politica, l'osservazione che cercare di ridurre il danno rischia di fare perdere speranza e nutrire fiducia in un futuro diverso per chi al momento non ne vede alcuno, ma anche a chi si prende cura in questo modo dei privi di speranza. Scrive ancora Saraceno "Abbiamo una responsabilità grande e urgente come operatori della Salute Pubblica: promuovere la capacità di navigare fra l'investimento umano nelle singole soggettività e l'azione politica nella collettività. Si tratta di oscillare fra attitudini e prassi diverse: da un lato una affettività senza condizioni nell'incontro con gli altri e dall'altro una determinazione pragmatica nell'attraversamento trasformativo delle istituzioni".

Questa osservazione mi pare la chiave giusta per ricollocare il senso della azione di riduzione dei danni mito intoccabile e ricollocarla nell'alveo delle prospettive di speranza che qualunque attività di cura dovrebbe contenere, anche senza alimentare illusioni.

Questo oscillare tra affettività nell'incontro e determinazione pragmatica è cosa estremamente faticosa ma necessaria.

Il fatto è che non viene insegnata in nessuna scuola di formazione, troppo prese da costrutti teorici da giustificare per metterli alla prova dei fatti e spesso estranee al compito di trasformare le istituzioni dalle quali anche dipendono per esistere.

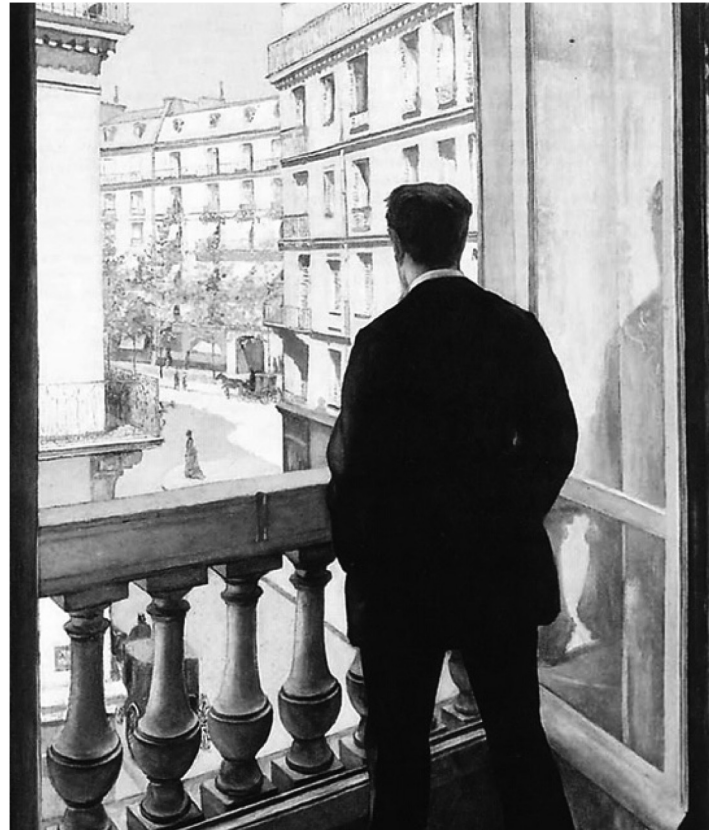
Il lavoro sul campo, la fatica di interpretare il ruolo istituzionale cercando di modellarlo ai bisogni di coloro che necessitano di cura, sono gli unici luoghi dove questo può essere insegnato ai professionisti che entrano incuriositi o spaventati nel mondo della cura delle dipendenze. **Investimento umano e azione politica** è ciò che dovrebbero fare i professionisti esperti nel loro ambito di lavoro e nei contesti di formazione formali come corsi e convegni.

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.



Da un dialogo con i ragazzi in cura presso il servizio “Androna Giovani”

Cos'è la cura?

“Avere cura” è un'espressione dal doppio significato: può indicare sia il riceverla che il “donarla”.

Avere cura è dunque, prima di tutto, l'incontro di persone.

L'aver cura è pratica relazionale guidata dall'intenzione di procurare benessere per l'altro.

Elena dice:

Il calore umano per me è cura e prossimità.

Cura perché libera le emozioni rimaste incastrate nel corpo.

Prossimità perché si esprime attraverso il contatto, ma non solo quello fisico.

È uno dei bisogni primari di ogni individuo e può essere soddisfatto anche tra sé e sé.

Vittoria dice:

Il contatto ed un abbraccio sono il minimo che gli posso dare.

Mi sembra che non sia mai abbastanza.

Non si può quantificare il contatto di cui ogni essere umano ha bisogno.

Vedo gli sguardi vuoti di questi poverini sedati e schiacciati, chi dalla malattia, chi dalle terapie, eppure anche loro in compagnia della persone care, cambiano sguardo, s'illuminano anche solo per un istante quasi impercettibile.

Forse non è quella la scintilla che ci rende umani?

Ambra dice:

È una bella giornata, sto aspettando i miei amici, nel solito giardino, la solita panchina, l'erba è verde acceso, i bambini corrono e urlano.

Non li ho mai sopportati, troppa confusione.

Decido di spostarmi due panchine più in là.

Accendo la sigaretta e faccio un tiro svogliato.

Ho veramente cambiato posto solo perché mi dava fastidio il rumore?

Spenso la sigaretta e continuo ad aspettare.

Vedo due miei amici che arrivano... Non mi salutano.

È come se non mi avessero visto. Non hanno nemmeno alzato lo sguardo per cercarmi. Sanno che sono qui, ma è come se non gli interessasse.

Arrivano anche gli altri, si salutano, ridono, scherzano, non si sono nemmeno accorti che non ci sono.

Accendo un'altra sigaretta e penso a quanto la mia presenza sia irrilevante per loro, a quanto non c'entro nel gruppo, a quanto sono inutile ed insignificante.

Spenso la sigaretta.

Sono sulla solita panchina.

Arrivano tutti insieme, sorridenti verso di me, sono felici di vedermi.

Una bellissima giornata iniziata nel mio mondo e finita nel loro.

Stefan dice:

Cura secondo me è un termine molto ampio, dalle molteplici sfumature; ma di base è un metodo applicato dall'uomo per far passare i dolori sia fisici che psichici.

Per il corpo le cure spesso consistono in medicinali e antibiotici; purtroppo però per i mali interiori questi non bastano, per questo esistono le terapie, volte a migliorare lo stato della persona.

Di terapie ne esistono moltissime, ma sicuramente la più efficace è il contatto con le persone, il calore umano, poiché l'uomo di natura ne ha un irrefrenabile bisogno e godimento.

Ahimè capita che questo calore di cui l'uomo ha necessità venga a mancare, spesso per i pregiudizi, sistemi di etichettatura che non fanno altro che allontanare e dividere gli individui, remando in verso opposto rispetto alla cura, danneggiando sia il pregiudicato che la vittima.

E poi scomodiamo Benedetto Saraceno, segretario generale, Lisbon Institute of Global Mental Health

“La Cura è bidimensionale, pubblica e privata, ossia non si inverte in una dimensione esclusivamente emozionale e privata ma appartiene anche alla dimensione sociale e pubblica.

Tale dimensione pubblica pone quindi la Cura al di fuori della esclusiva sfera del privato, regolato da contratti individuali e affettivi, ma la pone anche dentro una dimensione pubblica e istituzionale, in quanto Diritto.

Infatti, chi ha bisogno di accudimento, di cura e assistenza continua non è soltanto un essere umano che merita pietà ma un cittadino che esige un diritto: la cura è dunque un diritto, così come in medicina la terapia è un diritto.

Allora, diciamo che la cura è un insieme di azioni tangibili, concrete e misurabili ma che essa si inverte soltanto se prestata insieme ad attitudini intangibili quali gentilezza, delicatezza, discrezione, rispetto.

Dunque, la cura è azione pratica e affettiva al tempo stesso.

Questa doppia natura richiede competenze pratiche e competenze affettive”.

A cura del Servizio Dipendenze di Trieste

Poetry Corner/Rubrica di poesia

Enzo Lamartora

Giuseppe Nibali è nato a Catania nel 1991. Si è laureato in Lettere Moderne e in Italianistica a Bologna. Giornalista pubblicista, è direttore responsabile di Poesia del nostro tempo e curatore del progetto “Ultima”. Collabora con *Le parole e le cose*, *Minima & Moralia*, *Il Foglio* e con il magazine *Treccani*. Ha pubblicato la raccolta di poesia *Scurau* (Arcipelago Itaca, 2021) e *Animale* (Italo Svevo edizioni, 2022) è il suo primo romanzo.

Le poesie che seguono sono tratte dalla sua ultima raccolta di poesie, *Eucariota*, pubblicata nella Collana Gialla di Pordenonelegge – Samuele editore nel settembre 2023.

La vita che Nibali descrive in *Eucariota* è fatta di giornate di crolli e sesso dove il linguaggio riflette gli accadimenti con la massima aderenza. La vita materica, fatta di bava ossa e peli che agiscono, figli vivi che si fanno del male e corrono dietro a un bene precario. Un male, il male che è cronaca di Chernobyl, un tour fatto col padre. Una madre che mente dicendo “che tutto sarebbe stato buono”, in una “ciarmunia di pietra che batte la pietra”. Una bugia, un sarcofago terribile. E lo stesso poeta si compone della sostanza di diversi soggetti, di diversi io parlanti, producendo una focalizzazione che muta a seconda del punto di vista.

Bisogna assecondare la visione non devi dimenticare il colore della porta le venature del legno, i giochi che facevate.
Bisogna riportare alla vita ciò che è nascosto e farlo tenendo a mente quella porta da lì nessuno è più passato eppure quando torni o sei di passaggio fai sempre gli stessi trenta passi in corridoio fissi il tappeto e senti dentro l'intarsio nella parte di minuscola stoffa e corda tornare ad assalirti la radice del tuo male una voce che soffoca e chiede perdono.

La volta quella in cui ci siamo tuffati io e lui di corsa nella piscina comunale i primi di agosto la puzza di coloro e bromo poi mi ha fatto vedere il cazzo era la prima volta un verme spesso con la testa tonda e un poro mi ha detto di succhiarlo e io gli ho girato le spalle voleva scoparmi e io gliel'ho preso in bocca abbiamo litigato, gli ho detto che lo avrei detto a papà ho messo parte della furia in quella lite a casa ho aspettato un messaggio che non è arrivato ballando per mezz'ora nuda in cucina che mi vedevo riflessa alla finestra che sentivo cuore viscido dentro la fica.

Nello spogliatoio della piscina c'era un posto che non ci andavo mai perché era un posto dove c'era il mistero e io non mi piaceva il mistero. Quella volta invece ci sono andato, era la zona dove gli uomini adulti parlavano che erano cavalieri e sarebbe tornato il tempo dei cavalieri, io ho sentito un grande freddo in quel posto che quella volta non c'era nessuno, ho inspirato tutto il gelo che c'era e ti amo mi ha detto il male e come faccio a non riamarlo io che non chiedo altro.

Tornando ho fatto a corsa quei quattro passi fino alla via, ho stretto forte mio padre gli ho detto che non avrebbe dovuto lasciarmi mai, gli ho detto del freddo che mi aveva preso il cuore e del mistero che mi aveva fatto tutto triste d'un colpo solo. E per nessun motivo.

Con noi calpestavano le erbacce degli americani
Look at me! Take a picture of this atomic shit!
Poi anche giapponesi e gente lì dell'Ucraina
Pripyat, si chiamava, con le case tutte quadrate
la guida ha parlato russo e poi inglese, mamma
si è abbassata per tradurmi lui ha gridato qualcosa,
l'uomo e mamma ha chiesto *sorry* e si è tolta la terra dai jeans. Non si poteva toccare niente,
ci hanno dato un fischietto se venivano i cani.
Avevamo un telecomandino giallo per misurare le radiazioni
lo l'ho messo in tasca ma è caduto nell'erba
Chernobyl tour c'era scritto sopra.
Basta.

Dice che ha sognato un palazzo tutto bianco
e uomini con in mano i fiammiferi gli uomini
facevano prendere fuoco al palazzo e dentro
c'erano lei e la mamma, e la mamma diceva
delle bugie diceva che tutto sarebbe stato buono
il mondo e che dio esisteva.
Mentre lo diceva andava verso il sarcofago
poi altro ha detto, ha detto altro e a me è parso
di sentire cervella dolorose dentro le orecchie
e tutto un dolore ho sentito
mentre vedevo la sagoma da terra, la sagoma
di lei che toccava il sarcofago, entrava, spariva
lentamente dentro il ferro. Poi tutto si è fatto
ciarmunia di pietra che batte la pietra, e silenzio
dopo.

® 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

Psychosocial Dimensions of Substance Use Disorders in Apulia: Insights from the project BioSUD

Raffaella Maria Ribatti*, Danilo Cozzoli**, Maria Rita Quaranta***, Vincenza Ariano****, Francesco Montinaro*****, Mario Ventura°

Summary

■ *Substance Use Disorders (SUDs) represent a major global public health concern, shaped by a complex interplay of neurobiological, psychological, and sociocultural determinants. This study, conducted within the framework of the BioSUD initiative in Apulia, Southern Italy, investigates the psychosocial profiles and substance use patterns of 1,806 participants, comprising 298 individuals with a clinical diagnosis of SUDs and 1,508 non-clinical controls.*

Group differences emerged in educational attainment, employment status, exposure to adverse life events, family history of substance use, psychiatric self-reported symptoms, and the quality of interpersonal relationships. Individuals with SUDs reported markedly higher consumption of nicotine, alcohol, cannabis, cocaine, heroin, and other substances, with polydrug use, particularly involving cocaine and heroin. Craving intensity was significantly elevated among clinical participants across all dimensions: reward craving (seeking pleasurable effects), relief craving (alleviating negative emotional states or withdrawal), and obsessive craving (persistent, intrusive thoughts related to substance use).

These findings highlight the need for integrated interventions that address not only substance use but also the psychosocial vulnerabilities contributing to addiction. Early screening, especially in adolescents and young adults, paired with efforts to strengthen protective factors such as supportive relationships, school engagement, and coping skills, is key to prevention. As part of the broader BioSUD initiative, combining psychosocial data with genetic profiling may further improve early risk detection and guide personalized prevention and treatment strategies. ■

Keywords: Substance Use Disorders, Psychosocial risk factors, Addiction, Craving, BioSUD initiative.

Parole chiave: Disturbi da uso di sostanze, Fattori di rischio psicosociali, Dipendenza, Craving, Iniziativa BioSUD.

First submission: 09/07/2025, accepted: 05/09/2025

Introduction

Substance Use Disorders (SUDs) represent a significant global public health challenge, contributing to mortality and socio-

economic costs (WHO, 2024). Clinically characterized by compulsive substance use despite adverse consequences, SUDs are marked by high relapse rates and significant functional impairment (APA, 2022). Emerging evidence underscores addiction as a chronic, relapsing neurobiological condition arising from complex interactions among genetic, psychological, sociocultural, and neurodevelopmental factors (Deak & Johnson, 2021; Volkow & Morales, 2015).

Neurobehavioral models suggest that while initial substance use is often driven by positive reinforcement, progression to compulsive use involves neuroadaptations in reward and motivation circuits, leading to automatic, cue-driven behaviors that override volitional control (Everitt & Robbins, 2016; Wise & Koob, 2014). Chronic substance use disrupts prefrontal cortex (PFC) function, impairing executive processes critical for self-regulation, including inhibitory control, working memory, and

* Department of Bioscience, Biotechnology and Environment, University of Bari "Aldo Moro", Italy. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5534-0123>.

** Department of Bioscience, Biotechnology and Environment, University of Bari "Aldo Moro", Italy.

*** Servizio Dipendenze Patologiche (SerD) Martina Franca, Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL Taranto.

**** Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL Taranto.

***** Department of Bioscience, Biotechnology and Environment, University of Bari "Aldo Moro".

° Department of Bioscience, Biotechnology and Environment, University of Bari "Aldo Moro".

decision-making (Goldstein & Volkow, 2011; Miyake & Friedman, 2012). These deficits extend beyond reward dysregulation, reflecting broader cognitive dysfunction (Verdejo-García *et al.*, 2007). Adolescents are particularly vulnerable, as their heightened reward sensitivity and immature cognitive control systems increase the risk of disrupted neurodevelopment and subsequent SUDs (Torregrossa *et al.*, 2011).

Executive dysfunction in SUDs frequently co-occurs with emotional dysregulation, exacerbating maladaptive coping and craving (Gross, 2015; Kober, 2014). This neurocognitive vulnerability is further compounded by psychiatric comorbidities, such as ADHD, anxiety, and mood disorders, which share underlying dopaminergic dysregulation and may prompt self-medication (Ducci & Goldman, 2012). Psychosocial adversities, including trauma, peer influence, and socioeconomic disadvantage, interact with these biological factors to amplify risk. Adverse childhood experiences, for instance, correlate with earlier and more severe SUD trajectories (Bryant *et al.*, 2020), while peer norms and social marginalization can perpetuate substance use and hinder treatment access (Kirkbride *et al.*, 2023). Despite advances, the causal pathways, whether mediated by neurotoxicity, pre-existing vulnerabilities, or their interplay, remain incompletely understood (Brockett *et al.*, 2018).

Critically, risk and resilience factors for substance use are context-dependent and can vary widely across regions and cultures.

This study draws on data from the BioSUD project, a biobank initiative investigating the genetic and environmental factors influencing SUDs in Southern Italy (XX). While BioSUD primarily focuses on genetic contributions and treatment outcomes, our research emphasizes the psychosocial determinants of substance use within the Apulia region.

Recognizing that risk and resilience factors vary significantly across regions and cultures, we examine locally relevant protective and risk factors to identify context-specific patterns shaping substance use behaviors. Our goal is to generate evidence that supports tailored prevention and treatment strategies, and to deepen our understanding of how social and environmental contexts influence the development and progression of addiction.

Methods

Participants

The BioSUD initiative aims to build a genomic resource for studying SUDs by enrolling 3,000 individuals, including 1,500 cases. As of May 1, 2025, the cohort included 1,806 participants: 1,508 controls (1,046 males, 462 females) recruited at the Blood Donation Center of XXX (March-October 2021) and 298 cases (278 males, 20 females) recruited from private rehabilitation centers and public addiction services (SerD) across Apulia. The mean age of the total sample was 40.69 years ($SD = 12.31$; range, 18-72). Overall, most participants held a high school education (46.1%), followed by a university degree (25.2%), middle school education (16.0%), postgraduate studies (10.0%), and primary school education (1.9%).

Cases met ICD-11 (WHO, 2021) or DSM-5 (APA, 2022) criteria for SUDs and were enrolled from two private centers – Comu-

nità Emmanuel Onlus (Lecce) and Fratello Sole (Gioia del Colle) – and 22 public Ser.Ds and the Brindisi prison Ser.D.

Procedure

Participants completed a paper-and-pencil questionnaire comprising three sections: Sociodemographic information, psychosocial variables, and detailed substance use measures.

The sociodemographic section collected information on gender, age, education, marital status, number of children, residence, birthplace, income, employment status, health, and family background.

The psychosocial section explored life events (e.g., parental separation, divorce, relocation), adverse experiences (grief, illness, crime, abuse) grouped by age classes (< 14, 14-18, 18-25, > 25), substance exposure within family and peers, accessibility, and neighborhood safety. Relationship quality with parents, siblings, and peers was self-rated on a 5-point scale, summed, and categorized from “Very Poor” to “Very Good.”

The substance use section assessed the frequency, quantity, and patterns of nicotine, alcohol, cannabis, cocaine, heroin, and other substances, with items partly aligned with DSM-5-TR criteria (APA, 2022). It also examined family and peer substance exposure, craving (measured with a Visual Analogue Scale from 0 to 10), and craving behavior in terms of reward, relief-seeking, and obsessive. Reward craving refers to the use of substances for the pleasure they provide. Relief craving involves using it to reduce negative emotions or discomfort. Obsessive craving occurs when persistent thoughts or urges about substance use take over the mind and interfere with daily life.

Results

Sociodemographic characteristics

Educational attainment differed markedly between groups. Overall, the controls exhibited higher academic levels, with nearly half (49.9%) having completed high school and 30.4% holding a university degree; only 5.4% had attained a middle school education. In contrast, individuals with SUDs showed substantially lower rates of high school (31.4%) and university completion (3.4%) and a higher prevalence of middle school as their highest level of education (55.6%). These disparities highlight the well-documented association between lower educational attainment and increased vulnerability to substance use disorders.

In terms of employment, long-term unemployment (more than 12 months) was more common among cases (37.7%) than among controls (12.4%), while full-time employment was lower in cases (34.8%) compared to controls (58.8%).

Self-reported psychiatric symptoms

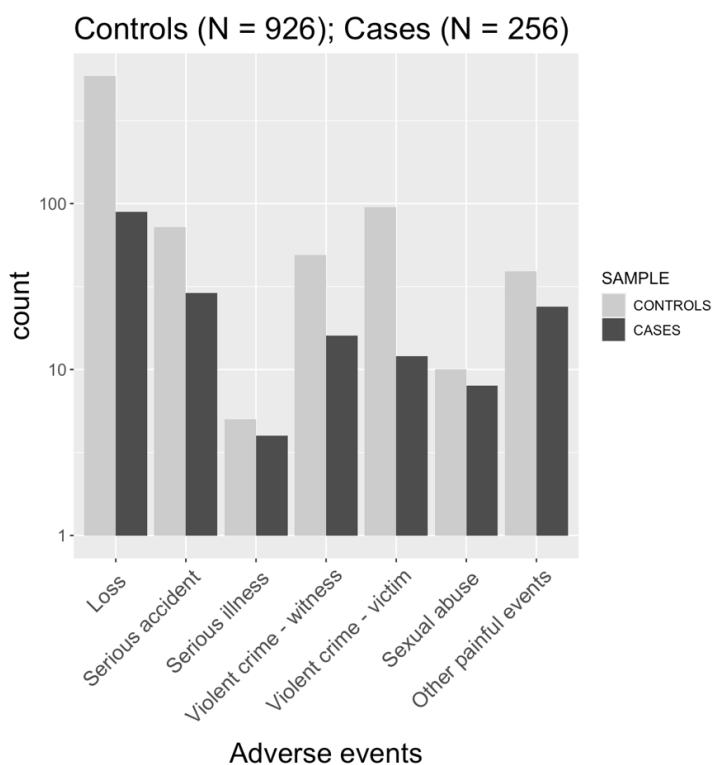
A high prevalence of self-reported psychiatric symptoms was observed within the cohort. Specifically, general psychiatric symptoms were reported by 8.4% of cases (vs. 0.3% of controls), anxiety symptoms by 24.5% of cases (vs. 2.7% of controls), and depressive symptoms by 16.1% of cases (vs. 1.4%

of controls). These findings highlight the significant burden of mental health symptoms within the SUD population, underscoring the complex and often bidirectional relationship between substance use and psychological distress.

Adverse events

Controls more often reported bereavement (68.3% vs. 51.2%) and violent crime victimization (11.3% vs. 7.3%, see Fig. 1). In contrast, individuals with SUDs reported higher rates of serious accidents (15.9% vs. 8.7%), severe illness (2.4% vs. 0.5%), witnessing violence (8.2% vs. 5.9%), and sexual abuse (4.8% vs. 1.1%, see Fig. 1). These results suggest that while controls experienced more bereavement and direct violence, cases faced more trauma related to accidents, health issues, witnessing violence, and sexual abuse – factors potentially linked to substance use disorders.

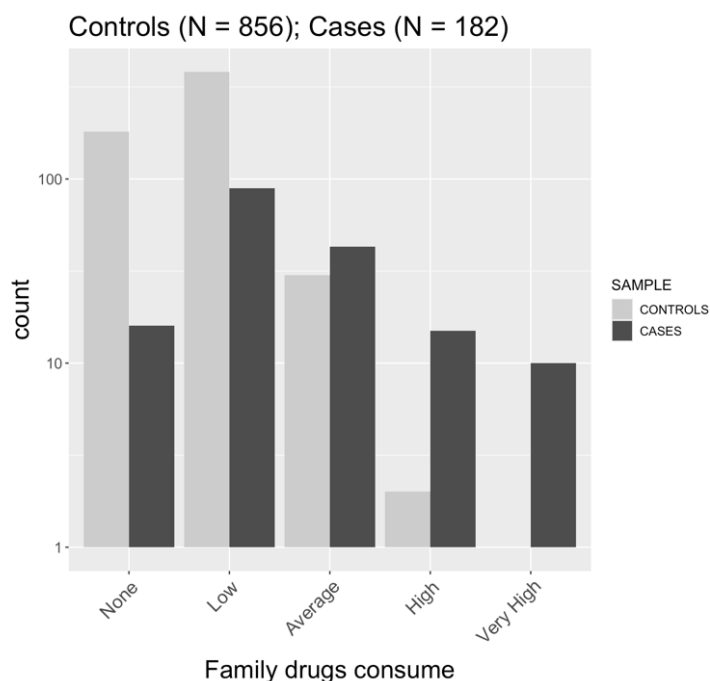
Fig. 1 - Frequencies of adverse events



Family drugs consume

Most controls reported low or no family substance use, with 23.9% having no history and 56.4% having low use (see Fig. 2). Moderate to very high use was reported in fewer than 20%, indicating low familial exposure that may protect against substance use disorders (SUDs). In contrast, cases rarely reported no family use (6.8%), with nearly 40% reporting low use and 27.5% reporting high or very high use rates, which is significantly higher than those of the controls. This supports the idea that a family environment with prevalent substance use may elevate risk, either through genetic predispositions, modeling behaviors, or environmental stressors associated with familial substance use.

Fig. 2 - Frequencies of Family drug consume



Quality of relationships

Significant differences emerged between cases and controls in relationship quality. Controls mainly reported positive relationships (89.5% good to very good). In comparison, cases showed fewer positive ratings (38.0%) and higher negative ratings (27.4% poor/very poor) compared to controls (3.6% poor/very poor, see Fig. 3). Specifically, 71.7% of controls rated family relationships as good or very good, reflecting a generally protective family environment, compared to only 47.4% of individuals with SUDs reporting positive family ties. Specifically, 71.7% of controls rated their family relationships as good or very good, reflecting a generally protective family environment, compared to only 47.4% of individuals with SUDs who reported positive family ties. In comparison, negative ratings increased to 21.3%. This substantial increase in perceived family dysfunction or conflict suggests that problematic family dynamics – such as lack of support, conflict, or neglect – may be significant risk factors or consequences associated with substance use disorders. Low-income family relationships could also exacerbate stress or reduce coping resources, increasing vulnerability to substance use.

In controls, 76% reported good or very good peer relationships, while only 1.7% rated them as poor or very poor, suggesting stronger social support that may help protect against substance use. Among individuals with SUDs, positive peer relationships dropped to 51.2%. In comparison, negative ratings rose to 10.1%, reflecting possible social isolation, association with deviant peers, or social difficulties linked to higher substance use risk.

Fig. 3 - Frequencies of Quality of relationships (Family and Peers)

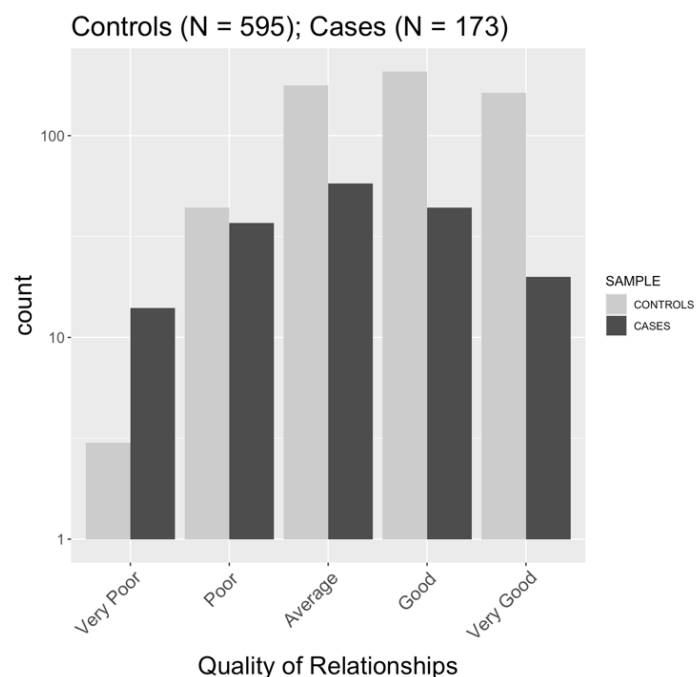
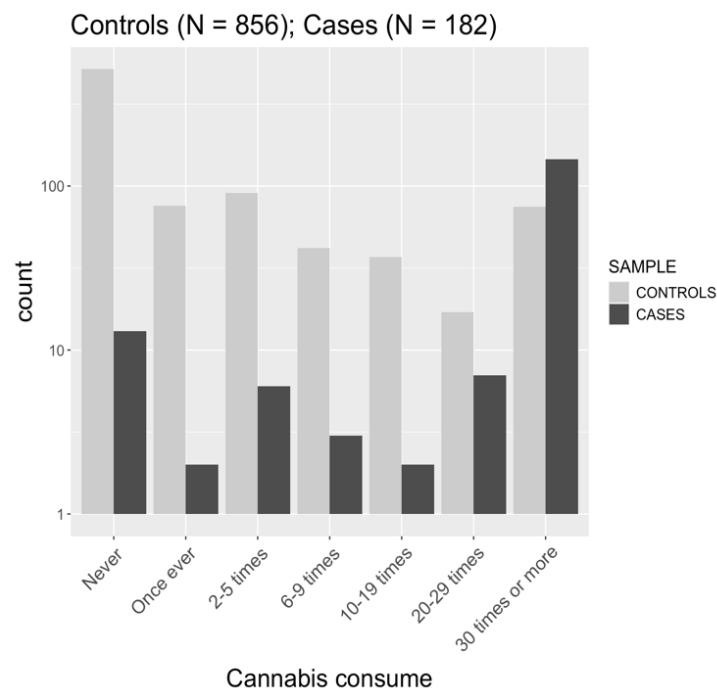


Fig. 4 - Frequencies of cannabis consume



Nicotine use

To assess nicotine use, participants reported their smoking habits, defined as using at least one tobacco or nicotine-containing product daily. Among the controls, 54.7% were non-smokers, 20.1% were former smokers (who had quit more than six months before the survey), 3.2% had quit within the last six months, and 22.0% were current smokers. In contrast, 91.3% of the case group were current smokers. This highlights a strong association between nicotine use and substance use disorder status in the cases.

Alcohol use

Although fewer cases reported drinking alcohol compared to controls (70.5% vs. 81.3%), drinking four or more times per week was more common among cases (25.7% vs. 6.8%). This suggests that while alcohol use may be less common in cases due to supervised environments, problematic drinking is more prevalent.

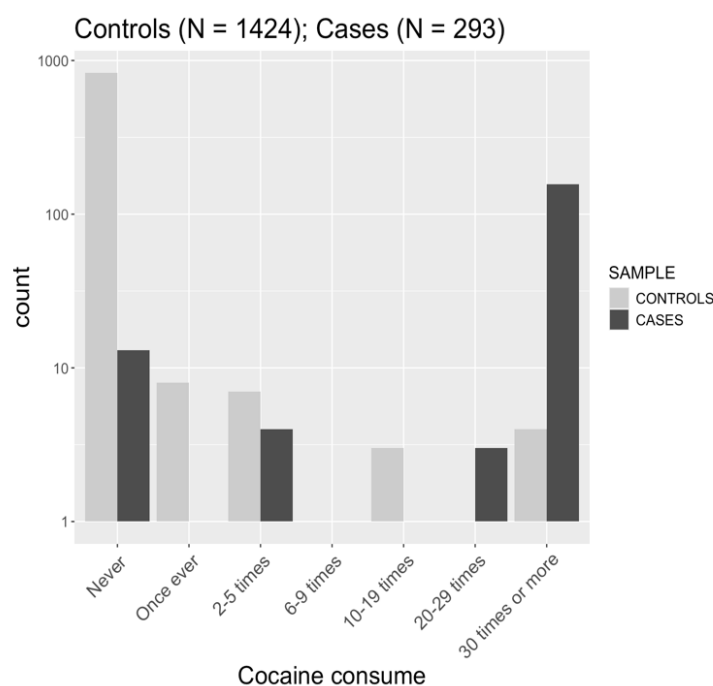
Cannabis consume

Cannabis use was low among controls, with 8.6% reporting 30 or more uses, 29.6% using less frequently (<30 times), and 61.7% abstaining entirely (see Fig. 4). In contrast, cannabis use was much higher in cases: 78.6% reported 30 or more uses, 11.7% used less frequently, and only 9.7% abstained. This sharp difference highlights cannabis as a key substance within the case group. Consistently, most controls (88.6%) did not meet criteria for cannabis use disorder (CaUD). In comparison, nearly half of the cases (48.7%) met the CaUD criteria, with a substantial proportion showing moderate to severe symptoms, confirming cannabis as a significant substance of abuse in this clinical population.

Cocaine consume

Cocaine use was rare among controls, with 0.3% reporting 30 or more uses, 2.6% less frequent use, and 97.2% never using it. The case group showed a stark contrast: 84.0% reported 30 or more uses, 4.5% reported less frequent use, and 9.7% abstained (see Fig. 5). Cocaine Use Disorder (CUD) was almost absent in controls but highly prevalent in cases, with nearly 60% of cases classified as severe.

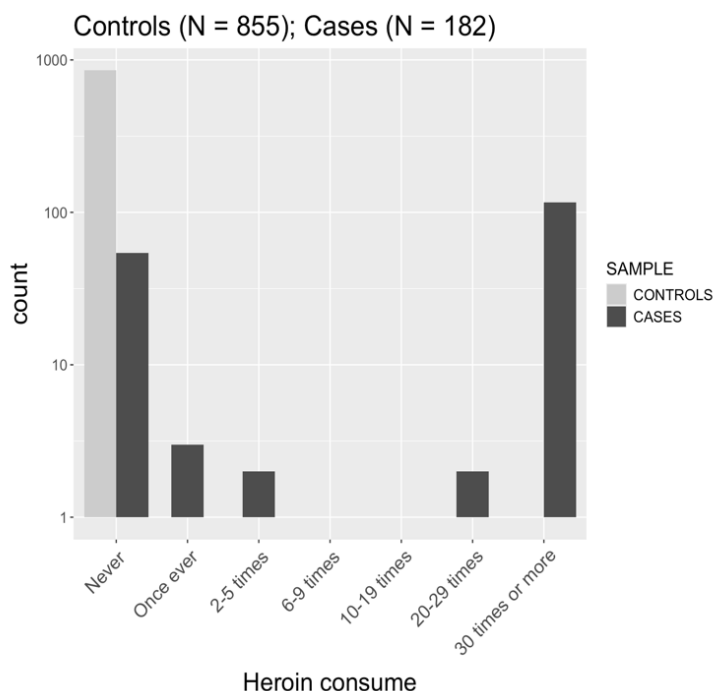
Fig. 5 - Frequencies of cocaine consume



Heroin consume

Heroin use showed an even more substantial difference. Nearly all controls (99.9%) reported no heroin use, while only 29.1% of cases abstained. Among the cases, 66.0% reported 30 or more uses, and 4.9% reported less frequent use (see Fig. 6). More than 60% of cases showed severe heroin use disorder, underscoring heroin's critical role in the severity of SUDs in this sample.

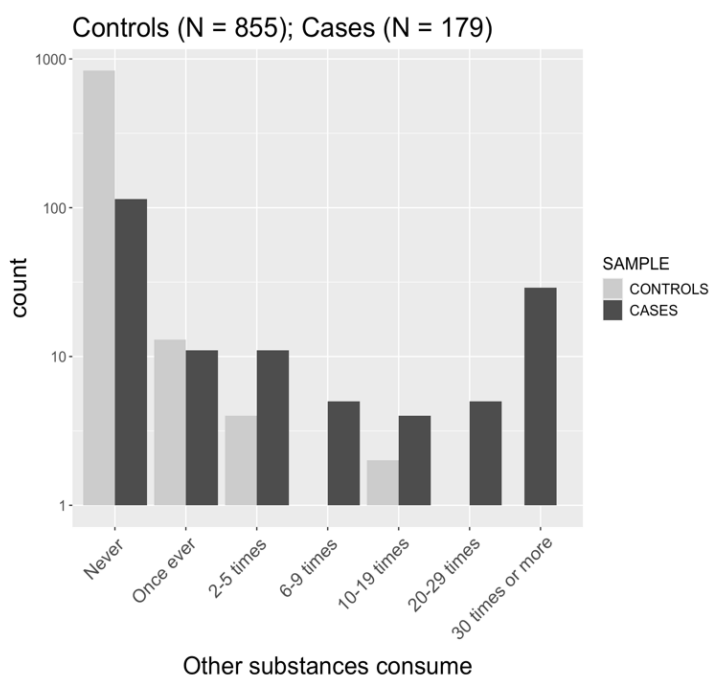
Fig. 6 - Frequencies of heroin consume



Other substances consume

A similar pattern was observed for other substances: 97.5% of controls reported no use, compared to 65.1% of cases. Among the cases, 15.5% reported 30 or more uses, and 19.4% reported less frequent use (see Fig. 7). Though less common than cannabis, cocaine, or heroin, other substance use disorders were significantly more frequent among cases. Mild to moderate other substance use disorder (OSUD) was seen predominantly in the clinical group (5.7%), with 3.0% of cases meeting severe OSUD. In the control group, only 0.1% met the criteria for mild OSUD, and none met the criteria for moderate or severe OSUD.

Fig. 7 - Frequencies of other substances consume



Polydrug use

Polydrug use was frequently observed in individuals with severe substance use disorders, with the most common combination being cocaine and heroin, reported in 86 cases (28.9%). Other patterns included the use of cannabis, cocaine, and heroin in 24 cases (8.1%), cannabis, cocaine, and other substances in 5 cases (1.7%), and heroin combined with different substances in another 5 cases (1.7%). In contrast, among individuals with mild or moderate substance use severity, polydrug use was much less common. In mild cases, the most frequent polydrug combination was cannabis and cocaine, reported in 3 cases (1.0%). In moderate cases, the same combination was observed in 2 cases (0.7%). Among controls, polydrug use was virtually absent, with fewer than 0.1% reporting any mild experimentation, highlighting the limited exposure to multiple substances in the non-clinical population.

Craving behavior

Cases exhibited high craving levels, with mean scores of 5.87 ($SD = 1.61$) for reward, 5.59 ($SD = 1.82$) for relief, and 4.76 ($SD = 2.05$) for obsessive. Medians were near the top of the scale (7 for reward and relief, 5 for obsession), reflecting intense and persistent craving experiences. The greater variability in craving behavior, especially for relief and obsession, suggests more heterogeneous and severe craving patterns.

Discussion and conclusions

The findings of this study highlight the complex and multifaceted nature of SUDs, showing significant differences between the clinical population and controls across sociodemographic, psychosocial, and substance use domains. Lower educational attainment and higher unemployment rates observed among

individuals with SUDs reflect well-established social vulnerabilities that may both predispose to and result from substance misuse (Treur *et al.*, 2021). Additionally, the increased prevalence of adverse experiences – such as serious accidents, severe illness, exposure to violence, and sexual abuse – within the SUD group highlights the potential pivotal role of trauma and chronic stress in the onset and maintenance of addiction (Bergen-Cico *et al.*, 2016).

Familial and social environments emerge as critical factors: elevated rates of familial substance use and poorer quality relationships with family and peers among individuals with SUDs suggest that genetic predispositions, alongside dysfunctional social dynamics, jointly amplify vulnerability (Kendler *et al.*, 2012; Squeglia *et al.*, 2009). In contrast, positive family and peer support observed in the control group likely serves as a protective buffer against substance misuse (Hawkins *et al.*, 1992).

Moreover, the heightened prevalence of psychiatric self-reported symptoms in the SUD population may reflect the impact of substance use itself, pre-existing vulnerabilities, or other co-occurring conditions (Tranberg *et al.*, 2024). Elevated rates of anxiety and depression emphasize the substantial emotional burden associated with SUDs and reinforce the clinical reality of dual diagnosis, wherein substance abuse and psychiatric conditions coexist and mutually exacerbate one another (Horsfall *et al.*, 2009).

Results also confirm that individuals in the present clinical group engage in heavier, more frequent use of nicotine, alcohol, cannabis, cocaine, heroin, and other substances, often in combination. This polydrug use exacerbates clinical severity and complicates treatment (Leri *et al.*, 2003), underscoring the need for comprehensive, integrated approaches (Darke *et al.*, 2007).

Craving profiles reveal markedly elevated and persistent urges across reward-driven, relief-seeking, and obsessive dimensions, consistent with neurobehavioral models of addiction implicating dysregulated motivational processes and impaired executive control (Koob & Volkow, 2010; Tiffany & Wray, 2012).

Collectively, these results highlight the imperative to address multiple interconnected factors, including trauma history, social environment, emotional dysregulation, and craving intensity, when designing culturally sensitive prevention and intervention strategies tailored to the unique social context of Apulia. The data further support the routine implementation of psychiatric screening in SUD treatment settings, as effective management of comorbid mental health conditions has the potential to reduce relapse rates and improve long-term outcomes.

Importantly, complementing traditional psychological assessments with a comprehensive panel of genetic tests to identify vulnerability markers could yield valuable insights. This integrative approach would enhance predictive accuracy and risk stratification, facilitating early identification of high-risk individuals who may benefit most from targeted prevention efforts. Understanding the complex interplay between genetic predispositions and environmental factors is essential to developing more personalized and effective strategies for both prevention and treatment.

The BioSUD biobank project is an ongoing initiative aimed at establishing a comprehensive, integrative model that combines genetic, environmental, and psychosocial factors to deepen our understanding of addiction risk and to inform the development of tailored interventions for substance use disorders. Continued recruitment of additional patients will strengthen the statistical power to perform genetic studies, including the definition of polygenic risk scores for vulnerability to SUD, and to explore

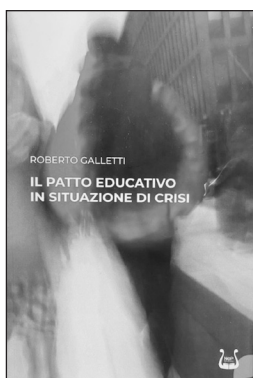
how these genetic risks interact with environmental and psychosocial factors.

References

- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - (5th ed) - Text Revised*. DSM-T TR. APA.
- Bergen-Cico D., Wolf-Stanton S., Filipovic R., & Weisberg J. (2016). Trauma and neurological risks of addiction. In: *Neuropathology of drug addictions and substance misuse* (Vol. 1, pp. 61-70). Elsevier.
- Brockett A.T., Pribut H.J., Vázquez D., & Roesch M.R. (2018). The impact of drugs of abuse on executive function: characterizing long-term changes in neural correlates following chronic drug exposure and withdrawal in rats. *Learning & Memory*, 25(9): 461-473. Doi: 10.1101/lm.047001.117.
- Bryant D.J., Oo M., & Damian A.J. (2020). The rise of adverse childhood experiences during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 12(S1): S193-S194. Doi: 10.1037/tra0000711.
- Deak J.D., & Johnson E.C. (2021). Genetics of substance use disorders: a review. *Psychological Medicine*, 51(13): 2189-2200. Doi: 10.1017/S0033291721000969.
- Ducci F., & Goldman D. (2012). The genetic basis of addictive disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 35(2): 495-519. Doi: 10.1016/j.psc.2012.03.010.
- Everitt B.J., & Robbins T.W. (2016). Drug Addiction: Updating Actions to Habits to Compulsions Ten Years On. *Annual review of psychology*, 67: 23-50. Doi: 10.1146/annurev-psych-122414-033457.
- Goldstein R.Z., & Volkow N.D. (2011). Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. *Nature Reviews. Neuroscience*, 12(11): 652-669. Doi: 10.1038/nrn3119.
- Gross J.J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1): 1-26. Doi: 10.1080/1047840X.2014.940781.
- Hawkins J.D., Catalano R.F., & Miller J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1): 64-105. Doi: 10.1037/0033-2909.112.1.64.
- Horsfall J., Cleary M., Hunt G.E., & Walter G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): a review of empirical evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(1): 24-34. Doi: 10.1080/10673220902724599.
- Kendler K.S., Sundquist K., Ohlsson H., Palmér K., Maes H., Winkleby M.A., & Sundquist J. (2012). Genetic and familial environmental influences on the risk for drug abuse: a national Swedish adoption study. *Archives of General Psychiatry*, 69(7): 690-697. Doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.2112.
- Kirkbride J.B., Anglin D.M., Colman I., Dykxhoorn J., Jones P.B., Patalay P., Pitman A., Sonesson E., Steare T., Wright T., & Griffiths S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 23(1): 58-90. Doi: 10.1002/wps.21160.
- Kober H. (2014). Emotion regulation in substance use disorders. In J.J. Gross (Ed.). *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 428-446). The Guilford Press.
- Koob G.F., & Volkow N.D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 35(1): 217-238. Doi: 10.1038/npp.2009.110.
- Leri F., Bruneau J., & Stewart J. (2003). Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use. *Addiction (Abingdon, England)*, 98(1): 7-22. Doi: 10.1046/j.1360-0443.2003.00236.x.

- Miyake A., & Friedman N.P. (2012). The Nature and Organization of Individual Differences in Executive Functions: Four General Conclusions. *Current Directions in Psychological Science*, 21(1): 8-14. Doi: 10.1177/0963721411429458.
- Squeglia L.M., Jacobus J., & Tapert S.F. (2009). The influence of substance use on adolescent brain development. *Clinical EEG and neuroscience*, 40(1): 31-38. Doi: 10.1177/155005940904000110.
- Tiffany S.T., & Wray J.M. (2012). The clinical significance of drug craving. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248, 1-17. Doi: 10.1111/j.1749-6632.2011.06298.x.
- Torregrossa M.M., Corlett P.R., & Taylor J.R. (2011). Aberrant learning and memory in addiction. *Neurobiology of learning and memory*, 96(4): 609-623. Doi: 10.1016/j.nlm.2011.02.014.
- Tranberg K., Colnadar B., Nielsen M.H., Hjorthøj C., & Møller A. (2024). Interventions targeting patients with co-occurring severe mental illness and substance use (dual diagnosis) in general practice settings - a scoping review of the literature. *BMC primary care*, 25(1): 281. Doi: 10.1186/s12875-024-02504-3.
- Treuer J.L., Munafò M.R., Logtenberg E., Wiers R.W., & Verweij K.J.H. (2021). Using Mendelian randomization analysis to better understand the relationship between mental health and substance use: a systematic review. *Psychological Medicine*, 51(10): 1593-1624. Doi: 10.1017/S003329172100180X.
- Verdejo-García A.J., Perales J.C., & Pérez-García M. (2007). Cognitive impulsivity in cocaine and heroin polysubstance abusers. *Addictive Behaviors*, 32(5): 950-966. Doi: 10.1016/j.addbeh.2006.06.032.
- Volkow N.D., & Morales M. (2015). The Brain on Drugs: From Reward to Addiction. *Cell*, 162(4): 712-725. Doi: 10.1016/j.cell.2015.07.046.
- Wise R.A., & Koob G.F. (2014). The development and maintenance of drug addiction. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 39(2): 254-262. Doi: 10.1038/npp.2013.261.
- World Health Organization (2024). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. -- <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377960/9789240096745-eng.pdf?sequence=1>.
- World Health Organization (2021). *International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11)*. -- <https://icd.who.int/browse11>. Licensed under Creative Commons.

RECENSIONE



Roberto Galletti

IL PATTO EDUCATIVO IN SITUAZIONE DI CRISI

pp. 72

euro 12,00

Editore: Nep edizioni, Roma, 2004

Come operatore in una Comunità di pronta accoglienza per persone affette da dipendenze, a Cremona, durante l'emergenza Covid-19, l'autore ripercorre quei mesi "angoscianti" e "bellissimi", e analizza quanto appreso da un punto di vista professionale e umano.

Cremona è stata, insieme a Bergamo e Brescia, la più colpita dal virus e dai suoi effetti sulla salute. Vivere in Comunità in questa circostanza ha significato decostruire i meccanismi di funzionamento della struttura: ridistribuire incarichi, rivedere le modalità di gestione, le relazioni e i significati.

Gli operatori, ridotti al minimo, si sono completamente re-inventati e hanno dovuto rispondere alla situazione attraverso una

quotidiana sperimentazione di pratiche inedite e nuove forme di condivisione.

Gli ospiti, come proiettati in una nuova dimensione, si sono ritrovati ad essere protagonisti di un nuovo contesto comunitario in cui era necessario dare il proprio contributo al di là della propria patologia e al di là delle richieste originariamente poste e manifestate al momento dell'ingresso. Educatori e ospiti si sono trovati protagonisti involontari della gestione di una comunità, in assoluta parità e con ruoli dai contorni sempre più sfumati e tra loro intrecciati, sperimentando una nuova "democrazia", in cui tutte le situazioni dovevano essere condivise e ragionate sempre insieme.

L'autore ricorre al metodo etnografico, attingendo dalle osservazioni sul "campo" contenute nel suo "diario della crisi", questo testo che ha l'obiettivo di rielaborare in modo ragionato e analitico questa esperienza di crescita collettiva.

Roberto Galletti è nato nel 1979 a Cremona, dove vive. Laureato in Scienze dell'educazione, ha lavorato come educatore in diverse realtà sociali. Ricopre il ruolo di coordinatore educativo presso la Comunità di pronta accoglienza per persone tossicodipendenti "La Zolla".

Ha scritto diversi articoli per il periodico "Animazione Sociale".

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno XII, n. 45

MISSION n. 71

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

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

Direttore: Alfio Lucchini

Responsabile scientifico: Ezio Manzato

Inviare richieste e contributi scientifici a:
missionredazione@gmail.com

Redazione Mission: CeRCo, Milano.

📧 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

Il Sodio Oxibato nel Disturbo da Uso di Alcol: analisi retrospettiva di dieci anni di trattamenti

Marco Riglietta, Marta Vaiarini, Linda Daffini, Roberta Marenzi, Paola Banalotti, Grazia Carbone, Fabrizio Cheli, Francesca Chiara, Andrea Corbetta, Manuel Cornolti, Paolo Donadoni, Paolo Fumagalli, Giovanni Plebani, Liliana Praticò, Margherita Rossi

Introduzione

Da quando nel 1849 Magnus Huss, docente di Medicina Interna presso l'Università di Stoccolma, propose il termine “Alcolismo” alla Comunità Scientifica, dando per la prima volta carattere di “malattia” alla costellazione di sintomi associati ad un eccesso nell'uso di bevande alcoliche, si sono susseguite, nei decenni, varie definizioni in merito a questa patologia. Si è passati negli anni dalla definizione di “Alcolista e Alcolismo”, ad “Abuso e Dipendenza”, sino all'attuale “Disturbo da uso di alcol” secondo il DSM 5 (1).

La prima Consensus Conference sull'Alcolismo (SIA 1994) definisce l'alcolismo come “... disturbo a genesi multifattoriale (biopsicosociale) associato all'assunzione protratta (episodica o cronica) di bevande alcoliche, con presenza o meno di dipendenza, capace di provocare una sofferenza multidimensionale che si manifesta in maniera diversa da individuo a individuo e che si configura come disturbo sistemico coinvolgente la famiglia e l'ambiente socio culturale...”: in questa definizione si configurano i meccanismi eziopatogenesi del disturbo.

Con la pubblicazione del DSM 5 nel maggio 2013 il concetto di *disturbo da uso di alcol* ha sostituito la precedente

classificazione di abuso e di dipendenza, spostando il focus dalle modalità di consumo al concetto di severità della malattia, inserendo l'elemento fondamentale e distintivo dei fenomeni di *addiction* ponendo l'accento sul concetto di *craving*.

Attualmente, le più autorevoli Organizzazioni scientifiche, riconoscono nel DUA un disturbo “cronico e recidivante”, caratterizzato dalla ricerca compulsiva dell'alcol nonostante le possibili ripercussioni sul piano personale e dell'adattamento sociale.

Riteniamo in questa sede fondamentale soffermarci sulla caratterizzazione temporale di “cronicità” del DUA. In particolare l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera il DUA un “disturbo mentale e comportamentale cronico” (2); il National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (3,4), si riferisce ad esso come una “malattia cerebrale cronica e recidivante”; secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM 5) (1), la condizione deve protrarsi per “almeno 12 mesi di durata”, l'Agenzia Europea del Farmaco (EMA 2010) (5,6) definisce la dipendenza da alcol (DA) come condizione cronica recidivante con fattori genetici e ambientali che ne influenzano lo sviluppo. Tali definizioni identificano il decorso della malattia in molte situazioni, anche se non in tutte, un decorso cronico, ma non approfondiscono gli elementi relativi ad eziopatogenesi. Diamo per assodato

SC Dipendenze, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo

che un decorso cronico non significhi l'incurabilità della condizione.

Etiopatologia del disturbo da uso di alcol

La ricerca neurobiologica degli ultimi 30 anni ha portato a far comprendere la straordinaria plasticità del sistema cerebrale e la molteplicità di fattori che intervengono nel modulare le afferenze sensitive, la loro decodifica, l'assegnazione di significati, la salienza delle stimolazioni e le risposte individuali.

Parlar di fattori bio-psico-sociali vuol dire ridurre ad un "bigino" la straordinaria cascata di fattori che determinano azioni, comportamenti, vissuti, emozioni e resilienza di ciascuno di noi.

Didatticamente, quanto meno in uno schema mentale superato, vengono elencati i fattori che influenzano lo sviluppo del DUA e siamo in genere portati a parlare di fattori biologici, psicologici e sociali come se ogni ambito fosse indipendente dagli altri.

Inevitabilmente la descrizione diventa schematica, ma lo sforzo che dovremmo fare è quello di costruire una mappa concettuale unica fra questi elementi che sintetizziamo:

Neurobiologia e Sistema della Ricompensa: l'alcol agisce direttamente sul sistema nervoso centrale, a livello del sistema meso-cortico-limbico, implicato nel controllo delle funzioni cerebrali superiori e delle emozioni. L'assunzione di alcol in acuto determina un iniziale aumento di sintesi di dopamina nell'amigdala, che favorisce il rilascio di serotonina nell'ipotalamo, con secondario incremento anche del rilascio di oppioidi endogeni (β -endorfine, encefaline e infine dinorfine). Il legame delle β -endorfine e delle encefaline sui recettori μ e δ a livello del nucleo accumbens determina un'inibizione dell'attività dei neuroni GABAergici con aumento ulteriore del rilascio di dopamina nel nucleo accumbens. Tale circuito è alla base dell'esperienza gratificante e della sensazione di benessere associata al consumo alcolico (attivazione del circuito cerebrale della gratificazione). Al termine dell'assunzione acuta di alcol il sistema si "spegne", tramite un meccanismo di autoregolazione interna innescato dalle dinorfine, riportando all'equilibrio il circuito e spegnendo la risposta gratificatoria (7).

L'uso cronico di alcol porta però ad un riarrangiamento neurofisiologico del circuito di gratificazione, che comprende un ridotto rilascio di serotonina ipotalamico, una diminuzione del rilascio di endorfine e conseguentemente anche del rilascio di dopamina. Il sistema quindi "si sbilancia" con aumento del tono GABAergico nel nucleo accumbens e diminuzione del tono dopaminergico in tutte le aree cerebrali coinvolte nel circuito della gratificazione. Meccanismi di "rinforzo" determinati includono anche un'influenza sui recettori e sul tono della neurotrasmissione cannabinoide endogena.

In sintesi l'alcol determina un "adattamento" neurobiologico che ha come effetto finale il resetting verso il basso del rilascio di dopamina e serotonina che porta ad una condizione di malessere (disforia e sintomatologia depressiva) e che, a sua volta, determina la necessità a ripetere ed incre-

mentare l'assunzione di alcol per ricavarne gratificazione e sensazione di benessere; portando in definitiva allo sviluppo della tolleranza e della dipendenza. Le modificazioni sinaptiche del sistema GABAergico, comprendenti un aumento del rilascio di GABA e inibizione dei recettori GABA-B pre-sinaptici, determinano un potente effetto sedativo-anestetico. Tali effetti si invertono durante l'astinenza da alcol contribuendo alla sindrome da astinenza.

Tratti di Personalità: alcuni tratti di personalità sono associati a un rischio maggiore di sviluppare il DUA. L'impulsività, la ricerca di sensazioni forti (sensation-seeking), una scarsa capacità di gestire lo stress e una bassa autostima possono rendere più probabile l'uso di alcol come meccanismo di coping. L'alcol può essere percepito come un modo per superare l'ansia sociale, l'inibizione o il disagio emotivo.

Comorbilità Psichiatrica: è molto comune che l'alcol-dipendenza coesista con altri disturbi mentali, come la depressione, i disturbi d'ansia, il disturbo bipolare e i disturbi di personalità. Questa relazione è spesso bidirezionale: l'alcol può essere usato per "automedicare" i sintomi di questi disturbi, ma l'abuso di alcol può anche peggiorare i sintomi psichiatrici o indurne di nuovi.

Meccanismi di Coping e Gestione delle Emozioni: le persone che non hanno sviluppato strategie efficaci per affrontare lo stress, il trauma o le emozioni negative possono ricorrere all'alcol. L'alcol offre un sollievo temporaneo, ma crea un ciclo vizioso in cui la persona diventa dipendente dall'alcol per gestire i problemi emotivi, senza mai affrontarli realmente.

Ambiente Familiare: l'ambiente familiare gioca un ruolo cruciale. La presenza di un genitore alcol-dipendente non solo aumenta il rischio genetico, ma crea anche un modello comportamentale e una dinamica familiare disfunzionale. L'esposizione all'alcol sin dall'infanzia, un ambiente caratterizzato da stress, traumi o mancanza di sostegno emotivo, sono tutti fattori di rischio.

Gruppo dei Pari e Contesto Sociale: durante l'adolescenza e la prima età adulta, l'influenza dei coetanei è potentissima. L'appartenenza a gruppi in cui il consumo di alcol è la norma, o un forte desiderio di conformarsi, può portare a un uso eccessivo. La pressione sociale e la percezione che l'alcol sia essenziale per la socializzazione sono fattori che contribuiscono significativamente all'inizio e al mantenimento dell'abuso.

Fattori Socio-Culturali e Accessibilità: la cultura in cui si vive modella le norme e le aspettative sull'uso di alcol. In alcune culture, l'alcol è parte integrante delle celebrazioni e della vita quotidiana, rendendo l'uso moderato e, potenzialmente, l'abuso, più accettabili. Inoltre, l'accessibilità economica e fisica all'alcol (facilità di acquisto, prezzi bassi) è direttamente correlata ai tassi di consumo e ai problemi correlati.

La complessa eziopatogenesi del DUA, comprendente da un lato modificazioni neurobiologiche complesse e croniche,

dall'altro fattori genetico-famigliari e culturali stabili e pertanto di complessa e difficile correzione, indicano come lo sviluppo del DUA sottenda un profondo e diffuso radicamento, di lunga durata: è evidente pertanto che un trattamento, al di là della multi-modalità, debba essere protratto nel tempo.

Thomas McLellan (8) pubblicò su *JAMA* uno studio che evidenziò come il disturbo da uso di sostanze fosse trattato come una patologia acuta, concentrandosi sulla "disintossicazione" ed inevitabilmente pensando che un trattamento a breve termine potesse ripristinare le funzioni cerebrali che si erano modificate nel corso della storia pluriennale della malattia.

In un'analisi della letteratura comparata fra dipendenze, diabete mellito di tipo 2, ipertensione ed asma bronchiale risultò invece evidente come i tassi di aderenza alle terapie, le ricadute (o riaccensione della sintomatologia) siano di fatto sovrapponibili. Le sue conclusioni furono che il trattamento, farmacologico o di altra natura, non potesse che essere avviato in una logica di lungo termine; nessuno oggi potrebbe ipotizzare un trattamento di sei settimane per l'ipertensione arteriosa o di 4 settimane per il diabete mellito.

Farmacologia del sodio oxibato: Aspetti chimici e meccanismo d'azione

Il sodio oxibato (SO) è il *sale sodico dell'acido γ -idrossibutirrico (GHB)*, un acido a catena corta derivato dell'acido γ -amminobutirrico (GABA). Il GHB è una molecola endogena, presente in piccola concentrazione nel sistema nervoso centrale (SNC), il profilo farmacodinamico del GHB differisce nella molecola di origine endogena ed esogena. La principale distinzione tra i due profili è legata alla diversa affinità recettoriale: l'attività del composto endogeno è mediato sia da recettori specifici per il GHB che come agonista dei recettori GABA-B, ma in caso di presenza di quantità sovralfisiologiche di GHB (come avviene in caso di assunzione esogena), la molecola interagisce anche con altri recettori con conseguenti effetti differenti. Il GHB agisce anche attraverso siti di legame post-sinaptici ad alta affinità, comunemente noti come recettori del GHB, che possono essere recettori GABA-A extrasinaptici che contengono subunità $\alpha 4/\beta$. L'attivazione dei recettori GABA-A post-sinaptici è responsabile dell'inibizione dei neuroni GABAergici con un effetto indiretto sul rilascio di dopamina. È importante sottolineare che questi sottotipi di recettori GABA-A post-sinaptici sono potenzialmente bersagli primari per l'etanolo (15). Il GHB modula i neurotrasmettitori dopaminergici, serotoninergici, dell'acetilcolina ed endorfici (16). Gli effetti del GHB sul sistema dopaminergico sono anche alla base del suo utilizzo terapeutico anti-craving per il controllo della dipendenza da sostanze d'abuso (17).

Assorbimento

Il GHB viene rapidamente assorbito dal tratto gastroenterico e gli effetti clinici compaiono con un periodo di latenza di circa 15 minuti (18). Il suo picco di concentrazione plasmatica viene raggiunto 15-45 minuti dopo la sua somministrazione orale (19); il farmaco ha un'emivita di eliminazio-

ne dose-dipendente e nei soggetti sani questo varia tra 20 e 53 minuti (20).

Distribuzione

Il GHB ha un basso legame proteico (inferiore 1%) e supera la barriera emato-encefalica (21). I livelli di GHB endogeno sono generalmente inferiori a 10 mg/L nelle urine e a 4 mg/L nel sangue. In caso di assunzione esogena, questi livelli possono risultare anche 10-100 volte superiori ma, a causa della rapida cinetica di eliminazione della molecola, tornano a livelli basali nell'arco di 8-12 ore (22).

Metabolismo

Le vie metaboliche di sintesi e degradazione del GHB a livello cerebrale coinvolgono differenti enzimi citosolici e mitocondriali. Il GHB endogeno rappresenta sia il precursore che il prodotto di degradazione del GABA. Il GHB endogeno deriva dal metabolismo del GABA, passando attraverso la formazione del composto intermedio semialdeide succinica (SSA) (23). Si pensa che il metabolismo del GHB avvenga attraverso la sua conversione a SSA e all'entrata di quest'ultimo nel ciclo di Krebs dove viene metabolizzato ad anidride carbonica ed acqua (23,24).

Eliminazione

Il GHB viene eliminato principalmente dal fegato dopo 4-6 ore dall'ingestione, indipendentemente dal dosaggio e da eventuali disfunzioni epatiche (18) e solo una modesta quantità rimane immodificata (2-5%) e viene eliminata con le urine e/o da un processo di beta-ossidazione non ancora completamente accertato (16).

Usi terapeutici del Sodio Oxibato (SO)

In Italia nel 1991 l'azienda farmaceutica Laboratorio Farmaceutico C.T. S.R.L. ha registrato, commercializzato un preparato a base di acido gamma idrossibutirrico (sale sodico) utilizzato per il trattamento del DUA. Il SO è inoltre utilizzato per il trattamento farmacologico della narcolessia con cataplessia in pazienti adulti. L'indicazione terapeutica approvata da AIFA è la seguente: "coadiuvante nel controllo della SAA da alcol etilico", mentre in Austria è anche approvato come coadiuvante nella disintossicazione a lungo termine. Il SO (50-100 mg/kg/die) ad uso medicinale viene proposto in soluzione ad uso orale in due presentazioni (flacone monodose da 10 ml e flacone da 140 ml) la cui concentrazione di principio attivo in entrambe è pari a 175 mg/ml. Il SO ha mostrato efficacia nel trattamento della SAA non complicata perché scevro dal rischio di accumulo e di eccessiva sedazione che possono comparire con l'uso di benzodiazepine (BDZ), le quali, in questi casi, rappresenterebbero un trattamento *off-label*. Il SO garantisce la possibilità di una sospensione senza necessità di riduzione progressiva della posologia e senza rischio di sviluppare SAA. Negli ultimi dieci anni diversi Autori hanno iniziato a parlare di sindrome di astinenza protratta (SAP) (25, 26, 27). La SAP è un quadro clinico ben noto che si manifesta dopo la fase acuta (in media della durata di 10-15 gg) e molti sintomi possono persistere per settimane e mesi. Recenti evidenze scientifiche hanno dimostrato che clinicamente la SAA può presentare una fase protratta nel tempo (SAP)

con persistenza di sintomi che possono essere responsabili di una ricaduta nel consumo di alcol e che devono essere farmacologicamente trattati per prevenire tale eventualità. I sintomi della SAP comprendono: ansia, ostilità, irritabilità, depressione, instabilità dell'umore, fatigue, insonnia, difficoltà di concentrazione e di pensiero, ridotto interesse verso la sfera sessuale e disturbi somatici non riconducibili a specifiche cause (ad es. dolore fisico come riportato da diversi pazienti).

Sebbene la definizione di SAP non sia universalmente riconosciuta, è esperienza clinica di tutti osservare la persistenza di sintomi, soprattutto anedonia e disforia, presente in molti pazienti con disturbo da uso di sostanze che persista da anni, che risulta essere comprensibile se ci immaginiamo i molteplici meccanismi di rimodulazione delle funzioni cerebrali indotte dalla sostanza e che hanno bisogno di tempo per riequilibrarsi. La sintomatologia può essere variegata a seconda del paziente ma inevitabilmente persiste per lungo periodo di tempo (mesi/anni).

A questo punto risulta cruciale una domanda: se nel Disturbo da uso di Oppiacei (DUO) è ormai assodato che la terapia con farmaci agonisti debba essere prolungata e la sua efficacia sia direttamente proporzionale alla durata del trattamento (oltre che all'adeguatezza del dosaggio), perché nel trattamento del DUA dobbiamo pensare all'utilizzo del SO per poche settimane?

Normativa relativa Sodio Oxibato

1. GU n. 295 del 16/12/1992 (decreto n. 950 del 12/12/1992) - Prima autorizzazione delle confezioni in commercio: flacone 140ml AIC 0277510066 e 12 flaconcini 10 ml AIC 027751078. Le indicazioni terapeutiche approvate parlavano di *“Coadiuvante nel controllo della sindrome di astinenza da alcol etilico, nella fase iniziale del trattamento multimodale della dipendenza alcolica, nel trattamento prolungato della dipendenza alcolica resistente ad altri presidi terapeutici, in coesistenza di altre patologie aggravate dall'assunzione di alcol etilico”* (9).
2. GU n. 54 del 07/03/1994: *Riclassificazione in classe H* (10).
3. Supplemento ordinario n. 60 alla GU n. 300 del 28/12/2018 (determina AAM/PPA n. 1136/2018 del 04/12/2018): revisione delle indicazioni terapeutiche con limitazione all'indicazione di *“Coadiuvante nel controllo della sindrome astinenziale acuta (SAA) da alcol etilico”* (11).
4. Esiti area vigilanza post marketing CTS del 11-12-13 gennaio 2023: Rinnovo a tempo indeterminato (Tranne che per provvedimenti urgenti per motivi sanitari, il farmaco non è più soggetto a rinnovo quinquennale ma è rinnovato per sempre) (12).
5. GU n. 25 del 31/01/2023 (determina AAM/PPA n. 39/2023 del 18/01/2023): Introduzione del Il Risk Management Plan che ogni nuovo farmaco deve avere per la gestione e valutazione dei rischi noti e non (13).
6. Comunicazione AIFA del 09/05/2023: approvazione del materiale educativo che prevede la possibilità di replica del protocollo di disintossicazione (14).

L'esperienza del Ser.D. di Bergamo

Il Ser.D. di Bergamo è un servizio territoriale della ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo, con un teorico bacino di utenza di 248.000 abitanti; in realtà, stante le indicazioni di Regione Lombardia sulla libertà di scelta del cittadino, possono essere presi in carico anche pazienti provenienti da altri territori. Altre due caratteristiche strutturali/organizzative sono importanti per capire il contesto di lavoro:

- la sede è unica per tutto il territorio dell'Azienda, la distanza del servizio dalle zone più periferiche è di oltre 60 km;
- non esistono sedi differenziate per tipologia di disturbo/trattamento;
- tutti gli operatori in servizio si occupano delle principali patologie: disturbo da uso di sostanze illegali, alcol, tabacco, gioco d'azzardo, “dipendenze da tecnologie digitali”.

Un ulteriore fattore da considerare è la variabilità prescrittiva: nel corso dei 10 anni considerati i medici prescrittori sono stati 14.

Il SO è utilizzato dal servizio dall'anno della sua commercializzazione (9) ed è uno dei farmaci, con indicazione specifica, che vengono utilizzati per il trattamento del DUA (disulfiram, acamprosato, naltrexone, nalmefene, tiapride). Nonostante le indicazioni per il SO siano apparentemente restrittive (10, 11), di fatto il trattamento è utilizzato per periodi di tempo più prolungato in relazione alla presenza o meno di sintomi ascrivibili all'astinenza acuta o protratta e alla presenza di craving per l'alcol.

Dati

Abbiamo voluto effettuare una valutazione sui trattamenti di dieci anni analizzando i pazienti al primo trattamento presso il Servizio nel periodo che va dal 1/1/2015 al 31/12/2024. L'analisi dei dati è stata effettuata solo sui pazienti nuovi, al primo accesso al Servizio, onde evitare fattori di confondimento legati alla relazione con il servizio e gli operatori.

Nel periodo considerato sono stati presi in carico **1.356 pazienti nuovi con diagnosi di Disturbo da uso di alcol** (1.063 M e 293 F) con un rapporto M : F di 3,6 : 1. L'età media all'ingresso era di 43, 49 anni con un range fra 15 e 82 anni.

La durata della presa in carico, valutata in mesi di assistenza, è di 20,84 mesi con un range variabile fra 0 e 119,63 mesi.

Nel corso della presa in carico sono state erogate una media di 68.19 prestazioni (minimo 1, max 1.628), con una densità prestazionale, calcolata sui pazienti con una presa in carico oltre i tre mesi, di 3,27 prestazioni/mese (range 0.10 – 32.95).

I pazienti sono stati allocati in due gruppi:

1. **pazienti trattati con Sodio Oxibato: 295 pazienti nuovi** (il 21.7 % dei pazienti del decennio considerato).
Va sottolineato che l'analisi è stata compiuta solo sul

primo trattamento con GHB; qualche paziente potrebbe essere stato dimesso e aver ripreso il trattamento anche con SO ma il secondo trattamento è stato escluso dalla valutazione. Dei 295 pazienti trattati con sodio oxibato 229 sono maschi e 66 femmine con un rapporto M : F di 3,4 : 1. L'età media all'ingresso di questi pazienti è stata di 43,19 con un range fra i 17 e gli 82 anni. La durata della presa in carico è di 33,91 mesi di assistenza con un range fra 0 e 119 mesi. Le prestazioni erogate ai pazienti del gruppo GHB sono aumentate del 110% con un valore medio di 144,31 (1 – 1628). La densità prestazionale (numero prestazioni/mese) per i pazienti in carico da oltre tre mesi, è stata di 4,27 (0.52 – 32.95) superiori del 55% rispetto al gruppo non trattato;

2. **pazienti con DUA non trattati con sodio oxibato:** 1.061, di cui 839 maschi e 227 femmine con un rapporto M : F 3.6 : 1. L'età media all'ingresso era di 43,58 con un range fra i 15 e gli 81 anni. La durata della presa in carico è nettamente inferiore attestandosi su una media di 17,36 mesi con un range fra 0 e 117 mesi.

La Tabella 1 riporta i dati essenziali nei due gruppi di pazienti.

Tab. 1

	Pazienti con DUA totale	Non GHB	GHB
Pazienti Trattati	1.356	1.061	295
Rapporto M:F	3,6 : 1	3,6 : 1	3,4 : 1
Età Media	43,49	43,58	43,19
Mesi di Assistenza	20,84	17,36	33,91
Prestazioni Erogate	68,19	68,18	144,31
Prestazioni/mese	3,27	2,74	4,27

I due gruppi non differiscono per quanto riguarda l'età di accesso al servizio, il rapporto maschi/femmine.

Il Grafico 1 riporta la distribuzione di tutti i pazienti analizzati per fascia di età.

Il primo dato significativo che emerge è la maggior durata della presa in carico nei pazienti in terapia con SO, quasi tre anni, rispetto ai pazienti che non sono stati in trattamento con il farmaco (valore medio un anno e mezzo)

I dati in nostro possesso evidenziano che i pazienti che non hanno avuto una prescrizione di SO hanno una ritenzione in trattamento inferiore ai tre mesi nel 37% dei casi a fronte del 7.8% dei pazienti in trattamento con SO. I pazienti in terapia farmacologica nel 50% dei casi rimangono in trattamento per un periodo di quasi tre anni (Grafico 2). Tale dato raggiunge la significatività statistica (p-value è minore di 0.00001, significativo a $p < .01$, calcolato tramite test del chi-quadrato).

Riprendendo il concetto di patologia cronica è ampiamente documentato dalla letteratura scientifica che il trattamento prolungato e l'aderenza alla terapia siano fattori essenziali per il successo terapeutico (28, 29, 30, 31, 32).

Grafico 1

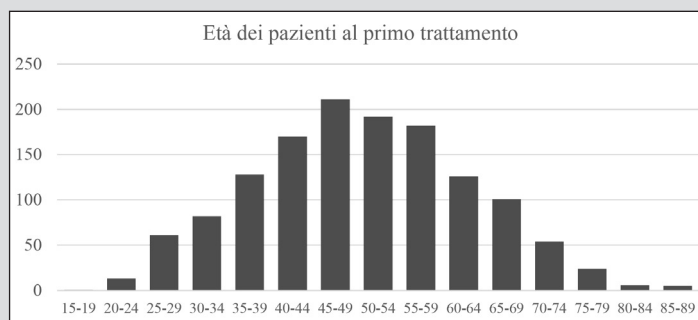
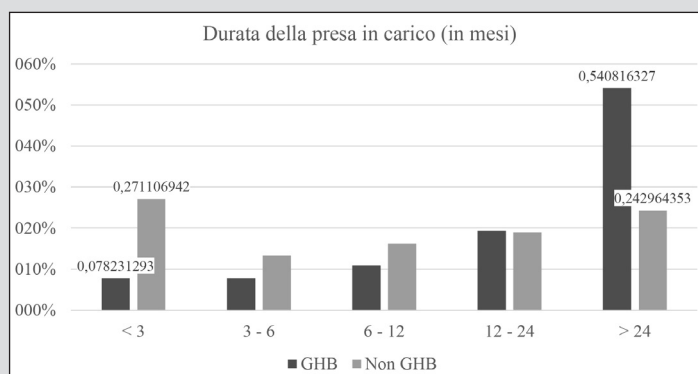


Grafico 2



Analisi dei trattamenti con SO

L'analisi è stata compiuta su 191 pazienti e non sui 295, inizialmente previsti, per l'incompletezza dei dati.

Ai 191 pazienti considerati sono state effettuate 1.791 prescrizioni di SO (media paziente di 9.37), con un dosaggio medio di 32,1 ml/die, minimo di 1 ml/die e massimo di 80 ml/die. Nella Tabella 2 sono riportati: il numero di pazienti, il numero di prescrizioni, il dosaggio medio delle prescrizioni, dosaggio minimo e dosaggio massimo.

Tab. 2

Numero di pazienti	191
Prescrizioni complessive	1.791
Dosaggio medio (ml/die)	32,1
Dosaggio minimo	1
Dosaggio massimo	80

Approfondendo l'analisi, nella Tabella 3 vengono riportate le percentuali di distribuzione delle prescrizioni in 4 classi prescrittive.

Il dosaggio prescritto, ovviamente, può variare nel tempo in relazione alle condizioni cliniche del paziente; è interessante notare come il 30% delle prescrizioni abbia un dosaggio superiore al teorico standard di riferimento. Possiamo identificare una distribuzione relativamente uguale

Tab. 3

Dosaggio prescritto	Numero di prescrizioni	Percentuale sul totale
< 30 ml/die	520	29,03%
30 ml/die	640	35,73%
30 ml/die - 50 ml/die	393	21,94%
> 50 ml/die	238	13,29%

fra inferiori alla norma (< 30 ml/die), standard (30 ml/die) e superiori alla norma (> 30 ml/die). Se il dosaggio inferiore può rappresentare una normale evoluzione di un trattamento in fase di riduzione, interessante è l'utilizzo di dosaggi superiori. Abbiamo provato a correlare la lunghezza del trattamento all'utilizzo di una delle 4 "categorie di dosaggio".

La tabella 4 correla la durata del trattamento alla classe di dosaggio; non è confrontabile con la precedente che è invece centrata sulle singole prescrizioni.

Il 50% dei pazienti ha un dosaggio standard di 30 ml/die ed una durata di quasi due anni (23,20 mesi). Il 45% dei pazienti si divide fra coloro che hanno un dosaggio inferiore ai 30 ml/die ed un dosaggio fra i 30 e i 50 ml/die e la lunghezza del trattamento è di circa 18 mesi.

Piccolissimo il gruppo con dosaggio superiore ai 50 ml/die e con una durata di trattamento di 47 mesi (4 anni).

Non è possibile fare correlazioni con numeri di grandezza troppo variabile e senza una miglior classificazione della gravità del quadro clinico definita almeno ai livelli di consumo a rischio secondo la classificazione OMS di rischio basso, medio, alto o molto alto (2).

Tab. 4

Dosaggio GHB	Pazienti	Percentuale sul totale	Durata dei trattamenti (mesi)
< 30 ml/die	45	23,56%	18,01
30 ml/die	101	52,88%	23,20
> 30 ml/die e <= 50 ml/die	41	21,47%	17,92
> 50 ml/die	4	2,09%	47,18

Aderenza al trattamento farmacologico

Uno degli elementi di rischio, troppo spesso richiamato, della terapia con SO riguarda il misuso. Nonostante l'opinione "comune" sia di un farmaco soggetto a misuso/diversione, i dati recuperabili in letteratura sono differenti: un database di farmacovigilanza di oltre 260.000 pazienti alcolodipendenti trattati con SO ha segnalato pochissimi effetti collaterali avversi e solo pochi casi di abuso (33) confermando la sicurezza del farmaco e relegando il fenomeno del misuso ad un esiguo numero di episodi collegati a pazienti con comorbidità psichiatrica o poli-dipendenza.

L'aderenza alla terapia rimane comunque un elemento rilevante da valutare perché incide in maniera significativa sull'efficacia dei trattamenti farmacologici (32); anche le principali linee guida delle società scientifiche che si occupano di altre patologie croniche (diabetologia, ipertensione etc) sottolineano l'importanza di una buona aderenza al trattamento (34,35).

Per calcolare l'aderenza alla terapia abbiamo utilizzato il software PoinT GEDI (CidiTech ©) utilizzato per la gestione della cartella clinica e per l'erogazione delle terapie farmacologiche con conseguente gestione del registro degli stupefacenti.

La metodologia ha previsto la valutazione di:

- numero di giornate con prescrizione attiva di GHB;
- numero di giornate in cui nonostante una prescrizione attiva il farmaco non è stato erogato;
- numero di giornate in cui la prescrizione presente ha avuto un'integrazione del dosaggio.

Nei dieci anni considerati sono state prescritte 128.771 giornate di terapie di cui 109.978 sono state erogate (85,41%) evidenziando un'ottima aderenza complessiva. A titolo di confronto è utile ricordare che le principali società dei cardiologi ospedalieri definiscono una buona aderenza al trattamento se il paziente assume più dell'80% della terapia prescritta (38).

Le giornate con integrazione del dosaggio sono state 1.444 pari all'1,12% di quelle prescritte. L'integrazione del dosaggio può avere diversi significati quali l'incremento dello stesso per motivi clinici, il "reintegro" di dosaggi "persi", l'errore informatico nella procedura di registrazione della dispensazione effettuata.

Se volessimo dare al dato esclusivamente un dis-valore (misuso/diversione), in ogni caso solo l'1,12 % delle giornate prescritte presenta un'integrazione, dimostrando come la gestione del trattamento da parte dei pazienti sia sostanzialmente corretta. I dati sono riportati nella Tabella 5.

Tab. 5

Giornate prescritte	128.771	
Giornate erogate	109.978	85,41%
Giornate con integrazione del dosaggio	1.444	1,12%

Riduzione del consumo di alcol

Ultimo elemento che abbiamo valutato riguarda l'evidenza di una riduzione del consumo di alcol.

Pur dovendo diminuire i numeri del campione, abbiamo voluto misurare le modificazioni del consumo sulla base di un indicatore obiettivo quale il valore di Etil-Glicuronil-Solfato (ETG) sulla matrice cheratinica.

Questa valutazione è stata effettuata solo nel gruppo di pazienti che presentavano il dato all'inizio e alla fine del trattamento o del periodo di osservazione.

Nella Tabella 6 sono riportati i dati.

Tab. 6

	Pazienti	Migliorati (% sul totale)	Stabili o peggiorati (% sul totale)	Riduzione media ETG nei “migliorati”
GHB	88	62 (70,45%)	26 (29,55%)	-56,01%
NON GHB	200	108 (54,00%)	92 (46,00%)	-61,97%

Il gruppo in trattamento con SO era costituito da 88 pazienti. 62 di questi, corrispondenti al 70,45% del campione, hanno avuto una riduzione dei valori di ETG nella matrice cheratinica (pg/mg) che in media si è attestata sul 56,01% del valore all'ingresso.

Il gruppo dei pazienti non trattati con GHB era costituito da 200 pazienti. 108 di questi, il 54% del campione, hanno avuto una riduzione del valore di ETG in media del 61,97% rispetto al valore di ingresso.

I nostri dati evidenziano come la percentuale di miglioramento complessivo ottenuto sia maggiore nel gruppo “trattati con GHB”: 70,45% di pazienti migliorati vs “non trattati con GHB”: 54% di pazienti migliorati.

Tale dato raggiunge la significatività statistica (p-value .008907, significativo a $p < .05$, calcolato tramite test del chi-quadrato).

I dati mostrano anche come la riduzione del valore di ETG sia percentualmente leggermente maggiore nel gruppo non trattato con GHB rispetto al gruppo trattato con GHB.

Questo potrebbe essere legato ad un bias di selezione del campione: per esempio è possibile che nel gruppo di pazienti non posti in trattamento con GHB, vi sia una percentuale significativa di pazienti con DUA “meno grave” anche rispetto al livello di rischio correlato al consumo (OMS), rispetto al gruppo dei pazienti trattati con GHB (30).

Conclusioni e discussione

Il SO, come farmaco anti-craving, è prescritto all'interno di un trattamento riabilitativo integrato, comprensivo di interventi psicosociali e trattamenti psicoterapeutici individuali e/o di gruppo, e il risultato nel medio/lungo termine si concretizza nel migliorare la ritenzione in trattamento, nel controllo del craving alcolico e nell'aumentare i giorni di astinenza completa dall'alcol (39, 40, 41). Il SO è attualmente il farmaco di più largo consumo in Italia e dagli studi clinici si evidenzia che circa l'80% dei soggetti trattati per dipendenza da alcol mantiene l'astinenza a 6 mesi di trattamento e, dopo la sua sospensione, circa la metà di questi pazienti risulta astinente dopo ulteriori 6 mesi (42).

Il punto di partenza di questo lavoro era verificare quanto il trattamento con SO protratto nel tempo potesse incidere su due aspetti essenziali: la ritenzione in trattamento e la riduzione dei consumi di alcol.

L'analisi retrospettiva dei casi Real Life che sono arrivati al trattamento nel corso degli ultimi 10 anni è stata condotta attraverso l'osservazione di casi non selezionati

prendendo l'universo dei pazienti con diagnosi di DUA al primo trattamento e senza ulteriori specificazioni. Il campione ovviamente è influenzato da una serie di fattori che nella valutazione di efficacia sono significativi: la gravità del disturbo in termini di numero di criteri positivi per il DSM, la tipologia di consumo (gravità OMS), la presenza di comorbidità e di polifarmacoterapie.

Alcuni recenti pubblicazioni (Guiraud *et al.* 30, 31) hanno per esempio evidenziato come il gruppo ad alta gravità fosse associato a dimensioni maggiori degli effetti del SO rispetto al gruppo a gravità lieve.

Lo studio di una popolazione in condizioni di “Real Life”, pur presentando criticità di natura scientifico-statistica, ha fornito dati preziosi per la valutazione di parametri fondamentali nel trattamento di una patologia cronica approfondendo tre aspetti cruciali:

- **ritenzione in trattamento:** la ritenzione in trattamento è nettamente superiore nel gruppo dei pazienti trattati con GHB ed è significativa (p-value è minore di 0.00001, significativo a $p < .01$, calcolato tramite test del chi-quadrato);
- **l'aderenza al trattamento** è ottimale avendo una copertura dell'85% rispetto alle prescrizioni effettuate superiore agli standard ritenuti significativi da altri specialisti nel trattamento di patologie croniche;
- **efficacia nella riduzione dei consumi di alcol** valutata con la ricerca di ETG sulla matrice cheratinica: il 70% dei pazienti del gruppo GHB risulta migliorato rispetto al 54% dei pazienti non GHB (significatività statistica). Tale dato raggiunge la significatività statistica (p-value .008907, significativo a $p < .05$, calcolato tramite test del chi-quadrato).

I dati raccolti sottolineano la necessità di un **cambiamento di paradigma** nell'approccio alla cura farmacologica del disturbo da uso di alcol.

Il farmaco non deve essere visto come una soluzione onnipotente, ma come uno strumento mirato che deve avere **obiettivi chiari e puntuali** e che devono essere soggetti a valutazione continua da parte del prescrittore.

Tollerabilità della terapia, aderenza al trattamento, riduzione del craving e riduzione del consumo di alcol sono gli obiettivi che dobbiamo aspettarci dalla prescrizione del farmaco.

Questo studio vuole rappresentare un passo avanti verso un modello di trattamento del disturbo da uso di alcol più centrato sulla “cura” a lungo termine, distaccandosi dall'approccio tradizionale basato sul concetto, discutibile, di “disintossicazione”. L'obiettivo è offrire terapie farmacologiche più adeguate, che si integrino in un percorso assistenziale completo e personalizzato.

Riferimenti bibliografici

1. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. Doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.
2. World Health Organization (WHO) (2000). *International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

3. National Institute of Alcohol and Alcoholism NIAAA. *The Cycle of Alcohol Addiction-2021* | The Cycle of Alcohol Addiction | National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA).
4. National Institute of Alcohol and Alcoholism NIAAA – *Understanding Alcohol Use Disorder* – 2020 Understanding Alcohol Use Disorder | National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA).
5. American Psychiatric Association (APA) (2023). *Alcohol Use Disorder*, novembre.
6. European Medicines Agency (2010). *Guideline on the development of medicinal product for the treatment of alcohol dependence*. EMA/CHMP/EWP/20097/2008.
7. Brunton L.L., Lazo J.S., Parker K.L. (2011). *Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics*. McGraw-Hill, 11th edition.
8. McLellan T. *et al.* (2000). Drug Dependence a chronic medical illness. Implications for treatment, insurance and outcome evaluation. *Jama*, October 4, 284(13): 1689-1695.
9. GU n. 295 del 16/12/1992 (decreto n. 950 del 12/12/1992).
10. GU n. 54 del 07/03/1994: *Riclassificazione in classe H*.
11. Supplemento ordinario n. 60 alla GU n. 300 del 28/12/2018 (determina AAM/PPA n. 1136/2018 del 04/12/2018): *revisione delle indicazioni terapeutiche*.
12. Esiti area vigilanza post marketing CTS del 11-12-13 gennaio 2023: Rinnovo a tempo indeterminato.
13. GU n. 25 del 31/01/2023 (determina AAM/PPA n. 39/2023 del 18/01/2023): *Introduzione del Il Risk Management Plan*.
14. Comunicazione AIFA del 09/05/2023: *approvazione del materiale educativo che prevede la possibilità di replica del protocollo di disintossicazione*.
15. Guiraud J., van den Brink W., *Sodium oxybate: A comprehensive review of efficacy and safety in the treatment of alcohol withdrawal syndrome and alcohol dependence* – in press.
16. Snead O.C., Gibson K.M. (2005). Gamma-hydroxybutyric acid. *New England Journal of Medicine*, 352: 2721-2732.
17. Cruz H.G., Ivanova T., Lunn M.L., Stoel M., Slesinger P.A., Lüscher C. (2004). Bi-directional effects of GABA(B) receptor agonists on the mesolimbic dopamine system. *Nat Neurosci.*, 7: 153-159.
18. Vickers M.D. (1969). Gammahydroxybutyric acid. *Int Anaesth Clin.*, 7: 75-89.
19. Mason P.E., Kerns W.P. (2002). Gamma hydroxybutyric acid (GHB) intoxication. *Acad Emerg Med.*, 9: 730-739.
20. Palatini P., Tedeschi L., Frison G., Padriani R., Zordan R., Orlando R., Gallimberti L., Gessa G.L., Ferrara S.D. (1993). Dose-dependent absorption and elimination of gamma-hydroxybutyric acid in healthy volunteers. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 45: 353-356.
21. Laborit H. (1964). Sodium 4-hydroxybutyrate. *Int J Neuropsychopharmacol.*, 32: 433-51.
22. Elliott S., Lowe P., & Symonds A. (2004). The possible influence of micro-organisms and putrefaction in the production of GHB in post-mortem biological fluid. *Forensic Sci Int.*, 139: 183-190.
23. Teter C.J., Guthrie S.K. (2001). A comprehensive review of MDMA and GHB. Two common club drugs. *Pharmacother.*, 21: 1486-1513.
24. Doherty J.D., Stout R.W., & Roth R.H. (1975). Metabolism of (1-14C) gamma hydroxybutyric acid by rat brain after intraventricular injection. *Biochem Pharmacol.*, 24: 469-474.
25. Heilig M. *et al.* (2010). Acute withdrawal, protracted abstinence and negative affect in alcoholism: are they linked?. *Addict Biol.*, Apr., 15(2): 169-84.
26. Caputo F. *et al.* (2020). The recognition and management of protracted alcohol withdrawal may improve and modulate the pharmacological treatment of alcohol use disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 1-5.
27. SAMHSA (2010). Substance Abuse Treatment. *ADVISORY*, July, 9(1).
28. NICE National Institute for Health and Care Excellence (2011). *Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful, drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence - Clinical Guidelines*, 23 febbraio -- www.nice.org.uk/guidance/cg115.
29. Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità. *Linee Guida Trattamento Del Disturbo Da Uso Di Alcol*, 30 novembre 2024.
30. 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, 00: 1-10. Doi: 10.1093/alcalc/agac070.
31. Guiraud J. *et al.* (2022). Sodium oxybate for the maintenance of abstinence in alcohol-dependent patients: An international, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Psychopharmacology*, 1-10.
32. Religioni U. *et al.* (2025). Enhancing Therapy Adherence: Impact on Clinical Outcomes, Healthcare Costs, and Patient Quality of Life. *Medicina*, 61, 153. Doi: 10.3390/medicina61010153.
33. Addolorato G. *et al.* (2019). Post-marketing and clinical safety experience with sodium oxybate for the treatment of alcohol withdrawal syndrome and maintenance of abstinence in alcohol-dependent subjects Expert Opinion on Drug Safety. Doi: 10.1080/14740338.2020.1709821.
34. NICE National Institute for Health and Care Excellence (2022). *Type 2 diabetes in adult: management* – guidelines 29 giugno.
35. Kreutz R. *et al.* (2024). European Society of Hypertension clinical practice guidelines for the management of arterial hypertension. *European Journal of Internal Medicine*, Doi: 10.1016/j.ejim.2024.05.033.
36. AA.VV. (2025). *Linee di indirizzo intersocietarie su diagnosi e cura del disturbo da uso di alcol*, 04.
37. van den Brink W. Efficacy and safety of sodium oxybate in alcohol-dependent patients with a very high drinking risk level. *Addiction Biology*, 23: 969-986. Doi: 10.1111/adb.12645.
38. AA.VV. (2016). Documento di consenso ANMCOGICR-IACPRISICI-GISE: La gestione clinica del paziente con cardiopatia ischemica cronica. *Giornale Italiano di Cardiologia - Organo ufficiale di Italian Federation of Cardiology e Società Italiana di Chirurgia Cardiaca*.
39. 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. (a cura di), *Modelli di intervento in alcologia. L'esperienza e le indicazioni operative condivise dagli operatori pubblici e privati in Lombardia* (pp. 98-105). Milano: FrancoAngeli.
40. Cibir M., Caputo F., Addolorato G., Bernardi M. (2013). Il gamma idrossibutirrato (GHB) nella ricerca e nella pratica clinica: efficacia e potenzialità d'abuso. *Mission*, 38: 40-46.
41. Maremmani I., Cibir M., Mosti A., Ceccanti M. (2010). GHB nella clinica dell'alcolismo: raccomandazioni e osservazioni. *Medicina delle Tossicodipendenze*, 67: 51-59.
42. Addolorato G., Leggio L., Ferrulli A., Cardone S., Bedogni G., Caputo F., Gasbarrini G., Landolfi R., Baclofen Study Group (2011). Dose-response effect of baclofen in reducing daily alcohol intake in alcohol dependence: secondary analysis of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Alcohol and Alcoholism*, 46: 312-317.

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

Elena Tamussi*

Introduzione

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

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

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

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

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

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

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

Presentazione del caso

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

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

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

Non altre patologie croniche note.

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

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

Riferiva inoltre uso sporadico di cannabis.

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

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

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

L'aspetto era curato.

Non vi erano segni di intossicazione acuta.

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

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

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

Non erano presenti segni di intossicazione acuta né compromissione neurologica.

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

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

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

Intervento terapeutico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Discussione

Il caso evidenzia differenze sostanziali tra raccomandazioni internazionali e italiane.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusioni

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

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

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

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

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

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

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

Riferimenti bibliografici

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

Paziente con disturbo duale: disturbo da uso di alcool, cocaina, cannabinoidi e disturbo depressivo. Strategie d'intervento e gestione farmacologica

Sabrina Palazzi*, Roberto Poli*

Anamnesi

Il paziente, di anni 30, su indicazione dello psichiatra con cui è in cura per disturbo dell'umore e disturbo d'ansia, è in carico al nostro Servizio per disturbo da uso di alcool, cocaina e cannabis da aprile 2024.

Capoturno in una industria, lavora con turni anche notturni da lui accolti favorevolmente, molto soddisfatto del lavoro e del ruolo ricoperto.

Vive in famiglia, presente ed accudente.

Conoscenza di alcool e sostanze dai 13 anni di età: cocaina per lo più interrotta due mesi prima della accoglienza, consumata in genere con alcool e cannabis; hashish più volte alla settimana, uso continuativo a tutt'oggi.

L'uso di alcool, inizialmente in modalità binge drinking in socialità, dai 17 anni è diventato la modalità "per alleggerire la vita attraverso liquori dolci, ma anche birre e aperitivi"; nel periodo della presa in carico assumeva giornalmente 1 litro di birra e occasionalmente 2 litri di Campari.

In anamnesi famigliare il padre, ora 57enne, ha avuto a 30 anni problemi di potus.

In anamnesi patologica remota pericardite a 17 e 21 anni, uveite e sclerite a 23 e 24 anni, Zoster ricorrenti.

Valutazione iniziale

Alla prima valutazione medica il paziente, accompagnato dalla mamma, ha tremori moderati ed ansia, è in terapia con venlafaxina 75 mg 1 volta al giorno, oxcabazepina 300 mg lcp la mattina 2 la sera, e clonazepam 30 gocce la sera.

Il paziente, consapevole del problema d'alcool, è da subito collaborativo, si mostra favorevole alla terapia proposta con sodio oxibato, cui (si anticipa) seguirà percorso psicoterapeutico.

Non si considera al momento l'uso di cocaina, riferito diminuito ed occasionale e che sembra essere indotto dal consumo di alcool; si esorta altresì ad un minor consumo di hashish, con poco accoglimento da parte del paziente che in esso sembra trovare la pace che non riesce ad avere in altro modo.

* Servizio Dipendenze, ASST Cremona.

Fasi dell'intervento

I Periodo di trattamento (9-30 aprile 2024): Sodio oxibato somministrato in dosaggio in base al BMI, 20 mL in 4 somministrazioni giornaliere, per 21 giorni, con diminuzione di clonazepam a 20 gocce die; si raggiunge l'astensione dal consumo di alcool, con negativizzazione ai tossicologici urinari sia per l'ETG che per la cocaina.

Prima del termine della terapia, si inizia terapia con acamprosato 333 mg compresse, dosaggio 2 + 1 + 2 cp.

Il paziente mantiene così l'astensione con anche l'introduzione del supporto psicoterapico individuale.

II Periodo di trattamento (maggio 2024), al fine di consolidare l'astensione, considerata la fragilità psicologica, resasi ancor più evidente durante i colloqui con lo psicologo, il paziente accetta di buon grado il ricovero di un mese presso una Clinica; pochi giorni prima dell'ammissione ha una ricaduta nel consumo di alcool motivata con l'ansia avvertita per il ricovero e al pensiero di dover definitivamente abbandonare il consumo alcolico.

Riprende per pochi giorni la terapia con sodio oxibato, a basso dosaggio 15 mL die in 3 somministrazioni per tre giorni, terapia che prosegue poi nella degenza, a dosaggio pieno.

In Clinica si mantiene per tutta la durata della degenza collaborante e motivato nel percorso; nei primi giorni si ha incremento della tensione psicomotoria, instabilità emotiva con labilità emotiva alternati ad altri giorni di disforizzazione, difficoltà nel riposo notturno.

Segue miglioramento del quadro, progressivamente, con rimaneggiamento della psicofarmacoterapia e della parallela partecipazione alle attività riabilitative.

Durante la degenza viene sospesa la terapia con benzodiazepine ed impostata terapia con olanzapina, con buona gestione dell'ansia somatopsichica ed un valido riposo notturno.

Il paziente ha partecipato con costanza alle attività riabilitative, che hanno incluso attività di gruppo e colloqui individuali.

Alla dimissione negava craving, motivato al rientro a domicilio e al mantenimento di uno stato di astinenza; si era evidenziato un rialzo degli enzimi epatici, vero-

similmente di origine iatrogena, l'olanzapina la più probabile causa.

Monitorati i valori degli enzimi epatici e dimezzato il dosaggio della olanzapina si ha il rientro dei valori nel giro di tre mesi.

III Periodo di trattamento (giugno-dicembre 2024): dalla dimissione dalla Clinica prosegue il percorso al SerD con colloqui individuali con lo psicologo, e assume acamprosato, si mantiene in astensione dall'alcool, ha occasionale assunzione di cocaina, di cannabinoidi a scopo autoterapico; craving lieve, superato impegnandosi in lavori.

Allorquando in analisi gli argomenti sembrano avere un calo viene proposta psicoterapia di gruppo, accettata favorevolmente e a cui partecipa con beneficio.

Ad agosto 2024, in concomitanza con la chiusura per ferie della Ditta in cui lavora, assume saltuariamente i farmaci e ha una isolata scivolata nel consumo di alcool, subito dichiarata e affrontata, senza proseguimento nel consumo.

IV Periodo di trattamento (gennaio-maggio 2025) ad inizio anno dichiarato uso di cocaina, è in cassa d'integrazione, il problema lavoro influisce sul suo stato psicofisico, mantiene comunque quasi totalmente l'astensione dal consumo di alcool; al controllo ematochimico, funzionalità epatica conservata, ammette un consumo sporadico senza eccedere.

V Periodo di trattamento (giugno 2025 - a tutt'oggi) la concomitanza di sospendere la frequentazione del gruppo, sospeso per esigenze interne al Servizio, la non disponibilità del farmaco acamprosato e il pensiero riguardante la precarietà del discorso lavoro, portano il paziente ad una instabilità emotiva, che, pur con il riprendere di una nuova attività gruppale, inizialmente con grande riscontro positivo sull'umore, portano alla ricaduta nel potus a settembre.

Si fa fronte alla ricaduta con la reintroduzione della terapia con sodio oxibato, 30 mL die, dosaggio aumentato per aumento del peso corporeo, intensificazione della partecipazione alla psicoterapia, negli ultimi tempi un po' trascurata, terapia psichiatrica venlafaxina 75 mg RP1 cp, oxcabazepina 600 mg x2, olanzapina 5 mg 1 cp; introdotto delorazepam 20 gtt x2, con decalage.

Il paziente ha subito reagito positivamente alla assunzione della terapia, mantenendo astensione dal potus e riferendo benessere psico-fisico, e sta frequentando il gruppo con rinnovato interesse.

Discussione del caso

Risulta evidente come nel caso in questione l'aspetto lavoro abbia un ruolo importante nel favorire le ri-

cadute, che comunque nella fattispecie sono prontamente affrontate dal paziente che risponde bene sia all'attività gruppale sia alla farmacoterapia, quella specifica per la SAA, con sodio oxibato, attuata con dosaggio frazionato in più somministrazioni, per una maggior copertura giornaliera considerato la breve emivita della molecola e combinando acamprosato precocemente, come studi suggeriscono essere una valida strategia per prevenire SAP.

Il primo periodo di astensione risulta essere durato 11 mesi, con una sola "ricaduta" nel consumo, non eccessivo e di un giorno.

Il disturbo da uso di cocaina sembra proprio risoltosi con l'astensione dal potus.

La riduzione di cannabis si evidenzia nei periodi nei quali il paziente ha maggiore tranquillità e ultimamente anche con la consapevolezza di voler mettere un punto a tutte le dipendenze. Fondamentale il supporto familiare

Conclusioni

L'approccio multidisciplinare risulta fondamentale nella gestione della dipendenza da alcool: l'aspetto farmacologico, sia specifico per la sostanza, sia per quanto riguarda la sfera psichica, deve integrarsi con l'attività psicoterapeutica individuale o di gruppo, ovviamente è di importanza fondamentale individuare le esigenze del paziente.

Riferimenti bibliografici

- Addolorato G., Cibin M., Caputo F. *et al.* (1998). Gamma-hydroxybutyric acid in the treatment of alcoholism: dosage fractioning utility i non-responder alcoholic patients. *Drug Alcohol Depend.*, 53(1): 7-10.
- Agabio R., Camposera A., Saulle R., Krupchanka D., Leggio L., Minozzi S. (2023). Combined pharmacological and psychosocial interventions for alcohol use disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* (3). Doi: 10.1002/14651858.CD015673.
- McCrady B.S., Flanagan J.C. (2021). The Role of the Family in Alcohol Use Disorder Recovery for Adults. *Alcohol Res.*, 41(1): 6. Doi: 10.35946/arcr.v41.1.06.
- McPheeters M., O'Connor E.A., Riley S. *et al.* (2023). *Pharmacotherapy for Adults With Alcohol Use Disorder in Outpatient Settings: Systematic Review.* Doi: 10.23970/AHRQEPCCER262.
- Patterson A., Vu M., Haardörfer R., Windle M., Berg C.J. (2020). Motives for Alcohol and Marijuana Use as Predictors of Use and Problem Use Among Young Adult College Students. *J Drug Issues*, 50(4): 359-377. Doi: 10.1177/0022042620917101.
- Rösner S., Hackl-Herrwerth A., Leucht S., Leher P., Vecchi S., Soyka M. (2010). Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane database Syst Rev.*, (9), CD004332. Doi: 10.1002/14651858.CD004332.pub2.

Case Report: Sodio Oxibato ad alto dosaggio

Paolo Donadoni*, Linda Daffini**, Marco Riglietta***

Trattamento cronico con sodio oxibato ad alto dosaggio

Il presente Case Report descrive la storia di trattamenti di un paziente con Disturbo da Uso di Alcol (DUA) grave preso in carico dai servizi per le dipendenze all'età di 35 anni.

R.O. è un paziente maschio, di 50 anni preso in carico per la prima volta dai servizi per le dipendenze nel 2010 all'età di 35 anni.

Storico delle diagnosi: dipendenza da alcol (2012), Reazione di adattamento con umore ansioso (2012), Bulimia (2013), Disturbo da uso di tabacco (2015), Disturbo da uso di alcol di grado grave (DSM 5 2019), altre polineuropatie specificate – ICD10 – (2020).

La storia delle prese in carico è la seguente:

- Dal 13/05/2010 al 01/06/2011.
- Dal 30/07/2012 al 10/11/2017: nel corso di questa fase sono stati attivati percorsi residenziali dal 02/02/2015 al 03/05/2015; dal 17/07/2015 al 19/08/2015; dal 20/10/2015 al 01/01/2016; dal 20/01/2016 al 19/04/2016; dal 06/06/2016 al 29/12/2016.
- Dal 26/03/2019 alla attualità.

Anamnesi familiare: padre vivente, 80 aa, pensionato con ipertrigliceridemia, ipercolesterolemia e dipendenza da alcol.

Madre vivente, 79 aa, pensionata, diabetica in terapia con ipoglicemizzanti orali.

Due sorelle di cui una sofferente di celiaca.

Gentilizio positivo per malattie ereditarie.

Anamnesi fisiologica: paziente nato a termine da parto eutocico. Sviluppo somatopsichico nella norma.

Ha svolto il servizio civile.

Scolarità magistrale e poi in seguito laureato in Lettere ad indirizzo artistico.

Lavora come insegnante di lettere e di storia dell'arte in un istituto superiore di un comune della provincia di Bergamo.

Non coniugato, non ha figli.

Vive attualmente in un appartamento nel comune di Bergamo acquistato negli scorsi anni.

Mai avuto problemi legali.

Anamnesi remota: ricorda i comuni esantemi dell'infanzia.

Tonsillectomia a 8 anni.

Infezione da HAV nel 2003 con successivo ricovero presso il reparto di Malattie Infettive OORR di Bergamo.

* Medico, Responsabile SS Ser.D. Carcere SC Dipendenze ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo.

** Medico Ser.D. Bergamo SC Dipendenze ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo.

*** Direttore medico SC Dipendenze ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo.

Episodio di fistola perineale a dicembre 2012, con successivo intervento chirurgico.

Nel 2013 episodio di recidiva con successivo altro intervento chirurgico.

Ricovero presso il reparto di riabilitazione del San Raffaele nel 2009, per disassuefazione da alcol a seguito del riconoscimento della dipendenza da alcol.

Diversi ricoveri, a seguito di episodi di delirium tremens, il primo nel 2009, il secondo a giugno del 2013 ed il terzo nel corso del primo semestre 2019.

Quest'ultima degenza, durata circa 40 giorni presso il reparto di Medicina Interna, a causa di un iniziale episodio di gastroenterite acuta ed importante iperpiressia, ha visto l'insorgere, ad una settimana di distanza circa dal ricovero, di una importante forma di polineuropatia bilaterale che lo ha costretto a muoversi per un lungo periodo con la sedia a rotelle.

Nel corso di questa degenza è avvenuta una consulenza del nostro Ser.D.: in tale occasione iniziata immediatamente la terapia con Sodio Oxibato al dosaggio di 30 ml al giorno (10 ml x 3 volte die) a causa del forte craving che il paziente manifestava.

Ha proseguito poi la cura da allora fino alla attualità.

Trasferito in seguito presso una casa di cura privata convenzionata è stato sottoposto a trattamento fisioterapico, con ripresa della deambulazione.

Il ricovero riabilitativo è durato circa 3 mesi.

Presso il reparto di fisiatria è stato curato con Gabapentin compresse da 75 mg 1 + 1 cp die e Tiapride compresse da 100 mg 1/2 + 1/2 cp die, Sodio Oxibato.

Gabapentin e Tiapride sono poi stati lentamente sospesi nei mesi successivi.

Anamnesi tossicologica: riferito il consumo di cannabinoidi in un'unica occasione a 16 anni.

Nel corso del mese di maggio del 2015, a seguito di un legame affettivo con persona affetta da disturbo da uso di oppiacei, ha sperimentato in alcune occasioni l'utilizzo di eroina, concluso dopo un ricovero di 6 giorni per un episodio di overdose dalla sostanza.

L'inizio del consumo di bevande alcoliche risale invece all'età di 22 anni.

Ha mantenuto l'assunzione di bevande alcoliche a bassa gradazione ed in modalità "sociale" fino all'età di 25 anni, quando, in conseguenza della conclusione di un importante legame affettivo, per sanare la situazione di depressione successivamente verificatasi, ha incrementato il consumo alcolico, anche con l'inizio dell'utilizzo di superalcolici.

La situazione ha comportato problemi lavorativi, numerosi debiti, sia con le banche, che con finanziarie ed addirittura con la scuola presso la quale lavorava.

Numerose sono poi state le assenze per malattie che hanno messo a rischio l'attività di insegnante. Ha avuto la fortuna di trovare una dirigente scolastica che lo ha sempre supportato, evitando in tal modo il licenziamento.

Il paziente ha assunto la prima volta la cura con Sodio Oxibato in data 05/10/2015, presso altro Ser.D. al dosaggio di 30

ml die (10 ml x 3 volte al giorno) finalizzato inizialmente al controllo della sintomatologia astinenziale prima dell'ingresso in comunità.

La cura è poi proseguita, presso tale servizio, con periodi di compliance più marcata nei confronti della terapia prescritta, alternati ad altri invece caratterizzati da scarsa compliance al trattamento.

Presso il nostro SerD ha ripreso la terapia con Sodio Oribato dal 03/04/2019, al dosaggio di 30 ml die (10 + 10 + 10 ml die) e affidamento settimanale del farmaco, a partire dal 24/04/2019.

Il 02/07/2019 il farmaco è stato portato a 40 ml die (10 ml per 4 volte al giorno).

Visto il perdurare del consumo alcolico in quantitativi importanti e soprattutto incontrollati, confermato anche dai periodici controlli tossicologici urinari, sistematicamente positivi, e a seguito di espressa richiesta del paziente, il quale riconosceva comunque un effetto benefico della terapia, ritenuta comunque insufficiente come dosaggio, è stato impostato un progressivo incremento del quantitativo della terapia a base di Sodio Oribato.

Raggiunti i 50 ml die (10 ml x 5 volte al giorno) in data 14/10/2019, il dosaggio è stato aumentato a 70 ml die (10 ml x 7 volte al giorno) il 05/06/2020; per le ripetute richieste di ripristino del quantitativo di farmaco, a causa di assunzioni maggiorate della terapia in possesso del paziente, in data 29/09/2020, il quantitativo di terapia è stato portato ai definitivi 80 ml die (10 ml x 8 volte al giorno).

Con tale dosaggio il paziente ha riferito il raggiungimento di un compenso ottimale che ha permesso al sig. R.O. il raggiungimento della *condizione di remissione dal consumo di alcol*, situazione che permane fino alla attualità.

Il quantitativo di farmaco è rimasto stabile a tale dosaggio, con solo un paio di episodi di reintegro nelle prime settimane, fino al 02/01/2023, quando è iniziata una lenta riduzione dei quantitativi di farmaco (in tale giornata, portato a 70 ml die). Ma, nel frattempo, il paziente, oltre a dimostrare una compliance impeccabile nella assunzione e nel ritiro della terapia consegnata in affidamento, senza più richieste di reintegro e con controlli tossicologici urinari costantemente negativi alla ricerca di ETg, aveva anche ricominciato a lavorare come insegnante senza più assenze, riallacciato i rapporti con la famiglia di origine, in particolare l'anziana madre, e, seppur in maniera meno significativa, anche con le due sorelle.

Aveva inoltre acquistato una piccola abitazione vicino al centro di Bergamo, con contestuale accensione di un mutuo bancario; e programmato l'iscrizione alla scuola guida per riottenere la patente, nel frattempo scaduta dopo un fermo in stato di ebbrezza alcolica risalente a molti anni prima.

Anche l'affidamento del farmaco, inizialmente solo settimanale, è stato in seguito portato a due settimane, sempre in considerazione della ottimale compliance alla terapia.

Il 14/08/2023 è stato effettuato un ulteriore step in riduzione del quantitativo di farmaco giornaliero (60 ml/die).

Il 02/03/2024 il quantitativo di farmaco è stato nuovamente aggiustato al dosaggio di 50 ml die, ed il 14/09/2024 si è raggiunto il dosaggio di 40 ml/die.

Il 05/04/2025 si è concordata con il paziente una ulteriore riduzione a 30 ml/die, quantitativo di terapia assunto fino ad oggi.

I controlli tossicologici sono naturalmente sempre rimasti negativi alla ricerca di ETg urinario.

Conclusioni

Il case report del sig. R.O. lungi dal voler portare considerazioni definitive e generalizzate circa la terapia del Disturbo da uso di alcol che necessita di interventi multidisciplinari spesso anche molto articolati, può però condurre ad esprimere alcune considerazioni.

Innanzitutto per quanto riguarda la durata della terapia.

La letteratura ha sempre affermato che le terapie farmacologiche per la cura della dipendenza danno i frutti migliori se condotte per lunghissimo tempo.

In questo caso è avvenuto proprio questo: la terapia sta infatti proseguendo continuativamente dal mese di aprile 2019, anche se la vera svolta, in termini di successo terapeutico, inteso come remissione del comportamento additivo, è avvenuta con il passaggio a quantitativi elevati di farmaco (altro aspetto di fondamentale importanza nelle cure di tipo agonista), ben oltre la dose consigliata di 50 mg/kg/die suddivise in tre somministrazioni, come consigliato nella scheda tecnica del Sodio Oribato. Nel caso del paziente, con la somministrazione protratta per un lungo periodo ad un quantitativo di 80 ml/die, calcolando gli 99 kg di peso dell'epoca, la dose era giunta a circa 142 mg/kg/die suddivisa in ben 8 somministrazioni giornaliere.

La letteratura sottolinea l'importanza della cura frazionata in molte assunzioni nel corso delle ore diurne.

La seconda considerazione che si può fare è che gran parte del merito di questo intervento è da ascrivere al paziente stesso, che ha cercato continuamente di convincerci che la terapia aveva sì efficacia, ma che avrebbe potuto essere realmente utile per raggiungere il gold standard che tutti noi ci poniamo come obiettivo ultimo della terapia dei nostri pazienti, cioè il raggiungimento della condizione di remissione protratta, a condizione di continuare ad incrementarne i quantitativi, anche a costo di raggiungere livelli molto elevati, come poi è stato.

In ultimo sottolineiamo l'attuale qualità di vita del paziente, impensabile se solo lo si immagina sulla sedia a rotelle al momento della visita di consulenza chiesta nel 2019 dai colleghi del reparto di Medicina Interna.

Sapere che oggi, grazie alla remissione del suo comportamento additivo, egli insegna senza più periodi prolungati di malattia, entusiasta di trasmettere la passione per la storia dell'arte ai suoi studenti, accompagnandoli anche nelle gite scolastiche e proponendosi come insegnante, interno e/o esterno, agli esami di maturità, crediamo sia la soddisfazione maggiore per un clinico.

Riferimenti bibliografici

- Caputo F., Skala K., Walter H., Ceccanti M., Djurkowski M., Filipecka E., Florkowski A., Gerra G., Holzbach R., Horodnicki J., Platz W., Spazzapan B., Zblowska H., Bernardi M., Cacciaglia R., Vivet P., Lesch O.M., Addolorato G. (2013). Sodium oxibate in the prevention of alcohol relapses in alcohol dependent patients (GATE 2 Study). *Alcohol and Alcoholism*, 48: S1-i33.
- Keating G.M. (2014). Sodium oxybate: A review of its use in alcohol withdrawal syndrome and in the maintenance of abstinence in alcohol dependence. *Clinical Drug Investigation*, 34: 63-80.
- Manzato E., Nava F. A., Borroni G., Bosticco E., Bravin S., Fertonani Affini G., Gasparri G., Richini M., Thoux M., Torriani M., Lucchini A. (May 2017). L'efficacia, la sicurezza e la maneggevolezza del sodio-oxibato: i risultati dello studio GUM (GHB-Use and Misuse). *Mission*.

Il vecchio *Gin Craze* e le giovani donne

Anna Paola Lacatena*

In Inghilterra, almeno fino alla fine del XVII secolo, si beveva quasi esclusivamente brandy francese.

Successivamente, le tensioni tra gli inglesi e i transalpini, hanno indotto il Parlamento d'oltremania a promulgare una serie di leggi atte a circoscrivere la produzione di distillati al proprio territorio nazionale.

L'unica eccezione era rappresentata – in ragione di un accordo tra la regina Anna Stuart e suo cugino Guglielmo d'Orange, re d'Olanda – dal *Jenever*, anche detto *Dutch Courage* (coraggio olandese), distillato di frumento od orzo, al gusto di ginepro, dal quale si è evoluto il gin.

Quest'ultimo o qualcosa di molto simile, comunque di pessima qualità e infima adulterazione, comincia a diffondersi intorno al 1688.

Pubblicizzato dalla stessa monarchia inglese, a seguito del crollo dei prezzi di altri alimenti, la classe operaia mette da parte la birra per qualcosa di almeno dieci volte più forte.

Tanto basta per dire che nel giro di pochi anni la Gran Bretagna tutta si è ritrovata a fare i conti con un alcolismo socio-economicamente trasversale che l'ha condotta nel decennio 1723-1733 a registrare una mortalità superiore alla natalità e con una violenza dilagante dentro e fuori le mura domestiche.

Nel 1736 le autorità inglesi hanno emanato il più famoso Gin Act – in tutto tra il 1729 e il 1751 sono stati otto – con l'imposizione di pesanti balzelli sulla vendita dei distillati.

Immediata e diretta conseguenza sono stati l'implementazione della produzione e del commercio clandestino che, nel frattempo, si era arricchito di sempre nuove etichette – tra le più conosciute il *Cuckold's Comfort*, ossia la *Consolazione del cornuto* e il *Mother's Ruin*, ossia la *Rovina della madre*.

I ceti meno abbienti non avevano mai accolto la cultura del caffè e del tè più familiari alla borghesia del tempo, alimentando per contro il fenomeno ribattezzato *Gin Craze* (*Mania del Gin*) che causò la morte di migliaia di persone per abuso di gin.

L'etica protestante e lo spirito del capitalismo (1904), per citare la principale opera del sociologo ed economista tedesco Max Weber, avevano indotto alla razionale morigeratezza, finalizzata alla massima resa lavorativa, solo alcune frange della società.

Per la classe operaia, esclusa dai benefici e dai vantaggi reali dell'industrializzazione, non restava che stordirsi di alcol, cercando (e trovando) prodotti sempre più concentrati e potenti.

Solo nel 1751, e dopo una netta impennata di episodi di violenze domestiche e non – sono state circa 9.000 le morti di bambini causate da intossicazione da alcol – si arrivò ad un vero e proprio disciplinare per la produzione che, elevando il prezzo, qualità e fama, ha portato il gin ad attestarsi,

sino ad oggi, tra i distillati più venduti oltre ad essere presente in molti dei cocktail più famosi e consumati al mondo (Gin Tonic, il Martini, il Negroni, il Tom Collins, il Gin Fizz, il Gimlet e il French 75, ecc.), raccogliendo ampie simpatie soprattutto tra le consumatrici donne.

L'irresistibile desiderio di un cocktail

Nonostante in Italia l'aperitivo si sia diffuso con l'immissione sul mercato del vermut, un vino bianco mescolato a spezie ed erbe inventato nel 1786 a Torino da Antonio Benedetto Carpano e il primo a scrivere di cocktail, nell'accezione più moderna del termine, sia stato, qualche anno dopo, il quotidiano *Morning Post and Gazetteer* di Londra (1798), solo tra la fine dell'Ottocento e i primi anni venti, si fa largo, a cominciare dalla società inglese e in particolare tra le donne, l'intrattenimento informale a base di bevande e cibi leggeri, finalmente fuori dallo schematismo moralistico e rigido dell'età vittoriana.

Nel 1897 l'azienda statunitense di cibo e bevande Heublein's si rivolge direttamente alle donne nel presentare i suoi alcolici: «Nel passato gli uomini erano gli unici privilegiati a poter prendere parte alla più raffinata bevanda americana, il cocktail. Con l'introduzione dei Club Cocktail è ora possibile per il gentil sesso soddisfare la curiosità verso il miscuglio di cui si è tanto detto e che finora non aveva potuto assaggiare».

Neppure il *Proibizionismo* americano ha limitato il consumo di alcol al femminile, con le *flapper* – termine accostato allo sbatter d'ali degli uccellini, per intendere adolescenti che diventano giovani donne emancipate e lavoratrici – celebrate dal cartoon *Betty Boop*.

Bevono negli *Speakeasy* oppure se lo producono a casa propria, comunque il mercato dei distillati non si ferma.

Se la maggior parte delle donne statunitensi, in quegli anni aderisce e promuove movimenti tesi a contrastare la dilagante piaga dell'alcolismo, soprattutto maschile, Vogue nel 1930 scrive: «Le donne davvero sveglie sono contrarie al proibizionismo. Tutte hanno in comune una certa libertà di pensiero, è questo il tipo di donna che si è data da fare per il diritto di voto. Durante la guerra guidavano ambulanze il più vicino possibile al fronte. Sono atletiche. Sono state le prime a bere cocktail. Hanno in sé le qualità mentali e i modi di fare che le rende leader» (1).

Dall'alcolismo della società industrializzata inglese alla pratica del *binge drinking* della più attuale società della de-industrializzazione, passando dal *Proibizionismo* e dalle compagnie di moralizzazione, il mercato dell'alcol non ha mai davvero registrato importanti battute d'arresto, con un trend crescente, in maniera lenta ma persistente, a proposito dell'universo femminile.

Ogni drink racconta un proprio modo di stare al mondo, una visione dello stesso.

* Sociologa, Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL Taranto. Componente Comitato Scientifico SITD.

Oggi, è certamente più difficile vedere una donna con un Whisky Sour, più comune scorgerne moltitudini con uno Spritz – mix rinfrescante di vino bianco, Aperol, soda e una fetta d’arancia – o un Cosmopolitan, reso celebre da Carrie Bradshaw interprete principale della Serie TV *Sex and the City* o ancora con gli iconici Tommy’s Margarita o Gin Tonic, con un rinfrescante Sex on the Beach, un elegante French 75, un esotico Mai Tai, uno zuccherino Mimosa, un leggero e olfattivo cocktail Hugo, ecc.

Le più giovani spesso preferiscono i cocktail a base di gin o di vodka perché sono più facili da bere, ubriacano, mascherando meglio il sapore dell’alcol.

In un panorama in cui le donne, in particolare quelle tra i 18 e i 25 anni, stanno superando i coetanei maschi nel *binge drinking*, questi due prodotti continuano a farla da padroni, grazie anche alla facilità di miscelazione.

Nell’ultimo decennio, tra quanti (uomini e donne) appartengono alla cosiddetta Generazione Z – nati tra la fine degli anni novanta e il primo decennio del duemila – va ricordato, poi, il crescente consumo di rum, tequila e mezcal.

I *Centennials* bevono meno dei Millennial sia in termini di frequenza che di quantità anche perché, prima generazione di nativi digitali, sperimentano modalità di socializzazione differenti.

Il desiderio di creare momenti di condivisione, con degustazioni più lente in puro o abbinate a bevande analcoliche, ben si presta allo scenario tratteggiabile dal rum.

La presenza anche solo di immagini legate a questo prodotto all’interno dei locali va letta, poi, come una strategia di sensibilizzazione proprio verso le giovani e i giovani consumatori.

Il mercato italiano degli alcolici dovrebbe aumentare da 3,39 miliardi di euro nel 2023 a 3,52 miliardi di euro nel 2028, con una crescita complessiva del 3,8% in cinque anni, con un tasso annuo di crescita composto (CAGR) del 0,80%, lo stesso del mercato Europeo.

Negli ultimi anni, il fatturato delle aziende operanti nella distillazione, rettifica e miscelatura degli alcolici è cresciuto del 26%, con un valore nazionale della produzione venduta, aumentato del 50% (2).

Se queste possono dirsi buone notizie per chi produce e per il Prodotto Interno Lordo, rispetto a chi consuma sarebbe necessaria più attenzione e più informazione specificatamente orientata al genere.

Donne e alcol

(si *sconsiglia* la lettura del prossimo paragrafo alle donne che vogliono continuare a bere senza ripensamenti)

Le donne hanno una massa corporea inferiore rispetto agli uomini, una concentrazione minore di acqua corporea e una più ridotta capacità di metabolizzare l’alcol a parità di consumo, determinando quindi un livello di alcol nel sangue più elevato (3, 4).

Studi vari hanno dimostrato come per l’universo femminile – specificatamente nella fascia di età 20-40 anni – appaia più ridotta la capacità di metabolizzare l’alcol da parte

dell’enzima ADH (deidrogenasi), situato nel tratto gastrointestinale.

L’ADH epatica è influenzata dai principali ormoni femminili (estrogeni e progesterone) rendendo, dunque, la donna stessa più sensibile agli effetti dell’alcol soprattutto in alcuni specifici momenti nell’arco del mese e della vita (adolescenza, menopausa).

Nella fase premestruale e in quella dell’ovulazione la concentrazione ematica di alcol (BAC: *Blood Alcohol Concentration*) è più alta, producendo effetti più rapidi e più facilmente percepibili.

Non dovrebbe meravigliare, di conseguenza, come i sintomi premestruali e quelli del periodo della menopausa possano esserne attenuati, attraverso una più o meno inconsapevole assunzione in chiave, però, impropriamente *terapeutica*.

Non è più così tardivo, come in passato, l’inizio del bere delle donne rispetto a quello degli uomini, non è più così modesto il quantitativo consumato, è altresì piuttosto pericolosa la modalità di assunzione così come la rapidità dell’instaurarsi della dipendenza patologica e l’ampio spettro delle possibili conseguenze alcol-correlate in termini di salute fisica, mentale e sociale (5, 6, 7).

A tal proposito, l’Organizzazione Mondiale della Sanità e, in Italia, la Fondazione Veronesi, rimarcano un rischio per la salute della donna più significativo in termini di malattie oncologiche e di problematiche cardiovascolari, soprattutto – ma non solo – se si fa riferimento alle *abbuffate* e al *binge drinking*.

In Italia nel 2023, il 57,6% delle femmine di età superiore a 11 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell’anno, per un totale di quasi 16.000.000 persone, il 9,2% ha consumato alcol in modalità a rischio per la loro salute, pari ad oltre 2.500.000 persone.

La prevalenza delle *binge drinker* è aumentata rispetto al 2013, e in particolare le donne che hanno praticato il *binge drinking* sono aumentate del 21,6% nel corso dell’ultimo anno.

Le bevande maggiormente consumate dalle minorenni (11-17 anni) e dalle donne tra i 18 e i 49 anni nel 2023 sono stati gli aperitivi alcolici, seguiti per le prime dalla birra e per le seconde dal vino.

Quest’ultimo è particolarmente presente tra le preferenze delle donne ultracinquantenni e tra le ultrasessantenni (nell’ordine vino, birra e aperitivi alcolici) (8).

L’*International Agency for Research on Cancer* (IARC) stima in oltre 3.200 i nuovi casi di cancro al seno tra le donne in Italia, di cui 1.400 (cioè il 45%) causati da quantità inferiori ai 20 grammi di alcol al giorno. Situazione che peggiora lì dove c’è un concomitante uso di alcol e fumo di sigaretta.

Fabio Beatrice, direttore del Board scientifico *Medical Observatory on Harm Reduction* (MOHRE) nel corso di una conferenza stampa promossa a Roma, in collaborazione con l’Intergruppo Parlamentare sugli Stili di Vita e Riduzione del Rischio nel mese di maggio 2025, ha dichiarato che l’accoppiata fumo e alcol: «aumenta il rischio di ammalarsi di tumori della testa e del collo e dell’esofago. In più l’uso combinato rafforza la dipendenza dalle due sostanze. Il tumore della bocca rappresenta il rischio più allarmante».

te: i fumatori hanno una probabilità sei volte maggiore di svilupparlo rispetto a chi non fuma, pericolo analogo per chi consuma regolarmente alcolici, ma quando il consumo è combinato, il rischio aumenta di 35 volte».

Negli ultimi dieci anni è stato osservato un incremento generale dell'incidenza di tumori aggressivi tra i giovani - *tumori a insorgenza precoce* - con una disparità di genere a svantaggio delle donne, segnatamente per quelli al polmone, alla vescica e alla mammella.

Conclusioni

Per quanto l'immagine della donna con un bicchiere tra le mani possa riportare all'immaginario glamour della testa coronata che si concede un Gin Tonic a pranzo o alle immagini di icone hollywoodiane con una coppa di Kir Royal o un White Russian, il bere attuale tra le donne, e in special modo tra le più giovani ha davvero solo l'apparenza dello charme.

Per quanto i prodotti alcolici siano sempre più abbinati alle *celebrities* della musica, del cinema, della moda, del mondo online, all'insegna della *Premiumizzazione* - tendenza in cui le aziende incoraggiano i clienti ad acquistare versioni più costose e di alto livello dei loro prodotti e servizi - lo stile di vita di chi promuove non è, e con buona probabilità per i più non sarà, quello di chi quello stesso prodotto lo assume.

Il mercato dell'alcol prospera tanto in tempi di benessere quanto di recessione, ma quello a cui si assiste, soprattutto in versione femminile, è sempre più un utilizzo ambiguo.

Da una parte alleviare disagi psico-sociali ed esistenziali, calati in contesti socio-economici problematici o dove l'istruzione è più elevata così come il reddito, dall'altra il bere come mezzo per crederci un Io davvero aderente a se stesso, integro e compatto o comunque liberatorio rispetto al vuoto di Sé.

Appartiene alle donne una maggiore vulnerabilità genetica all'ansia e alla depressione e, dunque, l'alcol, con le sue proprietà ansiolitiche ed euforizzanti, si presta a strumento di illusoria e trasversale consolazione.

Donne giovanissime e donne adulte esposte all'uso problematico e alla dipendenza per differenti ma analoghe vulnerabilità.

Donne che vorrebbero dare di sé un'idea di emancipazione e autonomia e donne che autonome e emancipate lo sono, facendo fatica però, a reggere lo stress della pressante richie-

sta di conciliare vecchi e nuovi ruoli, disegnati e ridisegnati da una costruzione sociale ancora ben radicata nel passato. Dalle pressioni al bere di tutta una società in cui la donna non sembra aver portato a termine le sue battaglie e di tutta una comunicazione mirata a sostenerla illusoriamente nelle stesse, si rendono necessarie nuove sensibilità alla questione alcol e genere femminile, a cominciare dai decisori politici e dai media magari partendo dal rispetto dei divieti e delle restrizioni su pubblicità, sponsorizzazioni e promozione delle bevande alcoliche. L'alternativa al bere non è affogare. Bere è già affogare.

Riferimenti bibliografici

1. Fonte: <https://www.ilpost.it/2017/07/16/cocktail-party-storia/>.
2. Fonte: <https://www.businesscoot.com/it/studio-di-mercato/il-mercato-dei-distillati-italia>.
3. Natella F., Canali R., Galluzzo L., Gandin C., Ghirini S., Ghiselli A., La Vecchia C., Pelucchi C., Peparaio M., Poli A., Ranaldi G., Roselli M., Scafato E., Ticca M. (2018). Capitolo 9: Bevande alcoliche. In: *Linee guida per una sana alimentazione. Dossier scientifico* (pp. 1015-122). Roma: Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione, 2020.
4. Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione (2018). *Linee guida per una sana alimentazione*. Roma: CREA, 2020. -- Disponibile all'indirizzo: https://www.crea.gov.it/en/web/alimenti-e-nutrizione/dettaglio-servizio/asset_publisher/F0XeJNWBgoFK/content/crea-presenta-le-nuove-linee-guida-per-una-sana-alimentazione/20126; ultima consultazione 30.01.2025.
5. Randall C.L., Roberts J.S., Del Boca F.K. *et al.* (1999). Telescoping of landmark events associated with drinking: a gender comparison. *Journal of Studies on Alcohol*, 60: 252-260.
6. Piazza N.J., Vrbka J.L., Yeager R.D. (1989). Telescoping of alcoholism in women alcoholics. *The International Journal of the Addictions*, 24: 19-28.
7. Hernandez-Avila C.A., Rounsaville B.J., Kranzler H.R. (2004). Opioid, cannabis and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 74: 265-272.
8. Rapporto ISTISAN 25/5 *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 del Piano Nazionale di Prevenzione*. Rapporto 2025, -- consultabile al sito: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2025/ISTISAN%202025%20MONITORAGGIO%20EPIDEMIOLOGICO.pdf>.

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



® 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

Troppo complessi da trattare? Un appello per programmi residenziali informati sull'ADHD in Italia

Lorenzo Zamboni*

Riassunto

■ Nonostante l'ampia documentazione sulla comorbidità tra disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) e disturbi da uso di sostanze (DUS), il sistema italiano per il trattamento delle dipendenze resta inadeguato nel supportare i soggetti affetti da questa doppia diagnosi. Le comunità terapeutiche – ancora oggi pilastro dell'assistenza residenziale alle dipendenze in Italia – si basano tipicamente su modelli comportamentali rigidi, approcci centrati sull'astinenza e routine di gruppo fortemente regolate. Queste caratteristiche strutturali risultano spesso incongruenti con i profili cognitivi, emotivi e comportamentali dei soggetti con ADHD, portando a esclusioni già in fase di accesso o ad abbandoni precoci del trattamento.

Questo commentary mette in luce un punto cieco, tanto strutturale quanto culturale, nel sistema italiano, dove l'ADHD è ancora sottodiagnosticato nella popolazione adulta con DUS e spesso frainteso come mera oppositività comportamentale. Sebbene alcuni servizi territoriali per le dipendenze (SerD) abbiano recentemente introdotto protocolli di screening tramite strumenti come l'Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS), la maggior parte dei programmi residenziali resta impreparata ad accogliere i bisogni specifici legati all'ADHD.

L'esclusione dei pazienti con doppia diagnosi ADHD-DUS dalle comunità terapeutiche rappresenta un vuoto sistemico nell'assistenza, che compromette sia l'efficacia del trattamento sia il principio di equità. Il presente contributo invoca un cambiamento multilivello: riconoscimento clinico dell'ADHD nei contesti delle dipendenze, adattamenti strutturali nelle comunità terapeutiche, e incentivi politici per promuovere percorsi di cura inclusivi ed evidence-based.

Integrare approcci sensibili all'ADHD nei modelli esistenti non è più un'opzione – è un imperativo clinico ed etico. Colmare questo divario migliorerebbe non solo gli esiti del trattamento, ma anche la tutela del diritto alla cura per una popolazione colpita in modo sproporzionato da comorbidità e stigma. ■

Parole chiave: ADHD, Recovery, Comunità terapeutica, Dipendenze.

Summary

■ Despite extensive documentation of the comorbidity between attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use disorders (SUDs), the Italian addiction treatment system remain inadequate in supporting individuals with this dual diagnosis. Therapeutic communities – still the cornerstone of residential addiction care in Italy – are typically based on rigid behavioral models, abstinence-focused approaches, and highly regulated group routines. These structural characteristics are often inconsistent with the cognitive, emotional, and behavioral profiles of individuals with ADHD, leading to exclusions during the initial access phase or early abandonment of treatment.

This commentary highlights a blind spot, both structural and cultural, in the Italian system, where ADHD is still underdiagnosed in the adult population with DUS and often misunderstood as mere behavioral opposition. Although some addiction services (SerD) have recently introduced screening protocols using tools such as the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS), most residential programs remain unprepared to address the specific needs of ADHD.

The exclusion of patients with dual ADHD-DUS from therapeutic communities represents a systemic gap in care, which compromises both treatment effectiveness and the principle of equity.

This contribute calls for multilevel change: clinical recognition of ADHD in addiction settings, structural adaptations in therapeutic communities, and political incentives to promote inclusive and evidence-based care pathways.

Integrating ADHD-sensitive approaches into existing models is no longer an option – it is a clinical and ethical imperative. Closing this gap would improve not only treatment outcomes, but also the protection of the right to care for a population disproportionately affected by comorbidity and stigma. ■

Keywords: ADHD, Recovery, Therapeutic Community, Addictions.

Articolo ricevuto: 19/06/2025, **accettato:** 02/09/2025

* Medicina delle Dipendenze, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona.

1. Introduzione

La co-presenza tra disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) e disturbo da uso di sostanze (DUS) è ben documentata nella letteratura internazionale, con tassi di prevalenza nella popolazione con DUS che variano tra il 23% e il 50% (van Emmerik-van Oortmerssen *et al.*, 2012; Crunelle *et al.*, 2018). Gli adulti con doppia diagnosi ADHD-DUS presentano frequentemente un esordio precoce del consumo di sostanze, tassi elevati di dipendenza da più sostanze, comorbidità psichiatriche aumentate e un funzionamento sociale compromesso (Crunelle *et al.*, 2018; Wilens & Morrison, 2011). L'impulsività e i deficit esecutivi tipici dell'ADHD aggravano spesso i comportamenti a rischio e riducono la capacità di pianificazione e aderenza al trattamento. Inoltre, l'interazione tra sintomi dell'ADHD e comportamenti di dipendenza può essere reciprocamente rinforzante, generando quadri clinici cronici e resistenti al trattamento (Faraone *et al.*, 2006).

Nonostante questa relazione ben consolidata, il sistema italiano di cura delle dipendenze continua a non disporre di strutture adeguate per rispondere ai bisogni dei soggetti con ADHD e DUS. In particolare, le comunità terapeutiche – colonna portante dell'assistenza residenziale – sono strutturalmente e culturalmente impreparate alla gestione dei disturbi del neurosviluppo. Questi contesti operano generalmente secondo rigide regole comportamentali, routine gerarchiche e modelli centrati quasi esclusivamente sull'astinenza e sul trattamento di comorbidità psichiatriche. Tale rigidità può risultare inconciliabile con i profili cognitivi e comportamentali di persone con ADHD, che spesso incontrano difficoltà nel rispetto delle regole, nella regolazione emotiva e nella partecipazione continuativa a contesti di gruppo strutturati.

Di conseguenza, le persone con ADHD-DUS sono frequentemente escluse dai percorsi residenziali, limitando così l'accesso a trattamenti integrati e multimodali. Questo *commentary* illustra le carenze attuali del sistema residenziale italiano nel trattamento di questa popolazione. A partire da modelli internazionali, linee guida cliniche e recenti sviluppi nei servizi ambulatoriali italiani, si propone lo sviluppo di programmi residenziali specializzati e informati sull'ADHD.

Anche la letteratura italiana ha iniziato a riconoscere la complessità clinica dell'ADHD nel trattamento delle dipendenze. Ad esempio, Lugoboni *et al.* (2017) hanno descritto l'elevata prevalenza e gravità clinica dell'ADHD nei pazienti in trattamento per disintossicazione da oppiacei, sottolineando l'importanza di uno screening precoce e di percorsi di cura integrati. Tuttavia, le opzioni residenziali per questo sottogruppo rimangono scarse o del tutto assenti.

2. Il sistema residenziale italiano: barriere strutturali e culturali

Il sistema italiano per il trattamento delle dipendenze ruota attorno ai servizi per le dipendenze (Ser.D.) e alle comunità terapeutiche, con queste ultime come principale forma di intervento residenziale. Le comunità terapeutiche attualmente risultano per lo più impreparate ad accogliere pazienti con DUS e ADHD.

Uno studio di Miovský *et al.* (2021) ha evidenziato come il 51% dei residenti in comunità terapeutiche soddisfacesse i criteri per una diagnosi di ADHD, con livelli significativamente più elevati di sintomatologia psichiatrica – suggerendo un disallineamento tra i bisogni dei residenti e le aspettative delle comunità.

Una ricerca qualitativa di Iudici e colleghi (2024) mostra inoltre che i pazienti tendono ad assumere un ruolo passivo, percependo

la cura come imposta anziché partecipata – un'esperienza amplificata nei soggetti con ADHD, a causa dei deficit esecutivi e della ridotta autodeterminazione.

Queste osservazioni confermano che le norme comportamentali delle comunità terapeutiche italiane – come i modelli terapeutici coercitivi e le gerarchie decisionali – possono escludere inconsapevolmente le persone con ADHD. Una revisione del modello di San Patrignano evidenzia una cultura fortemente gerarchica e una bassa tolleranza alle deviazioni comportamentali, caratteristiche tipiche delle comunità tradizionali (Vanderplasschen *et al.*, 2013). Di conseguenza, i pazienti con ADHD-DUS rischiano l'esclusione o la dimissione precoce, rafforzando un divario assistenziale.

3. L'integrazione mancata: modelli evidence-based dalle linee guida internazionali

A livello internazionale, diverse linee guida cliniche raccomandano approcci integrati per il trattamento di ADHD e DUS. L'*European Consensus Statement on Adult ADHD* aggiornato sottolinea la necessità di identificazione precoce, interventi multimodali e cura coordinata per gli adulti con ADHD, in particolare in presenza di comorbidità come i disturbi da uso di sostanze (Kooij *et al.*, 2019). Il National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2018) raccomanda lo screening sistematico dell'ADHD nei servizi per le dipendenze, così come il trattamento congiunto delle due condizioni.

Le evidenze indicano che gli stimolanti a rilascio prolungato possono ridurre sia i sintomi dell'ADHD sia l'uso di sostanze, specialmente se somministrati in contesti controllati (Levin *et al.*, 2015).

Questi modelli pongono l'accento sull'importanza di una cura coordinata tra servizi per le dipendenze e la salute mentale, sulla formazione del personale nei disturbi del neurosviluppo, e su setting terapeutici flessibili. Al contrario, i contesti residenziali italiani non prevedono protocolli standardizzati per la valutazione o il trattamento dell'ADHD, e le opzioni farmacologiche (ad es. metilfenidato) sono spesso indisponibili o evitate per motivi normativi o culturali.

4. Verso un cambiamento sistemico in Italia

4.1. Riconoscimento dell'ADHD in psichiatria dell'adulto

L'ADHD dell'adulto resta sottodiagnosticato in Italia, in particolare nei contesti delle dipendenze. Pregiudizi culturali, carenza di formazione specifica e uso inadeguato di strumenti di screening contribuiscono alla sua sistematica sottodiagnosi (Asherson *et al.*, 2010). Anche quando diagnosticato, l'accesso a trattamenti farmacologici e psicoterapeutici adeguati resta limitato, soprattutto in ambito residenziale (Ginsberg *et al.*, 2014).

4.2. Necessità di programmi residenziali adattati ai disturbi del neurosviluppo

Considerata la rigidità strutturale delle comunità terapeutiche italiane, emerge la necessità urgente di progettare programmi residenziali informati sull'ADHD. Questi dovrebbero includere routine flessibili, obiettivi terapeutici individualizzati, trattamenti multimo-

dali (comprese le terapie cognitivo-comportamentali e la farmacoterapia) e personale formato nella gestione dell'impulsività e della disregolazione emotiva (Young *et al.*, 2015). A livello internazionale, sono stati proposti modelli di assistenza residenziale neurodivergent-friendly per affrontare comorbidità complesse come ADHD e DUS (Wilens, 2004).

4.3. Sviluppi recenti: consapevolezza emergente nei servizi italiani

Negli ultimi anni, la consapevolezza sull'ADHD dell'adulto è aumentata nei servizi territoriali per le dipendenze italiani. Un numero crescente di SerD ha introdotto procedure di screening di base, tra cui l'uso di strumenti come l'Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) (Kessler *et al.*, 2005). Questo rappresenta un importante cambiamento culturale. Tuttavia, tali pratiche non sono ancora state standardizzate e sono a discrezione dei singoli servizi. Nei contesti residenziali lo screening, la diagnosi e il trattamento dell'ADHD nei pazienti con DUS non viene effettuato. I pazienti con questa neurodivergenza restano in gran parte invisibili. Colmare questo divario richiede l'aggiornamento delle linee guida nazionali, una maggiore coordinazione inter-servizi e un supporto politico a favore di modelli residenziali inclusivi (von der Eiche *et al.*, 2023).

5. Conclusione

Il sistema italiano per il trattamento delle dipendenze ha compiuto notevoli progressi negli ultimi decenni, in particolare nel garantire servizi pubblici a bassa soglia. Tuttavia, continua a non rispondere adeguatamente ai bisogni delle persone con doppia diagnosi ADHD-DUS, soprattutto nell'ambito della cura residenziale. L'esclusione di questi pazienti dalle comunità terapeutiche riflette un vuoto sia strutturale che culturale, ancorato a modelli che non considerano l'avanzamento del sapere scientifico nelle neurodivergenze.

Per affrontare questo problema, è necessario sviluppare programmi residenziali inclusivi e basati sulle evidenze scientifiche, che integrino prospettive neuroevolutive. In assenza di questa riforma, i soggetti con ADHD-DUS continueranno a essere doppiamente emarginati: dalla loro condizione e da un sistema che non è stato progettato per accoglierli.

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).

Asherson P., Adamou M., Bolea B., Müller U., Dunn Morua S., Pitts M., Thome J., Young S. (2010). Is ADHD a valid diagnosis in adults? Yes. *BMJ*, 340, c549. Doi: 10.1136/bmj.c549.

Crunelle C.L., van den Brink W., Moggi F., Konstenius M., Franck J., Levin F.R., & van de Glind G. (2018). International consensus statement on screening, diagnosis and treatment of substance use disorder patients with comorbid attention deficit/hyperactivity disorder. *European Addiction Research*, 24(1): 43-51. Doi: 10.1159/000490762.

Faraone S.V., Biederman J., & Mick E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36(2): 159-165. Doi: 10.1017/S003329170500471X.

Ginsberg Y., Quintero J., Anand E., Casillas M., & Upadhyaya H. (2014). Underdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult

patients: a review of the literature. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, 16(3), PCC.13r01600. Doi: 10.4088/PCC.13r01600.

Iudici A., Berardelli T., Fenini D., Neri J., & Subissi (2024). Nothing about us without us! How users configure clinical treatment in Italian residential communities: ethnography of therapeutic engagement. *Frontiers in Public Health*, 12, 1460985. Doi: 10.3389/fpubh.2024.1460985.

Kessler R.C., Adler L., Ames M., Demler O., Faraone S., Hiripi E., Howes M.J., Jin R., Secnik K., Spencer T., Ustun T.B., Walters E.E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med.*, Feb., 35(2): 245-56. Doi: 10.1017/s0033291704002892.

Kooij J.J.S., Bijlenga D., Salerno L., Jaeschke R., Bitter I., Balázs J., Thome J., Dom G., Kasper S., Nunes Filipe C., Stes S., Mohr P., Leppämäki S., Casas M., Bobes J., McCarthy J.M., Richarte V., Kjems Philipsen A., Pehlivanidis A., Niemela A., Styr B., Semerci B., Bolea-Alamanac B., Edvinsson D., Baeyens D., Wynchank D., Sobanski E., Philipsen A., McNicholas F., Caci H., Mihailescu I., Manor I., Dobrescu I., Saito T., Krause J., Fayyad J., Ramos-Quiroga J.A., Foeken K., Rad F., Adamou M., Ohlmeier M., Fitzgerald M., Gill M., Lensing M., Motavalli Mukaddes N., Brudkiewicz P., Gustafsson P., Tani P., Oswald P., Carpentier P.J., De Rossi P., Delorme R., Markovska Simoska S., Pallanti S., Young S., Bejerot S., Lehtonen T., Kustow J., Müller-Sedgwick U., Hirvikoski T., Pironti V., Ginsberg Y., Félégházy Z., Garcia-Portilla M.P., Asherson P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *Eur Psychiatry*, Feb., 56: 14-34. Doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.11.001. Epub 2018 Nov 16.

Levin F.R., Mariani J.J., Specker S., Mooney M., Mahony A., Brooks D.J., Babb D., Bai Y., Eberly L.E., Nunes E.V., Grabowski J. (2015). Extended-Release Mixed Amphetamine Salts vs Placebo for Comorbid Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Cocaine Use Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, Jun., 72(6): 593-602. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.41.

Lugoboni F., Zamboni L., Cibin M., Tamburin S., & Bertoloni G. (2017). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in patients undergoing opioid detoxification: prevalence, diagnosis, and treatment implications. *Psychiatry Research*, 250: 353-358. Doi: 10.1016/j.psychres.2017.01.083.

Miovský M., Černá J., & Novák T. (2021). Attention Deficit Hyperactivity Disorder among clients diagnosed with substance use disorder in residential therapeutic communities: prevalence and psychiatric comorbidity. *European Addiction Research*, 27(2): 87-96. Doi: 10.1159/000508571.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2018). *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management (NG87)*. -- <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>.

van Emmerik-van Oortmerssen K., van de Glind G., van den Brink W., Smit F., Crunelle C.L., Swets M., Schoevers R.A. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend.*, Apr 1, 122(1-2): 11-9. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.12.007.

Vanderplasschen W., Colpaert K., Autrique M., Rapp R.C., Pearce S., Broekaert E., Vandevelde S. (2013). Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *Scientific World Journal*, 427817. Doi: 10.1155/2013/427817.

von der Eiche F., Konstenius M., Bråthen G. *et al.* (2023). Adult ADHD prevalence among outpatients with severe opioid use disorder receiving opioid maintenance treatment in Germany. *European Addiction Research*, 29(4-5): 263-273. Doi: 10.1159/000529355.

Wilens T.E., & Morrison N.R. (2011). The intersection of attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(4): 280-285. Doi: 10.1097/YCO.0b013e32834766d3.

Wilens T.E. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *Psychiatric Clinics of North America*, 27(2): 283-301. Doi: 10.1016/S0193-953X(03)00113-8.

Young J.T., Carruthers S., Kaye S., Allsop S., Gilseman J., Degenhardt L., van de Glind G., van den Brink W., & Preen D. (2015). Comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder: complexity and chronicity in treatment-seeking adults. *Drug and Alcohol Review*, 34(6), 683-93. Doi: 10.1111/dar.12285.

Presa in carico del paziente straniero con Disturbo da gioco d'azzardo: complessità, limiti e possibilità nella relazione terapeutica

Valentina Generani*, Concettina Varango**

Summary

■ *The article explores the care of foreign patients with gambling disorder, focusing on the clinical case of Gani, an Albanian man with a complex history of migration and vulnerability.*

Through a multifocal reflection, the linguistic, symbolic and cultural obstacles that characterize the therapeutic relationship with patients defined as “difficult” are analyzed (Moro, 2002).

Clinical work is reinterpreted as a relational process that requires humility, flexibility and the ability to listen beyond conventional codes.

The article proposes a therapeutic posture based on the acceptance of not knowing and on the construction of possible alliances even in the absence of explicit motivation and linear collaboration (Moro, 2018). ■

Keywords: *Taken in charge, Foreign patient, Therapeutic relationship, Pathological gambling disorder.*

Parole chiave: *Presa in carico, Paziente straniero, Relazione terapeutica, Disturbo da gioco d'azzardo patologico.*

Introduzione

L'articolo esplora la presa in carico di pazienti stranieri con disturbo da gioco d'azzardo, focalizzandosi sul caso clinico di Gani, uomo albanese con una storia complessa di migrazione e vulnerabilità.

Attraverso una riflessione multifocale, vengono analizzati gli ostacoli linguistici, simbolici e culturali che caratterizzano la relazione terapeutica con pazienti definiti “difficili” (Moro, 2002).

Il lavoro clinico viene riletto come un processo relazionale che richiede umiltà, flessibilità e capacità di ascolto oltre i codici convenzionali.

L'articolo propone una postura terapeutica fondata sull'accoglienza del non sapere e sulla costruzione di alleanze possibili anche in assenza di motivazione esplicita e collaborazione lineare (Moro, 2018).

Introduzione: ripensare la nozione di “paziente difficile”

Nella pratica clinica, l'etichetta di “paziente difficile” è frequentemente utilizzata per descrivere soggetti che

sfidano le nostre competenze, mettono in crisi i protocolli operativi e sembrano sottrarsi a una presa in carico lineare.

Ma cosa intendiamo davvero quando definiamo un paziente “difficile”? E, soprattutto, per chi è difficile?

È legittimo affermare che, nella maggior parte dei casi, la difficoltà sia nostra: in quanto operatori, siamo chiamati a confrontarci con pazienti che arrivano in ritardo, interrompono il trattamento, negano il problema, si mostrano disinvestiti o addirittura ostili.

In tali situazioni, ciò che viene meno non è solo l'adesione al percorso, ma anche quella reciprocità relazionale che spesso diamo per scontata.

L'aspettativa di collaborazione, motivazione, e disponibilità al cambiamento viene disattesa, provocando in noi frustrazione, impotenza e senso di inefficacia.

In questo senso, la categoria di “paziente difficile” rischia di funzionare più come uno specchio delle nostre difficoltà che come una reale descrizione dell'altro.

Essa riflette i limiti della nostra tolleranza all'ambiguità e alla non linearità (Moro, 2002), la fatica di stare in una relazione terapeutica che non conferma la nostra competenza né procede secondo i nostri schemi di riferimento.

Questa prospettiva invita a un ribaltamento del paradigma: e se fossero i servizi – e noi operatori – a risultare difficili da raggiungere per alcuni pazienti?

* Psicologa-psicoterapeuta S.C. Servizio Dipendenze ASST di Lodi.

** Direttore S.C. Servizio Dipendenze ASST di Lodi.

Quali sono i modelli culturali, simbolici, relazionali a cui chiediamo – spesso implicitamente – di adeguarsi, e che rischiano di escludere chi non li condivide o non li comprende?

In che modo il nostro assetto teorico-clinico può diventare una barriera, anziché un ponte, nel lavoro con soggetti che portano con sé esperienze di marginalità, esclusione, migrazione, e forme di sofferenza che non trovano facilmente posto nei nostri linguaggi diagnostici?

Queste domande diventano particolarmente urgenti quando si lavora con pazienti stranieri in condizione di vulnerabilità.

In questi casi, la distanza non è solo motivazionale o emotiva, ma anche linguistica, culturale e simbolica.

Laddove noi vediamo un “disturbo da gioco d’azzardo”, il paziente può vedere un’abitudine appresa nel contesto di origine, un rituale identitario, un canale di appartenenza sociale.

Laddove leggiamo “negazione del problema”, il paziente può esprimere il tentativo di proteggere la propria dignità in un contesto percepito come estraneo e stigmatizzante (Kirmayer *et al.*, 2003). Dove vediamo “mancanza di collaborazione”, possiamo non riconoscere una reazione di difesa di fronte alla minaccia di un giudizio istituzionale.

In questi scenari, gli strumenti canonici del nostro lavoro – l’anamnesi strutturata, il contratto terapeutico, l’alleanza di lavoro – mostrano i loro limiti.

La diagnosi stessa, se applicata rigidamente, rischia di diventare una riduzione anziché un dispositivo di comprensione.

L’ascolto rischia di non cogliere ciò che viene comunicato in forme non verbali o attraverso codici culturali non familiari.

Affrontare il tema del disturbo da gioco d’azzardo nei pazienti stranieri considerati “difficili” implica allora un allargamento dello sguardo, che includa la riflessione sulla relazione terapeutica, sulla posizione dell’operatore, sui dispositivi di cura.

Significa interrogare il nostro ruolo, i nostri modelli, e – in ultima analisi – la nostra capacità di sostare nella complessità senza affrettare la risoluzione.

È un lavoro che richiede umiltà clinica: la disponibilità a disorientarsi, a uscire dalla propria zona di comfort, a restare in ascolto anche quando non comprendiamo pienamente.

È in questo spazio fragile – e proprio per questo generativo – che può emergere una forma diversa di cura, fondata non sull’efficacia immediata, ma sulla possibilità di costruire una relazione sufficientemente buona da accogliere l’altro nella sua alterità.

In fondo, se desideriamo che il paziente si apra, forse dobbiamo essere noi, per primi, a disarmarci.

Il caso clinico: il signor Gani

Il protagonista della nostra riflessione è Gani, uomo albanese di circa 53 anni, giunto al nostro servizio a fine 2023 insieme alla moglie Bessa.

Lei parla per entrambi – anche se è in Italia da appena un anno.

Lui fatica: a parlare, a raccontarsi, a fidarsi.

Non solo per motivi linguistici, ma per la vergogna e il timore di essere giudicato.

Dalle parole della moglie emerge una storia dura, segnata da povertà, scarsa scolarizzazione, gioco precoce “di strada”.

Nel 2004 fugge dall’Albania: un viaggio a piedi, una tappa in Grecia – che lui ricorda con orgoglio, sottolineando che lì non ha mai giocato – e poi l’arrivo a Roma, dove il gioco torna con forza e lo indebolisce ulteriormente.

Torna in Albania, si sposa, nascono due figli.

Ma la dipendenza persiste.

I debiti si accumulano.

È la moglie, un anno prima che la conoscessimo, a lasciare tutto per cercare rifugio in Italia.

Gani la raggiunge sei mesi dopo.

Inizialmente vivono separati, lui in una casa d’accoglienza maschile, lei con i figli in una struttura religiosa.

Una volta in Italia il figlio minore comincia a manifestare disagio importante: sradicato, perde i suoi punti di riferimento e si avvicina al mondo delle sostanze.

Intervengono i servizi sociali e la tutela minori e si attiva una presa in carico anche per lui.

Si attiva per il nucleo il progetto SAI del Comune, che porta al ricongiungimento familiare in una casa data dal progetto e propone a Gani la partecipazione ad un corso di italiano.

Il figlio, seguito anche dall’UOMPIA, riceve una diagnosi di ADHD (American Psychiatric Association, 2013), che aiuta a comprendere meglio il suo comportamento e orienta gli interventi. Nel frattempo, con Gani continuiamo a lavorare.

Il nostro obiettivo non è solo clinico, ma relazionale: offrire uno spazio sicuro, non giudicante, in cui possa ritrovare una parola possibile.

Ed è proprio dentro questa relazione di fiducia che diventa possibile anche l’accettazione, dopo due anni di lavoro, di un amministratore di sostegno, vissuto inizialmente come una minaccia alla propria autonomia.

Non più un’imposizione, ma uno strumento di tutela, utile a contenere i comportamenti impulsivi legati alla dipendenza (Blaszczynski & Nower, 2002).

Un piccolo ma fondamentale segnale: la fiducia comincia a trasformarsi in cambiamento.

Lettura trasversale e multifocale dell’esperienza terapeutica

A partire da questo contributo vorremmo offrire una lettura trasversale e multifocale dell’esperienza terapeutica, capace di accogliere la complessità, il dubbio, la lentezza e le fratture che spesso accompagnano il lavoro clinico con pazienti come Gani.

Per fare questo esploreremo alcune coordinate fondamentali: le barriere linguistiche e simboliche, l’ambivalenza

motivazionale, il significato profondo del gioco, le dinamiche culturali e di genere.

Barriere linguistiche e simboliche

La lingua è molto più di un mezzo di comunicazione: è un luogo simbolico della soggettività.

Gani parla solo albanese.

La moglie, presente ai primi incontri come traduttrice, non si limita a tradurre: interpreta, guida, a volte sovrappone il proprio punto di vista, ci parla del figlio.

Questo assetto comunicativo rischia di cristallizzare una dinamica di dipendenza già presente nella relazione di coppia.

Gani si arrabbia e si chiude ulteriormente.

Si sente esposto e giudicato, prova vergogna.

Il mediatore culturale, quando disponibile, non è solo un traduttore: è un ponte psichico (Moro, 2002), una figura terza che permette al paziente di rientrare in possesso della parola e della propria soggettività.

Motivazione e ambivalenza

Spesso nei servizi ci chiediamo: “Il paziente è motivato?”

Ma cosa intendiamo davvero per motivazione?

E soprattutto: possiamo aspettarci una motivazione esplicita, razionale, da chi si trova in uno stato di profonda disorganizzazione e vulnerabilità?

Nel caso di Gani, la motivazione non è dichiarata.

È la moglie a chiamare, a insistere, a sostenere il percorso.

Eppure, c'è qualcosa che accade: Gani viene, ascolta, resta.

Non parla molto, ma accetta la relazione.

La sua presenza, anche se silenziosa e incerta, è già un segnale.

È una motivazione implicita, fragile, che ha bisogno di tempo e di un contesto sicuro per emergere.

È una motivazione “a bassa voce”, che va riconosciuta, rispettata, accompagnata, non forzata (Miller & Rollnick, 2013).

Per pazienti come Gani, la spinta al cambiamento non nasce da un progetto consapevole, ma da bisogni più primitivi: non sentirsi soli, trovare un luogo in cui poter esistere (Deci & Ryan, 1985).

Il nostro compito, forse, è proprio quello di offrire uno spazio in cui la motivazione possa nascere, più che aspettarci che esista già.

Il significato del gioco

Da un punto di vista psicodinamico, il gioco assume per Gani la funzione di difesa e contenimento dell'angoscia (Khantzian, 1985).

In un mondo interno segnato da vergogna, fallimento e vissuti di esclusione, il gioco offre l'illusione di potere, di riscatto, di controllo sul destino.

Ogni giocata rappresenta un tentativo di restaurare un'immagine grandiosa e competente di sé (Volkow & Koob, 2015), in contrasto con una realtà quotidiana fatta di marginalità, dipendenza e perdita di ruolo.

Il contesto migratorio rafforza questa dinamica: Gani si trova in Italia privo di strumenti linguistici, senza uno status sociale riconosciuto, in una condizione iniziale di dipendenza economica e relazionale dalla moglie, più integrata e autonoma.

In questa cornice, il gioco diventa un rituale privato e identitario, un luogo in cui continuare ad “esistere” secondo coordinate note, anche se distruttive.

Ma non è solo la dinamica individuale a rendere il gioco così centrale nella sua esperienza: la sala slot diventa anche un luogo sociale e rassicurante (Petry, 2005), uno spazio separato dal mondo italiano “estraneo” e spesso vissuto come giudicante.

In questo ambiente, frequentato quasi esclusivamente da connazionali, Gani ritrova una comunità di riferimento, un linguaggio condiviso, una rete informale in cui non si sente escluso.

Ad un certo punto del percorso, Gani inizia a lavorare come muratore percependo un buon stipendio e si trova persino nella posizione di prestare denaro ad altri connazionali che frequentano la stessa sala giochi.

Questo gesto, pur all'interno di un sistema economicamente disfunzionale, gli restituisce un ruolo: smette temporaneamente di essere il bisognoso per diventare colui che può offrire, sostenere, aiutare.

È una forma di riparazione narcisistica fragile, ma per lui profondamente significativa.

In quei contesti, Gani non è più l'uomo fallito, escluso dalla famiglia e senza parola nel mondo italiano, ma un soggetto riconosciuto, ascoltato, in posizione di relativa centralità.

La sala slot, dunque, non è solo il luogo del sintomo, ma anche il teatro di una ricerca identitaria, di un'appartenenza sostitutiva e di un fragile recupero di potere, che diventa però sempre più costoso sul piano psichico, familiare ed economico.

È in questo nodo che si gioca la sfida del trattamento: non “togliere” il gioco come comportamento, ma offrire spazi alternativi – relazionali e simbolici – in cui Gani possa ritrovare un senso di sé senza doverlo continuamente scommettere.

Dinamiche culturali e di genere

Un altro aspetto centrale del caso riguarda le implicazioni legate al genere e al ruolo culturale del maschile nella società di origine del paziente.

Il fallimento nel mantenere il ruolo di capofamiglia – sul piano economico, decisionale, simbolico – è vissuto da Gani con un senso profondo di vergogna (Devereux, 1972).

Questa vergogna, tuttavia, non si esprime in forma verbale o emotiva, ma si traduce in isolamento, passività, ritiro, e infine in una ricaduta nel gioco.

In molti contesti culturali, la non-espressione dell'emotività maschile è la norma.

Il dolore non si dice: si agisce, si anestetizza, si somatizza. Il rischio, in ambito clinico, è quello di forzare una verbalizzazione per noi necessaria, ma per il paziente culturalmente estranea, vissuta come invasiva o umiliante.

Se interveniamo con tecniche o pressioni che non tengono conto del contesto simbolico e relazionale in cui quella sofferenza si è formata (Kleinman, 1988), rischiamo di aumentare la distanza, anziché ridurla.

Conclusioni: disarmarsi per accogliere la complessità

Ritornare alla domanda iniziale – “pazienti difficili per chi?” – ci permette di chiudere il cerchio con uno sguardo trasformato: non tanto rivolto al comportamento del paziente, quanto al nostro posizionamento come operatori.

L'esperienza clinica con pazienti stranieri in condizioni di marginalità e dipendenza, come nel caso di Gani, evidenzia la necessità di riformulare le categorie operative della presa in carico (Moro, 2018) a partire dal riconoscimento dei nostri stessi limiti.

I tradizionali assetti terapeutici, spesso pensati per una popolazione culturalmente omogenea e motivata al trattamento, si rivelano inadeguati in contesti ad alta complessità.

È quindi necessario promuovere dispositivi terapeutici flessibili, in cui la rete integrata tra servizi sanitari, sociali e culturali non sia un'aggiunta estemporanea, ma una condizione strutturale dell'intervento.

In tale ottica, il mediatore culturale non può essere una figura occasionale, ma parte integrante del setting clinico (Moro, 2002).

Allo stesso tempo, l'équipe deve essere formata a leggere anche i segnali impliciti, i codici non verbali e i linguaggi culturali dell'altro.

L'alleanza terapeutica, elemento cruciale in ogni percorso di cura, assume in questi casi modalità più lente, meno esplicite.

Spesso nasce in un clima di diffidenza o silenzio e richiede continuità, pazienza e disponibilità a restare nella relazione anche in assenza di adesione esplicita.

La tecnica, in queste circostanze, segue la relazione, non la precede (Bromberg, 2006).

Infine, l'umiltà clinica si configura come una postura professionale imprescindibile.

Essa non rappresenta una rinuncia alla competenza, ma una sua riformulazione: la capacità di tollerare l'incertezza, la lentezza, la frustrazione, senza forzare letture o soluzioni.

Accogliere il paziente straniero in condizioni di estrema vulnerabilità significa creare uno spazio in cui la cura non coincida con l'immediata risoluzione del sintomo, ma con la possibilità di riattivare una narrazione di sé, restituire dignità, riconoscere differenze.

Disarmarsi, in questa prospettiva, non è abbandonare il proprio ruolo, ma scegliere consapevolmente una posizione relazionale che renda possibile l'incontro (Ogden, 2004).

È nella relazione, infatti, che si gioca il primo vero cambiamento terapeutico.

E forse è proprio questa capacità di restare, anche senza comprendere tutto, che può fare la differenza.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition (DSM-5®)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Blażczynski A., & Nower L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5): 487-499.
- Bromberg P.M. (2006). *La clinica del trauma. Un nuovo dialogo tra paziente e terapeuta*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Deci E.L., & Ryan R.M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York: Plenum Press.
- Devereux G. (1972). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris: Flammarion.
- 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.
- Kirmayer L.J., Rousseau C., & Lasry J.-C. (2003). The place of culture in forensic psychiatry. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 31(2): 173-177.
- Kleinman A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Miller W.R., & Rollnick S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Moro M.R. (2002). *La construction de l'altérité en psychiatrie*. In: Moro M.R., & Nathan T., *Clinique de l'exil. L'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés* (pp. 83-103). Paris: Dunod.
- Moro M.R. (2018). *Psychiatrie transculturelle*. Paris: Masson.
- Ogden T.H. (2004). The analytic third: Working with intersubjective clinical facts. *International Journal of Psychoanalysis*, 85(5): 857-877.
- Petry N.M. (2005). *Pathological Gambling: Etiology, Comorbidity, and Treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Volkow N.D., & Koob G.F. (2015). Brain disease model of addiction: why is it so controversial?. *The Lancet Psychiatry*, 2(8): 677-679.

I Gruppi Psicoeducativi a orientamento psicoanalitico: un'esperienza nel Dipartimento delle Dipendenze Patologiche dell'Asl Napoli 2 Nord

Ilaria Iorio*, Benedetta De Felice**

*Le idee e i valori ci separano,
le emozioni ci uniscono.*

Eugène Ionesco

Summary

■ *This work describes the implementation of psychoeducational groups with a psychoanalytic approach at the Ser.D. in Pozzuoli, ASL Napoli 2 Nord.*

The process involved three stages: staff training, forming the multidisciplinary team, and launching psychoeducational groups facilitated by a psychologist and an educator.

This initiative aimed to create clinical spaces that support young adults attending addiction services in their developmental journeys, promoting socialisation, identity development, and emotional regulation.

Observational protocols from the end of each session were analysed to examine the material that emerged within the groups.

A corpus of 30 protocols was subjected to Thematic Analysis of Elementary Contexts using the T-Lab Plus software.

This tool, designed for exploring complex texts, enabled the identification of recurring thematic patterns.

The analysis revealed five semantic clusters: identity construction across work, family, and group; strength through vulnerability; the generative function of storytelling; the ritual dimension of the setting; and play as a transitional space.

Findings highlight that the psychoeducational group served as a relational and transformative space, merging emotions, narratives, and playful practices, while promoting a sense of belonging and shared responsibility. ■

Keywords: *Psychoeducational groups, Youth addictions, Staff training, Qualitative analysis, Software T-Lab.*

Parole chiave: *Gruppi psicoeducativi, Dipendenze giovanili, Formazione degli operatori, Analisi Qualitativa, Software T-Lab.*

Introduzione

Il presente contributo intende descrivere il percorso di ideazione, strutturazione e attuazione dei gruppi psicoeducativi a orientamento psicoanalitico attivati presso il Ser.D. di Pozzuoli dell'ASL Napoli 2 Nord.

L'esperienza si è collocata in un contesto istituzionale pubblico attraversato da numerose sfide organizzative e culturali ma sostenuto da un obiettivo comune: quello di creare spazi clinici

capaci di accompagnare nel processo di crescita i giovani adulti afferenti ai servizi per le dipendenze.

L'ipotesi dalla quale si è sviluppato il progetto è che il gruppo rappresenti uno strumento terapeutico efficace nel lavoro con i disturbi da uso e abuso di sostanze (Tosi, 1995; Casagrande & La Marca, 2009), in quanto capace di favorire il passaggio da stati psichici confusi e disorganizzati a processi di maggiore integrazione e di accogliere e trasformare l'esperienza emotiva, relazionale e identitaria degli utenti.

La genesi del progetto non è stata lineare e la fase iniziale è stata ri-definita dal gruppo di lavoro come "tempo del sogno", ovvero quello in cui il desiderio di attivare gruppi psico-educativi si è tradotto in una proposta formativa condivisa con l'associazione "Rifornimento in Volo" – realtà con esperienza pluriennale nel lavoro psicoanalitico di gruppo con adolescenti e

* Psicologa, Psicoterapeuta, PhD, Dirigente Psicologa Asl Napoli 2 Nord.

** Educatrice Socio-Pedagogica, Pedagogista Asl Napoli 2 Nord.

giovani adulti che opera sul territorio romano (Montinari, 2006; Cordiale & Montinari, 2012).

Era il 2022 e la pandemia da SARS-CoV-2 ha determinato un'interruzione significativa del progetto, rallentandone le possibilità di realizzazione.

Il desiderio, tuttavia, ha continuato a lavorare e, dopo una lunga gestazione, nel gennaio 2024 è stato possibile avviare il processo formativo che ha visto coinvolti gli operatori del Ser.D. dell'Asl Napoli 2 Nord e gli esperti della Cooperativa Rifornimento in Volo.

Il percorso si è concentrato su tre nuclei teorico-clinici principali: il funzionamento e i compiti evolutivi dell'adolescente e del giovane adulto, la funzione del gruppo come spazio trasformativo e le nuove forme di dipendenza che caratterizzano il disagio giovanile contemporaneo.

L'avvio operativo dei gruppi psicoeducativi ha previsto l'attivazione di una rete inter-istituzionale con enti del terzo settore, delineando un modello di conduzione mista pubblico-privato.

Tale assetto ha introdotto un elemento di innovazione metodologica per il servizio, finalizzato all'integrazione di linguaggi, modelli professionali e posture cliniche eterogenee.

Il gruppo si è così configurato come un laboratorio clinico in cui l'osservazione e la riflessione hanno assunto funzione terapeutica, in linea con un approccio orientato alla recovery intesa non come remissione sintomatologica, bensì come percorso di riappropriazione soggettiva, riconnessione narrativa e riattivazione del legame sociale (Davidson *et al.*, 2005; Rowe & Davidson, 2016), "un processo profondo e unico di cambiamento di attitudini, valori, sentimenti, obiettivi, abilità e ruoli" (Anthony, 1993).

Il gruppo psicoeducativo come strumento clinico: riflessioni teoriche

Il gruppo psicoeducativo rappresenta un intervento integrato, orientato al potenziamento dell'empowerment individuale che mira ad accompagnare i pazienti verso l'acquisizione di nuove competenze e strategie.

Non si lavora solo sulla vulnerabilità, ma sulla possibilità di cambiamento, di autonomia e "agency" del soggetto, che può passare da una posizione passiva a un ruolo attivo nel proprio percorso di cura (Petrini *et al.*, 2015).

Particolare rilevanza assume questo tipo di intervento in età adolescenziale e nella transizione all'età adulta, e in particolare nei casi in cui le fragilità evolutive si intrecciano con esperienze di marginalità, dipendenza e isolamento.

Come sottolinea Cordiale (2017), i laboratori gruppalmente psicoeducativi si rivolgono a soggetti con difficoltà di accesso alla rappresentazione mentale e alla socializzazione evolutiva, offrendo un contenitore sufficientemente strutturato e condiviso in cui possa avviarsi una ripresa del processo di crescita favorendo una funzione soggettivante. In questa prospettiva, il gruppo diventa un "ambiente mentale adulto" in cui si realizza un "fare con" che è anche un "essere con" – un'esperienza *transizionale* (Winnicott, 1951) che favorisce l'accesso alla simbolizzazione e alla mentalizzazione, soprattutto attraverso l'uso di attività creative, ludiche, corporee e ritualizzate (Marinelli, 2024).

In contesti legati alle dipendenze, la dinamica gruppalmente rafforza la motivazione individuale, l'aderenza al trattamento e la capacità di riconoscere e modulare i meccanismi difensivi disfunzionali (Levine & Gallogly, 1985; Flores & Mahon, 1993) integran-

dosi con gli altri livelli di trattamento – farmacologico, clinico, sociale – in un'ottica sistemica e multidimensionale.

Dalla teoria alla pratica: progettazione e attuazione del gruppo psicoeducativo

Il progetto si è articolato in una dinamica tri-temporale che ha accompagnato la costruzione del gruppo psicoeducativo e dell'équipe degli operatori.

Tempo 1 – Formazione operatori (gennaio 2024-ottobre 2024)

La prima fase del progetto ha previsto l'attivazione di un percorso formativo rivolto agli operatori del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche dell'ASL Napoli 2 Nord (psicologi, educatori, medici, assistenti sociali, infermieri), finalizzato all'approfondimento teorico e clinico dei gruppi psicoeducativi a orientamento psicoanalitico.

Il programma si è articolato in tre moduli e dodici incontri complessivi, distribuiti tra le sedi del Dipartimento e quelle della cooperativa "Rifornimento in Volo".

I contenuti formativi trattati nel primo modulo hanno riguardato i compiti evolutivi dell'adolescenza e del giovane adulto, il ruolo del gruppo nello sviluppo dell'identità e le diverse forme di dipendenza, comprese quelle comportamentali.

Particolare attenzione è stata dedicata al gruppo psicoeducativo come "dispositivo di area intermedia" (Winnicott, 1951), in grado di offrire uno spazio trasformativo di cura per soggetti in fase di transizione all'età adulta.

Il secondo modulo ha incluso momenti di osservazione diretta, conduzione e supervisione di spazi gruppalmente, realizzati con il supporto degli operatori della Cooperativa.

In questa fase, i professionisti del servizio hanno potuto confrontarsi con situazioni cliniche reali, portando alla discussione materiale osservativo e partecipando a gruppi di intervista e supervisione.

Il terzo e ultimo modulo, a carattere più intensivo, si è concentrato sulla supervisione clinica del materiale prodotto dagli operatori coinvolti nel progetto.

Questa parte del percorso ha avuto l'obiettivo di favorire un'elaborazione riflessiva delle esperienze vissute sul campo e di consolidare una metodologia condivisa nella costruzione e conduzione dei gruppi psicoeducativi.

Complessivamente, la formazione ha rappresentato non solo un momento di acquisizione di competenze, ma anche un processo di crescita professionale per gli operatori, ponendo le basi per l'attivazione di un modello clinico e organizzativo fondato sulla collaborazione tra pubblico e privato, sulla co-costruzione di pratiche e significati e sullo scambio interprofessionale.

Tempo 2 – Costruzione del gruppo (ottobre 2024-dicembre 2024)

La seconda fase ha segnato l'inizio operativo del progetto clinico: è stato avviato il processo di selezione dei pazienti tra gli utenti già in carico presso il Ser.D.

I criteri di invio al gruppo sono stati condivisi durante le riunioni di co-progettazione dell'équipe multidisciplinare: in particolare, si è scelto di includere pazienti di età compresa tra i 18 e i 25 anni, eterogenei per sostanza d'abuso e comportamenti additivi e appartenenti a profili di media e bassa gravità clinica, individuati in base a una valutazione integrata dell'"Assetto Rappresentazionale Complessivo (ARC)", così come definito da Lamartora (2021).

Seguendo questa prospettiva, la diagnosi per orientare il percorso terapeutico individuale non si è basata esclusivamente su categorie nosografiche (come l'Asse I o la diagnosi di personalità), ma su una lettura complessa e articolata della persona, che ha tenuto conto della qualità delle sue rappresentazioni interne, della capacità di simbolizzazione, della regolazione pulsionale, della consapevolezza di sé e della qualità delle relazioni oggettuali. Sono stati quindi selezionati:

- *utenti con gravità media*: caratterizzati da ARC di tipo prevalentemente inconscio, con una certa capacità simbolica, una iniziale possibilità di legame oggettuale e un discontrollo impulsivo contenuto, senza agiti distruttivi;
- *utenti con bassa gravità*: in grado di esprimere una sufficiente consapevolezza di sé, una buona regolazione pulsionale, un discreto funzionamento relazionale e simbolico.

Contestualmente, si è andata fondando l'équipe di conduzione, composta da una psicologa di una cooperativa del territorio, un'educatrice del Ser.D. e una tirocinante psicologa che ha preso parte agli incontri con il ruolo di osservatrice partecipante redigendo al termine di ognuno di essi un protocollo osservativo (De Rosa, 2003).

Il lavoro preparatorio ha permesso di strutturare gli assiomi/regole del gruppo e di avviare un dialogo tra i partecipanti e gli operatori.

Tempo 3 – Attivazione del gruppo psicoeducativo (dicembre 2024-luglio 2025)

È in questa ultima fase che il gruppo ha preso vita. Una nascita lenta e faticosa, quasi speculare alla complessità della gestazione istituzionale e clinica del progetto tutto.

Il gruppo psicoeducativo si è svolto con cadenza settimanale da dicembre 2024 a luglio 2025 e ogni incontro ha avuto una durata di due ore.

I singoli incontri hanno seguito una scansione ritmica precisa e articolata in tre fasi ritualizzate: apertura, attività, chiusura.

La *fase iniziale* è stata dedicata al dialogo tra i pazienti, che sono stati invitati a condividere narrazioni di episodi significativi della propria settimana.

In questo momento, i conduttori hanno favorito la comunicazione verbale, assicurando a ciascuno il proprio spazio di parola e preservando l'ordine e la coerenza dello scambio.

Durante la *fase centrale*, dedicata alle attività semi-strutturate, il gioco e l'uso di oggetti concreti (ping pong, biliardino) hanno favorito l'attivazione di relazioni diventando veicolo di comunicazione, confronto e condivisione emotiva.

La *fase conclusiva* dell'incontro è stata pensata infine come un momento di rallentamento, in cui il gruppo è stato accompagnato dai conduttori a soffermarsi sull'esperienza emotiva condivisa e a dare un senso ai movimenti interni ed esterni emersi nel corso dell'incontro, in coerenza con il percorso di costruzione del pensiero e dell'identità gruppale, assicurando così continuità e coesione all'esperienza (Marinelli, 2024).

Parallelamente, è stato attivato un gruppo di supervisione clinica, anch'esso a cadenza settimanale, cui hanno partecipato i conduttori del gruppo psicoeducativo e gli operatori del Ser.D. coinvolti nei percorsi individuali dei pazienti inseriti nel progetto.

Garantire la comunicazione tra i diversi livelli coinvolti nel trattamento è stato funzionale per evitare fenomeni di delega reciproca; al contrario, è stata proprio la convergenza verso obiettivi comuni che ha rafforzato l'efficacia dell'intervento.

La supervisione si è configurata inoltre come il luogo in cui sono stati attribuiti significati, all'interno di una dimensione psichica gruppale, agli intensi vissuti emotivi suscitati dall'esperienza

laboratoriale, in particolare rispetto alle dinamiche di transfert e controtransfert.

Questo spazio si è rivelato essere generativo, favorendo l'emergenza di processi di pensiero condiviso e la possibilità di elaborare collettivamente le dinamiche emotive e relazionali emerse all'interno del gruppo, con l'obiettivo di restituire senso all'esperienza in corso.

Metodo

Al fine di esplorare i contenuti emersi all'interno dei gruppi psicoeducativi e valutarne la coerenza con gli obiettivi clinici prefissati – socializzazione, costruzione identitaria, regolazione emotiva – sono stati analizzati i protocolli osservativi redatti al termine di ciascun incontro dall'osservatore partecipante.

Il corpus testuale, opportunamente disambiguato e lemmatizzato, è stato sottoposto ad Analisi Tematica dei Contesti Elementari (ATCE) mediante il software T-Lab Plus (Lancia, 2012), strumento utile per l'esplorazione di testi complessi.

L'assunto teorico alla base di questo approccio quali-quantitativo è che, nell'apparente disordine del discorso, sia possibile individuare ricorrenze significative – sul piano semantico e strutturale – che riflettono le principali modalità di organizzazione dell'esperienza: vere e proprie “stanze mentali” linguisticamente configurate dai parlanti (Reinert, 1998).

L'ATCE segmenta il testo in Unità di Contesto Elementari (UCE), della lunghezza media di una frase, e le classifica in base alle co-occorrenze tra le parole.

A partire da queste, genera cluster tematici mediante un algoritmo gerarchico ascendente non supervisionato.

Ogni cluster è formato da un insieme di parole chiave (vocabolario caratteristico) individuate sulla base del valore decrescente del chi-quadrato, e da un gruppo di UCE ad esse associate.

L'interpretazione e l'etichettatura dei cluster vengono effettuate a posteriori dal ricercatore, attraverso un processo ermeneutico che tiene conto sia delle parole maggiormente rappresentative sia del contenuto delle UCE correlate.

I risultati dell'analisi producono una vera e propria mappa isotopica dei principali temi che attraversano il discorso osservato nei protocolli.

Risultati

Il corpus testuale è stato costituito dalle 30 osservazioni dei rispettivi incontri di gruppo psicoeducativo.

L'ATCE ha classificato 563 UCE su 569 individuate (indice di stabilità: 98,95%) e le ha suddivise in 5 cluster di dimensioni diverse (Tabella 1), ciascuno con un suo vocabolario; la varianza tra cluster è pari a 0,077.

Tab. 1

<i>Etichetta classe</i>	<i>Ampiezza</i>
1. Costruzione identitaria tra lavoro, legami familiari e gruppo	16.34%
2. La forza nella vulnerabilità	23.09%
3. Raccontarsi per esistere nel gruppo	12.43%
4. Il setting come cornice	24.69%
5. Il gioco come spazio transizionale	23.45%

Di seguito, verranno descritti i *clusters* individuati e verranno presentati alcuni stralci delle UCE.

In corsivo verranno riportate le parole chiave che compongono il vocabolario di ciascun *cluster*.

Cluster 1 – Costruzione identitaria tra lavoro, legami familiari e gruppo

Questo cluster raccoglie narrazioni incentrate sulla costruzione del sé in contesti di transizione, dove il lavoro, la famiglia e la partecipazione al gruppo sono centrali nella definizione dell'identità.

Il lessico è caratterizzato da parole come *lavorare, ristorante, madre, gruppo, vita*, che indicano un equilibrio tra dimensione individuale e sociale.

Il lavoro risulta essere vissuto sia come spazio di sperimentazione identitaria sia di precarietà (ad esempio, il lavoro “a nero”), mentre i legami familiari emergono come ambivalenti, tra riconoscimento e conflitto.

Il gruppo diviene uno spazio di confronto emotivo e di appartenenza, in cui i soggetti possono sperimentare apertura e protezione.

Un esempio emblematico è il gesto simbolico di P.¹ che abbandona il “giubbino-armatura” per mostrarsi più vulnerabile, mentre B. dice di cercare nel gruppo uno spazio di libertà e autodeterminazione.

Selezione UCE:

- “P. torna a parlare del suo lavoro in *ristorante*... Ci racconta che nel *ristorante* dove *lavora* attualmente è assunto ‘a nero’, ma che presto avrà un contratto in un altro *ristorante* situato su un lido...”;
- “Tra me e mia *madre* c’è un *forte astio*, nonostante la *rispetti* e la *ammiri*, il suo essere *forte* mi fa sentire *debole*...”;
- “O. interviene e dice che le due ore del *gruppo* possono essere un’opportunità per staccare dalla quotidianità, dai *pensieri* positivi e negativi. Il *gruppo* aiuta.”;
- “Durante il gioco si vede una apertura maggiore da parte di P., difatti a differenza della volta *precedente* nella quale indossava il *giubbino* come una sorta di *armatura*...”;
- “B. ci racconta che per lui il primo viaggio da solo è stato difficile allontanarsi dalla famiglia... Alla conclusione del *gruppo* B. ci dice che si porta a casa le nostre *storie*.”;
- “Il primo a prendere *parola* è B., che ci racconta di avere 22 anni, che frequenta il Ser.D. da quasi 2 anni, che nella *vita* fa il pizzaiolo e che ha deciso di *partecipare* al *gruppo* con la speranza di trovare un suo spazio e la propria libertà.”.

Cluster 2 – La forza nella vulnerabilità

Il Cluster 2 racchiude le narrazioni in cui i partecipanti riflettono sulla propria vulnerabilità, sulle difficoltà personali e relazionali e sulla possibilità di attribuire senso e valore a esperienze emotivamente complesse.

La forza non è descritta come assenza di debolezza, ma come capacità di attraversarla, riconoscerla e condividerla.

Le parole chiave come *sentire, difficoltà, forte, desiderio* riflettono un campo semantico centrato sull’esperienza soggettiva e sull’introspezione.

Il gruppo diventa spazio di condivisione emotiva, dove il dolore è accolto e diventa stimolo per il cambiamento.

Le narrazioni mostrano la tensione tra bisogno di protezione e desiderio di evoluzione, con esempi di riflessioni personali e dialoghi che mettono in discussione visioni normative della forza.

Selezione UCE:

- “P. interviene dicendo che una *persona* diventa *forte* affrontando le *difficoltà*, imparando a superarle, e *aggiunge* che la forza è anche non cadere nelle tentazioni.”;
- “O. dice che, per lui, una *persona forte* non è qualcuno che non sbaglia mai, e che la forza si misura in base alle *difficoltà* che riesci ad affrontare, una sorta di resistenza.”;
- “*Aggiunge* che se tutti sono lì è perché hanno la voglia e il *desiderio* di sconfiggere e risolvere il loro malessere *interiore*.”;
- “O. si *sentiva* una nullità, e il gioco gli permetteva di non *sentirsi* così.”;
- “Ha fatto un *grande* lavoro su se stesso, il percorso con lo psicoterapeuta gli ha fatto capire che alcuni problemi sono nati a causa del suo rapporto con il padre, che lo faceva *sentire* insicuro e lo sminuiva.”.

Cluster 3 – Raccontarsi per esistere nel gruppo

Il Cluster 3 raccoglie narrazioni che si articolano attorno alla funzione del *raccontare* come modalità di costruzione del sé, di condivisione intersoggettiva e di rielaborazione dell’esperienza.

I partecipanti si raccontano attraverso episodi di vita quotidiana, relazioni amicali, uscite, viaggi e momenti di svago, ma anche attraverso frammenti che rivelano vissuti critici legati alla dipendenza, alla perdita e alla vulnerabilità.

Il lessico è fortemente marcato da lemmi come *raccontare, amico, ballare, uscire, locale, giocare, telefono, trascorrere, conoscere*, che delineano un campo semantico centrato sull’esperienza vissuta e sulla sua narrazione.

Il verbo *raccontare*, con alta frequenza e valore di χ^2 , segnala la centralità del racconto non solo come contenuto, ma come dispositivo discorsivo che consente di dare forma, senso e collocazione al proprio vissuto.

Le unità di contesto elementari mostrano come il racconto venga utilizzato per descrivere la propria settimana, le attività svolte, le relazioni intrattenute, ma anche per accennare – talvolta con leggerezza, talvolta con maggiore intensità – a esperienze di dipendenza, di rischio e di disagio.

Il racconto assume così una doppia funzione: da un lato normalizzante, come strumento di partecipazione e di adesione al gruppo; dall’altro esplorativa, come spazio in cui affiorano elementi di vulnerabilità e di memoria critica.

Selezione UCE:

- “O. ha *trascorso* Pasqua in famiglia, mentre a Pasquetta è andato a *ballare*. Dice che tra amici non si fanno più *scampagnate*, ma che bisogna organizzarsi per *conoscere* gente nuova e divertirsi di più...”;
- “P. dice che non ha molto da *raccontare*: è *uscito* con i suoi *amici* per Napoli e Pozzuoli... Ci *racconta* che non sta dormendo molto...”;
- “B. *racconta* di essere stato un giocatore quando era molto piccolo... Dice di aver *conosciuto* persone che non lo hanno aiutato a *uscire* da questa *dipendenza*...”;
- “P. riflette e *racconta* che ha *passato mesi* senza *telefono*. Inizialmente è stato difficile, ma poi dice: ‘sono stato più libero.’”;
- “Ci *racconta* che per un periodo, è riuscito a smettere, ma quando un suo *amico* è *uscito* dal carcere, ha ricominciato a frequentare le serate e a farne uso...”.

Cluster 4 – Il setting come cornice

Il Cluster 4 ruota attorno alla dimensione collettiva e rituale del gruppo psicoeducativo, mettendo in luce il valore della

presenza, dell'impegno condiviso e della promessa di un futuro incontro come elementi fondanti dell'esperienza partecipativa. Le narrazioni sono caratterizzate da un lessico ricorrente che richiama la regolarità degli incontri (*incontro, mercoledì, oggi, lezione, svolgere*), la partecipazione dei membri (*presenza, presenti, assenza, avvisare*), e il mantenimento di un legame affettivo e di responsabilità reciproca (*promessa, salutare, tenere*). Questo cluster delinea il gruppo come spazio di appartenenza e di sostegno, dove anche la semplice presenza diventa un atto di valore e riconoscimento.

I soggetti si muovono all'interno di una cornice temporale scandita da appuntamenti settimanali, che diventano momenti di riconoscimento, stabilità e costruzione di legami.

Selezione UCE:

- "Il **gruppo** si **conclude** con un B. visibilmente felice e soddisfatto. Lo **salutiamo** con la **promessa** di **rivederci mercoledì 4 giugno!**";
- "E forse è proprio così che si riconosce il valore di un gruppo: quando anche una sola **presenza** lo tiene vivo, lo rende autentico.";
- "I ragazzi avevano anticipatamente avvisato della loro **assenza...**".

Cluster 5 – Il gioco come spazio transizionale

Il Cluster 5 raccoglie narrazioni in cui il *gioco* assume un ruolo centrale.

I lemmi principali (*gioco, partita, ping-pong, puzzle, tavolo, pezzo, regole*) delinea un campo semantico che intreccia corporeità, dinamiche di gruppo e processi cognitivi.

Le narrazioni mostrano come il gioco non sia solo un momento ludico, ma anche un rituale che facilita la comunicazione, l'ascolto e la creazione di un clima di fiducia e supporto.

Gli operatori, attraverso la loro presenza attenta e partecipata, favoriscono l'emergere di vissuti, stimolano riflessioni su emozioni e comportamenti, e sostengono i ragazzi nel riconoscimento di sé e degli altri.

Il Cluster evidenzia quanto l'interazione tra *gioco, relazione, ambiente e accompagnamento professionale*, generi un equilibrio tra leggerezza e profondità, partecipazione attiva e vulnerabilità.

Selezione UCE:

- "B. propone di fare il **puzzle...** si apre una chiacchierata spontanea tra lui e la dott.ssa";
- "Durante il momento dedicato al **gioco...** anche la dott.ssa ha giocato insieme a O.";
- "La dott.ssa chiede se gli stati d'animo influenzano l'andamento del **gioco**";
- "P. apprezza il gruppo perché alterna momenti di **gioco** e leggerezza a spazi di riflessione";
- "Le attività proposte ai ragazzi sono il **biliardino** e il **ping-pong**".

Discussione

L'esperienza dei gruppi psicoeducativi attivati presso il Ser.D. di Pozzuoli ha mostrato come il dispositivo gruppale abbia rappresentato uno spazio vivo e trasformativo, capace di accogliere la complessità del disagio giovanile e di convertirla in possibilità evolutiva.

I giovani partecipanti, attraverso il ritmo degli incontri, il gioco, la narrazione e la presenza reciproca, hanno sperimentato nuove forme di relazione, di espressione e di pensiero.

L'analisi tematica dei protocolli osservativi ha restituito una mappa semantica articolata, che ha delineato un percorso di soggettivazione attraversato da cinque nuclei tematici.

Il primo cluster ha evidenziato come la costruzione del sé si sia intrecciata con il lavoro, la famiglia e il gruppo, mentre il secondo ha mostrato che la vulnerabilità, lungi dall'essere negata, abbia costituito un terreno comune su cui si è costruita fiducia e riconoscimento.

Il terzo cluster ha messo in luce la funzione generativa del racconto: parlare di sé, anche attraverso frammenti quotidiani, ha permesso ai partecipanti di esistere nel gruppo e di dare forma all'esperienza.

Il quarto e il quinto cluster hanno mostrato come gli elementi della tecnica quali la ritualità degli incontri, la loro struttura e lo strumento del gioco hanno contribuito a creare un senso di appartenenza e responsabilità condivisa.

In questo contesto, il gruppo non ha rappresentato soltanto uno strumento terapeutico, ma un luogo in cui si è potuto "essere con" gli altri, sperimentando nuove modalità di stare nel mondo. Questa esperienza, pur nella sua dimensione locale, ha suggerito che il gruppo psicoeducativo possa costituire una risposta concreta e sensibile alle fragilità contemporanee, offrendo ai giovani adulti un luogo in cui riconoscersi, raccontarsi e trasformarsi.

Conclusioni

A conclusione del primo anno di lavoro riteniamo che il progetto abbia generato movimento: emotivo, relazionale, simbolico. L'équipe e gli utenti hanno preso parola sperimentando che il pensiero – quando è condiviso – consente l'avvio di un processo di crescita.

Prendere parola, come suggerito da Michel de Certeau (1968), non ha significato soltanto raccontare ciò che è accaduto, ma assumere una posizione, uscire dalla passività, esprimere un punto di vista.

È stato un gesto soggettivante, che ha permesso ai partecipanti di riconoscersi e di essere riconosciuti.

E nella frase di uno dei nostri giovani partecipanti – "*non pensavo di essere bravo*" – si è rivelato il senso più profondo del percorso: accorgersi, insieme, che si può cambiare.

Nota

1. Per proteggere la privacy delle persone coinvolte, sono state utilizzate iniziali di nomi di fantasia.

Riferimenti bibliografici

- Anthony W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4): 11-23. Doi: 10.1037/h0095655.
- Casagrande R., & La Marca A. (2009). Psicoanalisi e tossicodipendenza: Riflessioni cliniche sul gruppo terapeutico. *Rivista di Psicoanalisi*, 55(1): 15-34.
- Certeau M. (1968). *La prise de parole*. Éditions de Minuit.
- Cordiale S., & Montinari G. (a cura di) (2012). *Compagno adulto. Nuove forme dell'alleanza terapeutica con gli adolescenti*. Milano: FrancoAngeli.

- Cordiale S. (2017). Spazi intermedi. In: Carbone P., & Cimino S. (a cura di), *Adolescenze. Itinerari psicoanalitici* (pp. 489-507). Roma: Magi.
- Davidson L., O'Connell M., Tondora J., Lawless M., & Evans A. C. (2005). Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle?. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5): 480-487. Doi: 10.1037/0735-7028.36.5.480.
- De Rosa B. (2003). Aspetti metodologici dell'osservazione ad orientamento psicoanalitico. In: Nunziante Cesaro A. (Ed.), *L'apprendista osservatore* (pp. 25-76). Milano: FrancoAngeli.
- Flores P. J., & Mahon L. (1993). The treatment of addiction in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 43(2): 143-156.
- Lamartora E. (2021). Linee guida per la scelta dei trattamenti integrati dell'utente in carico ai Ser.D. *Mission*, 56. Doi: 10.3280/mis56-2020oa13081.
- Lancia F. (2012). *The logic of the T-LAB tools explained*. T-Lab. -- <http://www.tlab.it/en/toolsexplained.php>.
- Levine B., & Gallogly V. (1985). *Group therapy with alcoholics: Outpatient and inpatient approaches*. London: Sage Publications.
- Marinelli S. (2024). Gruppo e gruppaltà della mente adolescente: Intervista con Savina Cordiale. *Funzione Gamma*.
- Montinari G. (a cura di) (2006). *Rifornimento in Volo. Il lavoro psicologico con gli adolescenti*. Milano: FrancoAngeli.
- Petrini F., Bianchi D., & Ginanni F. (2015). Ad ognuno il suo gruppo: I gruppi psicoeducazionali, terapeutici e di auto aiuto. In: Gori F., & Raspini R. (a cura di), *Auto aiuto in formazione. Imparare a mettersi in gioco* (pp. 33-41). Briciole, 42-43.
- Reinert M. (1998). Quel objet pour une analyse statistique de discours? Quelques réflexions à propos de la réponse Alceste. In: Mellet S. (Dir.), *IADT 1998* (pp. 557-569). Université de Nice.
- Rowe M., & Davidson L. (2016). Recovery and mental health: A review of the literature. *World Psychiatry*, 15(3): 287-294. Doi: 10.1002/wps.20335.
- Tosi M.T. (1995). Il gruppo come contenitore: Riflessioni psicoanalitiche sul lavoro con le tossicodipendenze. In: *Il gruppo terapeutico*. Milano: FrancoAngeli.
- Winnicott D.W. (1951). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psycho-Analysis*, 34: 89-97.

Le dinamiche familiari nella tossicodipendenza da sostanze: i funzionamenti “performante” e “affettivo”

Aldo Violino*, Tommaso Tunesi**

Summary

■ *The aim of this paper is to explore two family models frequently observed during sessions with drug addiction patients: performance-oriented functioning families and, on the other hand, those families with affect-oriented functioning.*

Based on over thirty years of clinical experience and observation, this paper analyses how these models affect the genesis and preservation of the addiction, focusing on the psychic mechanism related to the object relationship and the structuring of the “Self”.

Performance-oriented functioning families deny emotional needs, in favor of concrete and tangible achievements, whilst affect-oriented functioning families are characterized by an emotional enmeshment that can hinder self-sufficiency.

Ultimately, the article concludes by highlighting the importance of a specific intervention aimed at restructuring such family dynamics. ■

Keywords: *Performance-oriented functioning family, affect-oriented functioning family, drug addiction, entanglement, false-Self.*

Parole chiave: *Famiglia affettiva, Famiglia performante, Tossicodipendenza, Invischiamento, Falso-Sé.*

Introduzione

La famiglia ha storicamente rappresentato il primo e fondamentale contenitore psichico e affettivo per ogni individuo, il luogo in cui si gettano le radici delle prime rappresentazioni di sé e dell'altro. Tuttavia, negli ultimi decenni, il mutamento dei contesti sociali e culturali ha portato a una profonda trasformazione nella struttura e nelle funzioni della famiglia, dando vita a nuove forme di sofferenza e fragilità psicologica.

In questo scenario, le famiglie coinvolte nel fenomeno della tossicodipendenza offrono uno specchio particolarmente sensibile dei cambiamenti sociali in atto.

Al loro interno, le dinamiche relazionali spesso sono contrassegnate dalla confusione dei ruoli, dalla perdita di confine tra le generazioni e dalla trasmissione intergenerazionale di traumi e conflitti mai elaborati, che rendono difficile la costruzione di uno spazio affettivo stabile.

La tossicodipendenza, infatti, non può essere intesa semplicemente come un fenomeno individuale, ma come un

sintomo che emerge all'interno di una rete relazionale disorganizzata.

Quando un individuo sviluppa una dipendenza, si può spesso osservare come la famiglia non sia riuscita a svolgere quel ruolo di contenimento emotivo che avrebbe dovuto proteggere il soggetto dalla confusione interiore, lasciando al dolore psichico il compito di emergere sotto forma di agiti, cioè di comportamenti incontrollati e compulsivi, come l'uso di sostanze.

Questa realtà non è solo un disagio che affligge il singolo, ma un segnale di una disorganizzazione più ampia, che attraversa e travolge il nucleo familiare, spesso incapace di reagire in modo sano e costruttivo. In questo contesto, l'esperienza di oltre trent'anni nei Se.T. pubblici ci ha offerto un osservatorio privilegiato per analizzare questi cambiamenti.

Il Ser.T., come istituzione pubblica, è un osservatorio fenomenologico e storico del lavoro con diverse tipologie di pazienti, inizialmente con coloro che soffrivano di tossicodipendenza da eroina e successivamente con coloro che si trovano oggi a fare i conti con la dipendenza da cocaina.

Con il passare degli anni, abbiamo osservato l'evolversi non solo delle modalità di consumo, ma anche delle modalità di interazione tra le famiglie e i propri figli tossicodipendenti.

In particolare, l'esperienza ha portato a identificare due principali tipologie familiari che spesso emergono tra le famiglie dei tossicodipendenti: quelle con un funzionamento “performante” e quelle con un funzionamento “affettivo”.

* Dirigente psicologo, psicoterapeuta – SSD Psicologia Clinica ASST Ovest Milanese – Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze – Ser.T. Magenta.

** Psicologo tirocinante – SSD Psicologia Clinica ASST Ovest Milanese – Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze – Ser.T. Magenta.

Fenomenologia del tossicomane

Nel nostro lavoro clinico con persone tossicodipendenti, abbiamo imparato che non è possibile comprendere fino in fondo questo fenomeno se lo si riduce a un disturbo del comportamento, a una devianza sociale o a una semplice patologia biologica.

La tossicodipendenza è prima di tutto un'esperienza profonda di frattura della soggettività, un collasso del sé, un tentativo estremo di trovare una forma di esistenza alternativa in assenza di contenitori psichici sufficienti.

La sostanza, in questi casi, non è semplicemente un oggetto esterno di dipendenza, ma diventa una presenza interna organizzatrice della mente.

Il soggetto non vive più attraverso il desiderio o la relazione, ma attraverso la presenza o l'assenza della sostanza.

Come afferma Correale, il tossicodipendente diventa soggetto della sostanza nel momento in cui il Sé fenomenologico viene interamente colonizzato dall'oggetto-droga, che assume una posizione centrale nell'organizzazione psichica (Correale, Cangiotti, Zoppi, 2013).

Abbiamo osservato che, inizialmente, la sostanza può avere una funzione sintomatica.

Viene utilizzata per contenere stati affettivi troppo intensi, per anestetizzare un dolore interno non mentalizzato, per regolare angosce che non trovano rappresentazione.

In questa fase, la sostanza permette ancora una certa forma di investimento nella realtà.

Tuttavia, è proprio questa funzione che col tempo verrà perduta, la sostanza occupa tutto lo spazio psichico e relazionale, trasformando la persona in un contenitore passivo, incapace di desiderare, di pensare, di narrare la propria storia. (Correale, Cangiotti, Zoppi, 2013).

A nostro avviso, in accordo con Correale, questo tipo di funzionamento trova le sue radici in un'esperienza precoce di angoscia originaria.

Non si tratta di una paura con un oggetto specifico, ma di un vuoto catastrofico, di una disorganizzazione profonda del pensiero e dell'identità.

Abbiamo identificato questo stato come una condizione in cui il soggetto si trova di fronte a una frattura del senso, a un crollo del legame tra rappresentazione e affetto.

In tale condizione, l'unico modo per sopravvivere diventa il ricorso all'azione, all'eccitamento, alla chimica, che forniscono un contenitore artificiale in grado di proteggere dal rischio della disintegrazione (Correale, Cangiotti, Zoppi, 2013). Molti dei pazienti con cui lavoriamo presentano strutture borderline: un senso fragile dell'identità, labilità affettiva, uso della scissione, difficoltà nella regolazione emotiva.

La sostanza, in questi casi, viene usata come un regolatore identitario.

È ciò che tiene insieme il soggetto, ma solo al prezzo della sua alienazione.

Sempre nella scia di Correale, riteniamo che nella clinica delle tossicodipendenze si rileva una significativa presenza di funzionamenti borderline: soggetti con un'identità non stabilizzata, affetti da angosce di frammentazione e da una intensa dipendenza oggettuale" (Correale, Cangiotti, Zoppi, 2013).

Nel lavoro terapeutico, la relazione di transfert assume una dimensione intensa e ambivalente.

Il paziente proietta sul terapeuta speranze e minacce, aspettative di salvezza e paure di annientamento. Non ci troviamo di fronte a un transfert classico, ma a un transfert che ripete la relazione con la sostanza: fusione e aggressività, bisogno e rifiuto.

Per questo motivo, riteniamo che il lavoro non possa essere affidato a un solo terapeuta, ma debba svilupparsi all'interno di un contenitore istituzionale.

Il transfert deve poter diventare lo spazio in cui il soggetto si riforma, in cui può emergere una nuova rappresentazione di sé e dell'altro, a condizione che l'ambiente terapeutico sia sufficientemente stabile e articolato (Correale, Cangiotti, Zoppi, 2013).

In questo contesto, l'équipe terapeutica svolge una funzione centrale.

Non è solo una struttura organizzativa, ma un oggetto psichico collettivo, un campo relazionale in cui il paziente può rispecchiarsi, differenziarsi, iniziare a elaborare alternative alla logica binaria della dipendenza.

L'équipe è intesa come un luogo psichico in cui il soggetto può ripetere, trasformare e infine separarsi dalla relazione perversa con la sostanza.

È all'interno di questa cornice che vogliamo integrare le riflessioni di Luigi Cancrini, il quale ha fornito un contributo fondamentale nella comprensione sistemico-relazionale delle tossicodipendenze.

Cancrini ci invita a considerare la dipendenza non solo come un disturbo del singolo, ma come un'espressione di sofferenze che si radicano nella rete familiare e sociale.

Secondo la sua lettura, l'uso della sostanza rappresenta "un tentativo disperato di auto-terapia" (Cancrini, 1982), ovvero una risposta individuale a un dolore non elaborabile in altro modo.

Nella sua classificazione, Cancrini distingue diverse forme di tossicomania.

La tossicomania traumatica è una risposta diretta a un evento luttuoso, a una rottura insostenibile, che provoca uno stato di vuoto non mentalizzabile.

La tossicomania nevrotica appare invece nei soggetti che vivono un disagio profondo legato a ruoli familiari rigidi e alienanti, spesso quelli del "capro espiatorio".

La tossicomania di transizione si manifesta in soggetti con strutture borderline o psicotiche che utilizzano la sostanza per organizzare la propria identità. Infine, nella tossicomania sociopatica, la sostanza appare in contesti di grave privazione affettiva e sociale, spesso accompagnata da comportamenti antisociali.

Per Cancrini, la famiglia non è solo un luogo di origine del problema, ma anche un potenziale contenitore trasformativo. Senza il coinvolgimento della rete affettiva, il percorso terapeutico resta fragile.

Egli afferma con chiarezza che se i percorsi per arrivare alla droga sono diversi, diversi risultano i percorsi per uscirne (Cancrini, 1991).

Di conseguenza, la cura non può che essere multifattoriale, integrata, capace di tenere conto della storia individuale, dei legami affettivi e del contesto sociale.

Alla luce di queste riflessioni, riteniamo che un approccio psicoanalitico, integrato con lo sguardo sistemico-relazionale di Cancrini, possa offrire strumenti preziosi per la comprensione e la cura della tossicodipendenza.

Non si tratta di “curare la dipendenza” in senso stretto, ma di restituire al soggetto la possibilità di riappropriarsi della propria esperienza interna, delle relazioni, del pensiero. In altri termini, aiutare il soggetto a riemergere da quel nascondimento psichico che la sostanza ha contribuito a costruire e che la cura deve, con delicatezza, disfare.

Le due famiglie: quadri teorici

La tossicodipendenza, nella sua espressione sintomatica, può essere letta come un tentativo fallito di autoregolazione affettiva, spesso inscritta in dinamiche familiari disfunzionali profondamente radicate.

All'interno della cornice psicoanalitica, si delinea con sempre maggiore chiarezza come il contesto relazionale primario influenzi lo sviluppo del Sé e delle capacità simboliche, fino a condurre, in presenza di fattori predisponenti, all'organizzazione di strutture difensive incentrate sullo scarico somatico e l'attacco al legame (Bion, 1962).

Le due tipologie familiari ricorrenti tra i pazienti tossicodipendenti, individuate, sono denominate “famiglie a funzionamento performante” e “famiglie a funzionamento affettivo”.

Esse rappresentano due poli opposti ma ugualmente patogeni, rispetto alla possibilità di costituire uno spazio psichico differenziato in cui il soggetto possa divenire centro di esperienza affettiva riconosciuta.

1. Famiglie a funzionamento performante

1.1. Caratteristiche strutturali

In queste famiglie, il valore dell'individuo è subordinato alla sua capacità di produrre, raggiungere obiettivi, conformarsi a standard elevati di prestazioni.

Il riconoscimento dell'altro passa principalmente attraverso il fare e il riuscire, a discapito della soggettività affettiva.

Le emozioni, in particolare quelle disorganizzanti come la tristezza, la paura o la rabbia, vengono rimosse, negate o medicalizzate.

Dal punto di vista psicoanalitico, ci troviamo di fronte ad un ambiente primario carente nella funzione specchio affettiva, come descritta da Winnicott (1974) dove il caregiver riflette solo gli aspetti accettabili o valorizzabili del bambino, costringendolo a strutturare un “falso Sé” adattivo.

Questo assetto favorisce l'insorgenza di un funzionamento difensivo iperadattato, nel quale il soggetto si aliena da se stesso per essere conforme all'ideale dell'Altro (Winnicott, 1974).

1.2. Implicazioni psicodinamiche

Nel figlio, questo clima promuove un investimento narcisistico della performance, a scapito della costruzione di una funzione simbolica integrata.

Il sintomo tossicomane può allora rappresentare una modalità regressiva di riappropriazione affettiva: la sostanza offre una “cura” illusoria a un vuoto interno, il quale non ha

potuto essere nominato né contenuto all'interno della relazione primaria (Green, 2018).

La tossicodipendenza, in questo contesto, può essere letta come un agito psicosomatico che supplisce a una funzione di rêverie mancante nell'ambiente primario (Bion, 1962).

2. Famiglie a funzionamento affettivo

2.1. Caratteristiche strutturali

Nel polo opposto troviamo famiglie a “funzionamento affettivo”, dove l'enfasi è posta sulla relazione emotiva e l'unione simbiotica a discapito dell'individuazione soggettiva.

Il confine tra Sé e l'Altro è fragile o inesistente: il figlio è esperito come un'estensione narcisistica, con una forte difficoltà, da parte dei genitori, a tollerare la separazione e la differenziazione. L'intrusione affettiva può essere mascherata da “amore”, ma si tratta spesso di un affetto non mentalizzato, agito e non simbolizzato (Fonagy et al., 2002).

2.2. Implicazione psicodinamiche

Queste famiglie operano secondo patti narcisistici inconsci, in cui l'individuo è chiamato a sostenere il legame familiare a prezzo della propria soggettività.

In questo contesto, la tossicodipendenza assume un duplice significato: da un lato, essa rappresenta una rottura dell'invischiamento fusionale, una forma estrema di separazione attraverso l'autodistruzione; dall'altro costituisce un tentativo inconscio di mantenere una forma arcaica di attaccamento alla madre attraverso la sostanza, oggetto sostitutivo di una relazione primaria non elaborata.

L'inadeguatezza della funzione alfa genitoriale (Bion, 1962), unita alla assenza di contenimento delle angosce primitive, impedisce lo sviluppo del pensiero come trasformazione dell'affetto.

Il paziente tossicodipendente agisce allora un corpo-pensiero, dove la sostanza funge da mediatore parassitario di una funzione mentale carente.

Confronti

Aspetto	Famiglia performante	Famiglia affettiva
Riconoscimento del soggetto	Basato sulla performance	Basato sull'invischiamento emotivo
Rischio psichico	Falso Sé, alienazione affettiva	Mancata individuazione, fusionalità
Ruolo della sostanza	Tentativo di recuperare l'affettività	Tentativo di separarsi dall'Altro
Meccanismo difensivo prevalente	Rimozione, razionalizzazione	Identificazione proiettiva, annullamento dell'alterità
Modello di attaccamento	Evitante distanziante	Ambivalente/disorganizzato

Entrambi i modelli impediscono la costituzione di un Sé coeso e simbolicamente rappresentato.

Se nelle famiglie performanti il soggetto è indotto a sacrificare la dimensione emotiva in favore dell'efficienza, nelle famiglie affettive esso è fagocitato da un amore non differenziato, che ostacola la strutturazione del confine tra Sé e l'Altro.

Casi clinici: due esemplificazioni

Funzionamento performante: Giorgio

Giorgio, 27 anni, è sempre stato un figlio adeguato, pienamente rispondente alle aspettative dei genitori i quali lo vedevano crescere sicuri del risultato finale: una vita tranquilla e realizzata.

Per tutta l'adolescenza non ci sono scossoni ed il binario non prevede scambi o deviazioni.

È convinzione di entrambi che lo sviluppo evolutivo proceda in modo naturale e che non sia necessario alcun monitoraggio o intervento educativo particolare.

Tale condizione li porta a dimenticarsi del figlio in quanto soggetto pensante e con bisogni propri.

Il suo compito è non creare problemi e, soprattutto, non deludere i "desiderata" di coloro che l'hanno generato e indirizzato verso un futuro già scritto.

L'investimento affettivo genitoriale viene garantito in risposta ad un funzionamento adeguato agli standard comportamentali predisposti.

Il figlio immaginato prende vita in un contesto dove si baratta l'amore con gli obiettivi da raggiungere.

Giorgio, infatti, dopo aver conseguito il diploma lavora regolarmente e ha una forte passione per lo sport.

È proprio questo il nodo critico: l'affetto e la fiducia non sono gratuiti, ma vincolati, in un'ottica perversa che imprigiona i protagonisti in una forma di doppio legame, che soffoca inesorabilmente le istanze di autonomia del figlio.

La totale inconsapevolezza di questa prigionia dorata, porta il giovane a trovare presunte soluzioni in territori lontani e avversi alle aspettative di partenza.

Qui entra in gioco la tossicodipendenza dalla cocaina dall'età di 21 anni, la quale costituisce una rottura totale con un mondo ordinato e precostituito.

Paradossalmente, la dipendenza da sostanza è perseguita come una forma di liberazione ed indipendenza da un destino già scritto da altri.

L'effetto è deflagrante e non potrebbe esserlo altrimenti, perché solo una frattura dolorosa ed impensabile sembra portare con sé una speranza, che contiene grande sofferenza, ma anche alternativa.

Queste tipologie di famiglie rappresentano isole apparentemente felici, dove la realizzazione si compie solamente al loro interno ed alle loro condizioni.

Sono realtà perse in un mare in burrasca, che sembrano garantire l'unica via di sopravvivenza.

In realtà la burrasca intorno è solo un'illusione creata ad hoc per impedire slanci di indipendenza, continuamente boicottati.

La domanda portata al servizio delle dipendenze, soprattutto, da parte dei familiari è di rimettere tutto a posto, ripristinando un equilibrio interrotto da un incidente di percorso inspiegabile.

In realtà compito degli operatori è rendere consapevole il soggetto della disfunzionalità del comportamento tossicomane e rinforzare una motivazione a costruire un progetto di vita realmente rispondente ai suoi bisogni più profondi, sacrificati, in passato, ad aride logiche performanti, sganciate completamente da investimenti affettivi.

Questa operazione terapeutica è molto difficile da mettere in atto e far accettare, perché non rappresenta un semplice cambiamento nel contesto familiare, ma un vero e proprio salto paradigmatico che dovrebbe catapultare i soggetti trattati in nuovi orizzonti di senso.

Mi sento di definirlo, con accezione assolutamente laica, un vero e proprio "atto di fede" in una dimensione altra, conosciuta inizialmente solamente dal terapeuta.

Si possono immaginare le numerose resistenze ad avviare un tale processo di cambiamento, che deve essere proposto nel momento in cui si è dimostrato di aver capito le logiche che imbrigliano il paziente, dimostrando di poter costruire un'alternativa realmente "competitiva" con quell'attuale, altamente disfunzionale.

La variabile tempo gioca un ruolo fondamentale, perché al di là della necessità di accreditarsi agli occhi del soggetto, occorre saper aspettare che quest'ultimo inizi a capire emotivamente le conseguenze negative del comportamento tossicomane ed a intravedere un processo alternativo che gli consenta di porre le basi per una vita realmente sua e che vada incontro ai suoi desideri ed obiettivi.

T: "Secondo te quale funzione ha avuto la sostanza?"

P: "Non lo so, mi faceva star bene"

T: "Può essere, invece, che avessi bisogno di allontanarti da un progetto di vita già deciso per te, ma non da te?"

P: "Una sorta di ribellione?"

T: "Sì, pensavo proprio a una sorta di ribellione, da che cosa però?"

P: "Pensandoci bene tutto è iniziato quando mi sono reso conto che i desideri che i miei genitori avevano per anni manifestato nei miei confronti, non erano in linea coi miei, cioè, io li ho sperimentati man mano e li sto ancora scoprendo."

Funzionamento affettivo: Marco

Il figlio viene considerato l'oggetto unico di investimento affettivo sul quale i genitori indirizzano tutto il loro affetto ed energie con l'obiettivo di "costruire" per lui una realtà perfetta e felice, priva di tristezza, frustrazione e qualsiasi forma di sofferenza.

Le condotte genitoriali appaiono sin da subito improntate ad un'iperprotezione che nel tempo soffocano sempre di più la naturale tendenza del bambino all'esplorazione del mondo esterno.

Tali comportamenti educativi nascono da vissuti di ansia, i quali spesso vengono sedati da forme di controllo e iperprotezione, in quest'ottica si costruisce un vero e proprio circolo vizioso che porta a un'escalation di controllo non solo sul bambino ma anche sui contesti a lui associati.

Il bambino, da piccolo si sente iperaccudito e amato; nel corso della crescita, però, emerge il bisogno di esplorazione autonoma e di differenziazione dalle figure genitoriali, le quali dovrebbero adeguarsi allo spontaneo sviluppo di competenze e bisogni diversi, permettendo al bambino di allontanarsi gradualmente dall'unica zona di comfort che conosce, validando che il mondo esterno non è così pericoloso e ostile.

I genitori non sono solamente visti dal bambino come “fonte di amore e protezione” ma diventano dei veri e propri “erogatori di servizi”, rendendo il bambino/ragazzo sempre più dipendente dalle figure genitoriali e dall’ambiente familiare, maturando la convinzione di non potersela cavare da solo nel mondo.

Marco, 25 anni, vive ancora nella famiglia d’origine, nonostante lavori da circa 6 anni in modo continuativo.

È un ragazzo pieno di risorse e passioni.

Si avvicina alla cocaina all’età di 18 anni in situazioni sociali con l’obiettivo di essere più sicuro di sé, l’uso aumenta sempre di più quando capisce che la sostanza gli dona presunta indipendenza e autonomia rispetto al legame familiare.

Una volta scoperta tale situazione da parte dei genitori emerge l’impossibilità di controllare le scelte e gli ambienti vissuti dal figlio.

Hanno sempre più la percezione che la sostanza gli abbia sottratto la gestione emotiva e affettiva del giovane.

Questo evento inaspettato rappresenta una vera e propria ferita narcisistica per i genitori, i quali vivono una condizione di fallimento esistenziale personale, anteponeandola alle reali fragilità del ragazzo; emerge chiaramente la difficoltà di separare il presunto fallimento educativo dalla sofferenza sperimentata dal figlio, il quale avverte il senso di colpa nei confronti dei genitori ma contemporaneamente assapora per la prima volta l’indipendenza e l’autonomia.

L’intervento terapeutico è finalizzato ad una presa in carico complessiva del sistema familiare, poiché è necessario ristrutturare e ridefinire bisogni e aspettative delle parti coinvolte, partendo dal lavoro sulla consapevolezza delle dinamiche relazionali e smontando le idealizzazioni messe in atto reciprocamente.

Una volta raggiunta la presa di coscienza del funzionamento familiare e personale è necessario ragionare sulla costruzione di un nuovo progetto di vita autonomo, così facendo in parallelo si va a lavorare anche sull’incremento dell’autostima e sul senso di auto-efficacia del ragazzo.

Per raggiungere tali obiettivi, è necessario lavorare in modo simultaneo con la coppia genitoriale sul bisogno eccessivo di controllo e supervisione costante, ulteriormente legittimata dall’uso di sostanze, in favore di supporto e sostegno “alla giusta distanza.

T: “Secondo te quale funzione ha avuto la sostanza?”

P: “Mi rendeva più sicuro di me e mi sentivo come gli altri.”

T: “Cosa non ti faceva sentire sicuro come gli altri?”

P: “Ho sempre avuto la percezione di valere meno e di sentirmi giudicato.”

T: “In quali contesti, invece, ti sei sentito riconosciuto?”

P: “In realtà solamente in famiglia... riflettendo bene è l’unico luogo e i miei genitori sono le uniche persone che mi hanno fatto sentire bene.”

T: “Forse però anche il mondo esterno può essere accogliente se esplorato.”

Conclusioni

La famiglia è sempre stato un presidio fondamentale all’interno della società, che ha saputo adattarsi ed adeguarsi ai cambiamenti sociali delle diverse epoche storiche.

Attualmente, la famiglia sembra uno “spazio assediato” difficile da valorizzare e da difendere da istanze che rispondono a lo-

giche utilitaristiche, non orientate alla costruzione di un tessuto sociale che offra un quadro di riferimento valoriale e di senso.

Il porto sicuro di un tempo sembra essersi trasformato in un luogo esposto e battuto dai venti improvvisi di mode e tendenze che cambiano continuamente di direzione.

Sempre più si assiste ad uno smarrimento del ruolo genitoriale, estremamente in difficoltà ad affrontare le sfide educative.

Le aspettative nei confronti dei figli sembrano polarizzarsi su due tipologie di funzionamento: quello performante e quello affettivo.

In entrambe le tipologie ci si focalizza sul raggiungimento di una condizione assolutizzante imposta al figlio, perdendo di vista il suo reale benessere, che si sviluppa nel tempo ed è molto più complesso ed articolato.

L’urgenza di trovare una risposta educativa, a percorsi evolutivi problematici e discontinui, spinge la coppia genitoriale a costruire, più o meno consapevolmente, un progetto di vita altamente vincolato e rigido, che non è in grado di modularsi su di un soggetto in continuo cambiamento.

Molto spesso il vissuto di solitudine avvertito dai genitori che non trovano all’esterno dei confini familiari quadri di riferimento in grado di supportarli realmente, associato ad una mancanza di fiducia nelle loro competenze relazionali e personali, impedisce loro di sviluppare forme di ascolto e vicinanza da associare ad istanze di mero controllo.

In tal senso, le due tipologie di funzionamento descritte, rappresentano risposte apparentemente funzionali, in realtà eccessivamente semplificate, ad esigenze di gestione che non si esauriscono con l’offrire degli obiettivi e dare delle direzioni, ma implicano un accompagnamento emotivo modulato e rispettoso del percorso evolutivo del figlio.

La consapevolezza della priorità del benessere di quest’ultimo, a scapito delle aspettative personali dei genitori, dovrebbe orientare e caratterizzare l’atto educativo, liberandolo da istanze narcisistiche e strumentali, troppo spesso presenti e condizionanti.

In conclusione, si ritiene necessario sottolineare l’importanza di curare lo sviluppo di un buon funzionamento che consenta di affrontare in modo adeguato le tappe del percorso formativo, associandolo alla ricerca di un benessere emotivo indipendente dagli investimenti affettivi genitoriali, indispensabile per una piena realizzazione nei diversi ambiti di vita.

Riferimenti bibliografici

- Bion W.R. (1962). *Apprendere dall’esperienza*. Armando Editore.
- Cancrini L. (1982). *Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani*. Roma: Nuova Italia Scientifica.
- Cancrini L. (1991). Famiglia e droga: dall’autoterapia alla richiesta di aiuto. In: Malagoli Togliatti M., & Telfener U. (a cura di), *Dall’individuo al sistema*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Cancrini L. (2009). *Lezioni di psicopatologia delle tossicodipendenze*. Roma: Edizioni Universitar.
- Correale A., Cangiotti F., & Zoppi A. (2013). *Il soggetto nascosto: Un approccio psicoanalitico alla clinica delle tossicodipendenze*. Milano: FrancoAngeli.
- Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., & Target M. (2005). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Raffaello Cortina Editore.
- Green A. (2018). *Narcisismo di vita, narcisismo di morte*. Raffaello Cortina Editore.
- Winnicott D.W. (1974). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Martinelli.

ALCOVER®

sodio oxibato

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



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



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

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

RCP ALCOVER





Daniela d'Angela, Salvatore Giancane, Alfio Lucchini, Domenico Tricarico

L'EVOLUZIONE DELLA GESTIONE DELLA DIPENDENZA DA STUPEFACENTI

Servizi, trattamenti, tecnologie e risorse

pp. 138

Editore: ceReo Edizioni

Il volume descrive l'evoluzione nel tempo della presa in carico e delle terapie dei soggetti con dipendenza da stupefacenti in Italia.

La ricca e articolata storia del Sistema delle Dipendenze attesta come in l'Italia si sia costruito e consolidato un intervento per le dipendenze robusto, innovativo e centrato sulla persona che vede i Servizi Pubblici per le Dipendenze (SerD) come fulcro dell'assistenza, erogata con équipe multidisciplinari e con accesso libero, gratuito e personalizzato.

Le sfide attuali, con la presenza di nuove sostanze psicoattive e un aumento di incidenza di quelle "storiche", richiedono un rinnovato impegno culturale, istituzionale, organizzativo e clinico. L'evoluzione del sistema di intervento è stata resa possibile anche dallo sviluppo di trattamenti farmacologici specifici.

L'introduzione del metadone e poi della buprenorfina hanno rivoluzionato le terapie permettendo di stabilizzare i

pazienti, ridurre i rischi di overdose, migliorare la qualità di vita delle persone.

Viene descritta la realizzazione della tecnologia per l'erogazione dei farmaci oppiacei in forma liquida e la sua introduzione nei diversi contesti operativi.

Un percorso iniziato oltre un quarto di secolo fa grazie alla sinergia virtuosa tra professionisti delle dipendenze, istituzioni sanitarie e industria del farmaco.

Infine si analizza il modello organizzativo adottato dai Servizi pubblici, con una osservazione in vivo che permette una valorizzazione economica, evidenziando le risorse necessarie per la presa in carico e la cura dei soggetti con dipendenza da stupefacenti.

Un testo utile per gli operatori dei vari contesti assistenziali, vuoi ambulatoriali, residenziali, o dell'ambito carcerario, nonché agli stakeholders del settore.

Daniela d'Angela, presidente di CREA Sanità, docente Università Roma Tor Vergata.

Salvatore Giancane, già dirigente medico SerD AUSL Bologna, esperto in riduzione del danno.

Alfio Lucchini, direttore del Centro studi e ricerche Consumi e Dipendenze – CeRCo – Milano, past president nazionale di FeDerSerD.

Domenico Tricarico, professore ordinario di farmacologia e tossicologia, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro".



PROMUOVE

**LA DEPRESSIONE MAGGIORE IN
COMORBILITÀ CON IL DISTURBO
DA USO DI SOSTANZE: CLINICA E TERAPIA**

**LE DIECI COSE
DA SAPERE**

FAD ECM ASINCRONA

FAD ECM ASINCRONA Online da lunedì 8 settembre a mercoledì 31 dicembre 2025

Accreditamento: la FAD ASINCRONA è accreditata ECM per le seguenti figure professionali: MEDICO CHIRURGO (Cardiologia; Gastroenterologia; Geriatria; Medicina Fisica E Riabilitazione; Medicina Interna; Nefrologia; Neurologia; Oncologia; Psichiatria; Reumatologia; Neurochirurgia; Farmacologia E Tossicologia Clinica; Neurofisiopatologia; Neuroradiologia; Igiene Degli Alimenti E Della Nutrizione; Medicina Generale (Medici Di Famiglia); Direzione Medica Di Presidio Ospedaliero; Psicoterapia; Cure Palliative; Epidemiologia), INFERMIERE, PSICOLOGO, EDUCATORE PROFESSIONALE, TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

Crediti ECM: 7

MODALITÀ DI ISCRIZIONE

La partecipazione è gratuita previa iscrizione online connettendosi al sito www.federserd.it oppure www.expopoint.it e selezionando l'evento di riferimento.

PROVIDER N. 2091 e SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
EXPPOINT - Organizzazione Congressi Eventi

**EXP
POINT**
CONGRESSI
EVENIMENTI
COMUNICAZIONE

segreteriacongressi@expopoint.it
www.expopoint.it

SCAN ME





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 _____