

GIORNALE ITALIANO DI   

# TOSSICOLOGIA

Organo ufficiale della Società Italiana di Tossicologia - SITOX



Anno IV n. 1 - Maggio 2025



## SOCIETÀ ITALIANA DI TOSSICOLOGIA

Riconosciuta con DPR 16/05/1972, n. 376  
Iscritta nel Registro delle Persone  
Giuridiche della Prefettura di Milano n. 351  
pag. 606 vol. II  
SEDE LEGALE E OPERATIVA  
Via Giovanni Pascoli, 3 - 20129 Milano  
02.29520311  
segreteria@sitox.org  
www.sitox.org

## CONSIGLIO DIRETTIVO

PRESIDENTE

Orazio Cantoni

PRESIDENTE ELETTO

Guido Mannaioni

PAST PRESIDENT

Corrado L. Galli

SEGRETARIO

Roberto Russo

CONSIGLIERI

Santa Cirmi

Fabiana Morrioni

Valeria M. Petrolini

Emanuela Testai

Luca Tosti

Barbara Viviani

## GIORNALE ITALIANO DI TOSSICOLOGIA

DIRETTORE RESPONSABILE

Sarah Vecchio

COMITATO DI REDAZIONE

Luisa Borgia

*Bioetica*

Frida Bushati

*Comunicazione*

Raffaella Butera

*Tossicologia Clinica e*

*Regolatoria, Risk Assessment*

Orazio Cantoni

*Tossicologia Cellulare,*

*Tossicologia Sperimentale*

Claudio Colosio

*Tossicologia Occupazionale*

Emanuela Corsini

*Interferenti Endocrini,*

*Tossicologia Cellulare*

Rosella Gemma

*Comunicazione*

Agnese Graziosi

*Tossicologia Clinica*

*e Sperimentale*

Corrado L. Galli

*Tossicologia Sperimentale,*

*Emergenze Tossicologiche*

Costanza Rovida

*Tossicologia Regolatoria*

Sarah Vecchio

*Farmaco-Tossicologia Clinica,*

*Medicina delle Dipendenze,*

*Tossicologia di Genere*

SEGRETERIA DI REDAZIONE

M. Elena Scamoni

Pubblicazione iscritta nel

Registrato della Stampa,

Tribunale di Milano, N. 332 del 31.05.97

IMPAGINAZIONE E STAMPA

RBS Graphic Productions S.r.l. - Torino

# Sommario

- 
- p. 1 **Editoriale**  
**Il guanto di sfida**  
*Sarah Vecchio*
- 
- p. 6 **Linee di indirizzo intersocietarie su diagnosi e cura del Disturbo da Uso di Alcol (DUA)**
- 
- p. 57 **Violazione degli articoli 186 e 187 del Codice della Strada in provincia di Piacenza: tre anni di casistica**  
*Luca Natale, Antonio Agosti, Francesco Mariani, Giovanna Arena, Mario Battagliola, Roberto Zoppellari*
- 
- p. 61 **CASE REPORT**  
**L'utilizzazione dell'impianto di buprenorfina a rilascio prolungato in ambiente controllato**  
*Claudio Leonardi, Sabino Cirulli, Marco Nunzi, Florinda Maione, Claudio Pierlorenzi, Lucia Curatella, Viero D'Alessio, Marzia Pibiri*

È possibile inviare contributi per la pubblicazione sul Giornale Italiano di Tossicologia. I contributi potranno essere inviati direttamente alla Segreteria di Redazione del giornale (SITOX, segreteria@sitox.org) o ai referenti delle aree tematiche.

Il Comitato Editoriale si riserva di valutare tempi e modi per la pubblicazione dei contributi.

## Editoriale Il guanto di sfida

Sarah Vecchio

Direttore Responsabile

Nell'antichità, per sfidare qualcuno a duello, si gettava un guanto ai suoi piedi oppure lo si lanciava in modo sprezzante in faccia all'avversario, che poteva scegliere se accettare il combattimento o considerarsi disonorato. Quella di cui parlerò è una sfida più che mai moderna e attuale: quella tra le dipendenze e i Servizi che hanno le competenze in campo scientifico, oltre che il mandato istituzionale, per prevenirle e curarle.

Perché parlarne qui? I Servizi per le Dipendenze (Ser.D) rappresentano uno dei naturali e principali sbocchi professionali dei medici specialisti in Farmaco-Tossicologia clinica all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, per il quale si preparano durante gli anni di specializzazione grazie alla formazione accademica affiancata da tirocini pratici presso i Ser.D. Vi arrivano quindi, nella maggior parte dei casi, per scelta e per interesse verso la medicina delle dipendenze. Elemento da non sottovalutare, se si considera che lavorare con persone affette da dipendenze sempre più complesse richiede specifiche competenze professionali, oltre che la volontà di studiare e comprendere una patologia che può complicare il rapporto medico-paziente e la relazione terapeutica in generale. Insomma, la prima ragione che deve muovere a lavorare in un Servizio per le Dipendenze deve essere la voglia di averci a che fare, di studiare la materia, la volontà di sapere cos'è una dipendenza, cosa significa per il

paziente esserne affetti e per il professionista curarla.

Inoltre la Farmaco-Tossicologia clinica si applica in modo importante e imprescindibile alla cura delle dipendenze anche nell'ambito della ricerca pre-clinica (basti pensare ai diversi modelli utilizzati per lo studio della neurobiologia e dei comportamenti legati all'*addiction*) e del trattamento delle fasi acute di intossicazione, grazie ai Centri Antiveneni italiani i cui specialisti ogni anno supportano i colleghi della rete ospedaliera e pre-ospedaliera nella gestione di migliaia di pazienti che afferiscono al sistema dell'emergenza-urgenza per quadri di intossicazione acuta.

Quale luogo migliore insomma del Giornale Italiano di Tossicologia per parlare della nostra sfida? Torniamo appunto all'inizio e vediamo chi sono i contendenti.

È un compito arduo riassumere in poche righe cosa sia una dipendenza. In modo molto didattico possiamo partire da quella che è la descrizione che ne dà il NIDA (*National Institute on Drug Abuse*) americano: "La dipendenza è definita come un disturbo cronico e recidivante caratterizzato dalla ricerca e dall'uso compulsivo di droghe nonostante le conseguenze negative. È considerata un disturbo cerebrale, perché comporta cambiamenti funzionali nei circuiti cerebrali coinvolti nella ricompensa, nello stress e nel comportamento motivato. Questi cambiamenti possono durare

a lungo dopo che una persona ha smesso di assumere droghe. La dipendenza è molto simile ad altre malattie, come quelle cardiache. Entrambe alterano il normale e sano funzionamento di un organo del corpo, entrambe hanno gravi effetti dannosi ed entrambe sono, in molti casi, prevenibili e curabili. Se non trattate, possono durare tutta la vita e portare alla morte.” A prescindere dai meccanismi con i quali la dipendenza si sviluppa e si mantiene, dai fattori di rischio e dai fattori protettivi, quello che interessa dire ai fini della nostra sfida è che la patologia dipendenza si è evoluta moltissimo negli anni, anche recenti, ed è tuttora in costante evoluzione. Molto brevemente la storia delle dipendenze in Italia ha visto negli anni '60 e '70 la diffusione di allucinogeni, psichedelici, empatogeni e cannabis. Tra la metà degli anni '70 e gli anni '80 hanno fatto la loro comparsa in modo esplosivo l'eroina prima e la cocaina poi, che sono andate ad affiancarsi alle sostanze già conosciute. Interessantissimi i libri e i documenti dedicati all'intrecciarsi tra storia civile e politica dell'Italia di quegli anni e la storia delle droghe, a cui vi rimando in caso fosse di vostro interesse. Facendo un salto in avanti fino ai nostri giorni, possiamo così riassumere i numerosi e fondamentali mutamenti rispetto al passato: l'enorme numero di tipologie di sostanze attualmente disponibili sul mercato, la diversificazione dei mercati di spaccio, l'ampia diffusione del consumo di cocaina in forma di crack, il fenomeno dell'abuso di farmaci, la comparsa o l'affermazione di dipendenze comportamentali in assenza di sostanza, la prevalenza di quadri di polia-buso, la riduzione dell'età di primo contatto con le sostanze e i comportamenti patologici e, non da ultimo, la rappresentazione del consumatore non più inquadrabile nelle vecchie e stigmatizzate tipologie.

Solo per toccare alcuni temi, quelle che sino a pochi anni fa erano definite “Nuove Sostanze Psicoattive” (cannabinoidi e catino-

ni sintetici, fenetilamine per citarne alcune) hanno ora acquisito la “dignità” di sostanze stupefacenti vere e proprie, ricercate per il loro effetto e non più come alternativa alle droghe “classiche”. Comparse agli inizi degli anni 2000, per lo più sintetiche, vengono facilmente prodotte in laboratori che possono avere anche le dimensioni di uno scantinato e vendute online, in particolare nel *dark web*, per un fatturato di milioni di euro all'anno. Oppure vengono utilizzate per adulterare (“tagliare” per utilizzare una forma gergale) sostanze da strada come eroina, cocaina, cannabis e amfetamine, per lo più all'insaputa del compratore. Il quale si espone a molecole che sono, nella maggior parte dei casi, più potenti rispetto alle altre sostanze e gravate da una tossicità acuta ancora maggiore anche per singole assunzioni. Esempio emblematico sono i nuovi oppioidi sintetici, come nitazeni e derivati dei fentanili, causa di una riduzione dell'aspettativa di vita negli Stati Uniti e che stanno facendo la loro comparsa in modo strisciante anche in Italia. Si è quindi verificato quello che Henderson, precorrendo i tempi, aveva ipotizzato quasi 40 anni fa: “Le future droghe d'abuso saranno sintetiche piuttosto che vegetali. Saranno sintetizzate da sostanze chimiche facilmente reperibili, potranno essere derivati di farmaci, saranno molto potenti e saranno commercializzate in modo molto intelligente. Il problema delle *designer drugs* potrebbe diventare un problema internazionale. Un singolo grammo di qualsiasi droga molto potente potrebbe essere sintetizzato in un luogo, trasportato in siti di distribuzione in tutto il mondo e poi formulato in molte migliaia, forse un milione, di dosi”. Ma il presente sono anche gli abusi di protossido d'azoto, il fenomeno della *pink cocaine*, l'epidemia di consumo di ketamina, i derivati della cannabis sempre più concentrati e le nuove modalità di consumo come il *vaping*. E chi sono oggi i consumatori? Persone estremamente variabili per tipolo-

gia e motivazioni (leggi fattori di rischio), di età anche molto giovane che si avvicinano alle sostanze a partire da quelle legali (nicotina e alcol) per poi, in alcuni casi, sviluppare una traiettoria di malattia che li porterà alla dipendenza vera e propria da sostanze. Oltre che alle dipendenze cosiddette “comportamentali”, vale a dire quelle *addiction* (Disturbo da Gioco d’Azzardo, *Gaming, Sex addiction, Internet addiction* e così via) che rappresentano l’archetipo della malattia perché non influenzate dall’effetto di una sostanza chimica sul cervello. Il tutto spesso in quadri di poliabuso dove le sostanze, legali e illegali, vengono associate e consumate contemporaneamente, in sequenza o alternate durante il decorso della malattia, potendosi affiancare anche ai comportamenti patologici.

Ma veniamo al secondo sfidante del nostro duello, i Servizi per le Dipendenze. L’ultima Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenze ne ha censiti 570 sul territorio italiano, articolati in 614 sedi. I Ser.D sono nati tra gli anni ‘80 e ‘90, dall’evoluzione normativa degli allora esistenti Nuclei Operativi Tossicodipendenze (N.O.T.), Centri Medici e di Assistenza Sociale (CMAS) e Presidi di Diagnosi e Cura (geralmente identificati come Centri Metadonici). Oltre a questi, esistevano già anche sedi specifiche per il trattamento di problemi alcolologici quali i Nuclei Operativi Alcolologia (N.O.A.) e servizi mirati al contesto penitenziario. In quegli anni l’esigenza era quella di dare risposte alla sanità pubblica relativamente alla diffusione dell’eroina e, in seguito, all’epidemia di HIV, risposte che in quel momento praticamente nessuno aveva, resistendo a tentativi di boicottaggio e allo stigma legato a quella che, allora, non si sapeva ancora fosse una malattia. Lo studio della legislazione italiana relativa alla strutturazione dei Servizi deputati alla cura delle tossicodipendenze, la cui interessantissima analisi esula tuttavia dall’obiettivo di questo mio scrit-

to, evidenzia alcuni passaggi fondamentali (Legge 685/1975 e decreti attuativi, DPR 309/90, Decreto 444/90, Legge 45/99) che hanno segnato cambiamenti sostanziali nell’approccio alle dipendenze. Si è infatti passati nel corso del tempo da una situazione in cui la norma prevedeva che la cura e la riabilitazione dei soggetti tossicodipendenti fossero affidate ai normali presidi ospedalieri, ambulatoriali, medici e sociali localizzati nella regione, con esclusione degli ospedali psichiatrici, ad una in cui è previsto che le attività di prevenzione e cura siano esercitate da specifiche strutture accreditate e multidisciplinari pubbliche (i moderni Ser.D) e private. Nel mentre, si assisteva all’introduzione del metadone come terapia per la dipendenza da oppiacei, inizialmente vittima di un pensiero scientifico arretrato che lo vedeva come terapia “sostitutiva” all’eroina, in un quadro generale in cui il trattamento farmacologico era considerato come alternativa alla disintossicazione e la persona affetta da dipendenza non come portatore di patologia ma come soggetto deviante, meritevole di salvezza grazie all’inserimento in comunità terapeutiche, allora perlopiù prive di un approccio clinico. Sono stati commessi errori grossolani in quegli anni, che hanno mietuto molte vittime tra i cittadini italiani. Basti pensare al bando del trattamento metadonico da parte dell’allora Ministro Anselmi, corretto rapidamente con un secondo decreto per regolamentarne l’uso. Da allora la ricerca scientifica internazionale ha permesso il corretto inquadramento della dipendenza come malattia e ha confermato l’efficacia dei farmaci agonisti per il trattamento del Disturbo da Uso di Oppioidi (bandiamo definitivamente la parola “sostitutivi” per favore, che non ha alcun significato farmaco-tossicologico) nella riduzione della mortalità e dell’uso di oppioidi illeciti, nel miglioramento della qualità di vita e, in definitiva, nel raggiungimento della *recovery* del paziente. Senza dimen-

ticare che oggi i Ser.D affrontano e curano tutte le tipologie di dipendenza e che i farmaci agonisti rappresentano solo una parte degli strumenti messi in campo per la cura dei soggetti in trattamento.

Ritengo che conoscere la storia dei nostri Servizi sia fondamentale e imprescindibile per chi di noi lavora nella cura delle dipendenze. Ma quello che, più di tutto, mi preme sottolineare qui è la capacità che i Ser.D hanno dimostrato nell'evolversi e nello strutturarsi in nuovi modelli di cura, parallelamente all'evoluzione e ai mutamenti della patologia "dipendenza". Non si è trattato solo di un cambio di consonante, da Ser.T a Ser.D per includere tutte le tipologie di dipendenza, ma della crescita di centri specialistici che oggi hanno in carico, oltre a soggetti affetti da Disturbo da Uso di Sostanze illegali, consumatori di nuove sostanze, tabagisti (nei C.T.T. o Centri di Trattamento per il Tabagismo), alcolisti (nei servizi o Strutture Semplici di Alcolologia), giocatori patologici (per la cura dei quali lo stato eroga specifici fondi vincolati), persone affette da altre dipendenze comportamentali e poliabusatori. Solo per quanto riguarda le tossicodipendenze, l'ultima Relazione annuale al Parlamento ne ha contati 132.200, in aumento rispetto all'anno precedente. Grazie all'identificazione di specifici percorsi di cura, alla multidisciplinarietà del proprio personale e alla volontà di garantire cure adeguate basate su evidenze scientifiche, in un ambiente che cerca il più possibile di differenziarsi per tipologia di utenza. Il tutto in stretta collaborazione con enti del terzo settore e del privato accreditato, oltre che con le altre strutture territoriali e ospedaliere per la cura delle comorbidità organiche. Senza considerare le attività svolte nelle strutture penitenziarie per i detenuti affetti da dipendenza (26.268 nel 2023), i progetti di misure alternativa alla pena, la necessità di collaborare con i Tribunali Ordinari e per i Minori, gli accertamenti relativi ai lavorato-

ri con mansioni a rischio, il ruolo nelle commissioni legali e le attività di prevenzione, selezionate sulla base delle popolazioni target. Grande importanza riveste l'attenzione, in senso preventivo e trattamentale, rivolta ai soggetti più giovani e alle persone affette dalla cosiddetta "doppia diagnosi", vale a dire dalla presenza contemporanea di due disturbi, uno di tipo psichiatrico e la dipendenza. Se la maggior parte degli utenti in carico ai Ser.D non è affetto da un disturbo psichiatrico (disturbo bipolare, psicosi, schizofrenia, depressione maggiore, disturbo di personalità per citarne alcuni), ma bensì mostra una psicopatologia propria della dipendenza che chi lavora nei Ser.D conosce bene, la presa in carico congiunta e condivisa tra Ser.D, Servizi di Neuropsichiatria Infantile o Centri di Salute Mentale è sicuramente necessaria in caso di effettiva "doppia diagnosi", in modo da evitare la cosiddetta "sindrome della porta sbagliata", che vede il paziente rimbalzato da un Servizio all'altro e investito dell'onere di farsi portatore di informazioni e prescrizioni da uno specialista all'altro. Da sottolineare che i Ser.D, nella loro accezione più moderna, sono fortemente connotati dalla capacità di integrare la loro anima specialistica con la capacità di strutturare reti di cura con gli altri Servizi ospedalieri e territoriali, sanitari e sociali, rappresentando quindi il punto nodale del percorso di cura di tutti i soggetti affetti da dipendenze finalizzato alla presa in carico globale della persona. Caratteristica che si manifesta, ad esempio, anche nell'efficacia delle azioni messe in campo nell'ambito dello *screening* nazionale gratuito per l'eliminazione del virus HCV, che ha visto il fiorire di nuovi percorsi, condivisi tra sanità territoriale e ospedaliera, per la diagnosi rapida e la facilitazione del *linkage to care* dei soggetti affetti da epatite C.

Oggi nei Ser.D lavorano medici con formazione specialistica differente (oltre ai sopracitati farmaco-tossicologici clinici, psichia-

tri, infettivologi, medici internisti e altri), a stretto contatto con plurime professionalità quali psicologi, educatori professionali, assistenti sociali, infermieri. Il tutto in un sistema storicamente organizzato in *équipe*, in modo da strutturare intorno alla persona il miglior progetto terapeutico-riabilitativo possibile sulla base dei singoli bisogni. Le sfide moderne, all'interno della più ampia sfida di cui si sta discutendo, riguardano l'adeguamento delle capacità diagnostiche dei Servizi in tema di nuovi consumi (come ketamina, nitazeni e altri oppioidi) e la necessità di organizzarsi per contrastare il fenomeno, la partecipazione con ruolo attivo all'interno del Sistema Nazionale di Allerta Precoce, la strutturazione dei Ser.D all'interno della nuova cornice del DM 77, che definisce i modelli e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, al fine di implementare aggancio precoce e presa in carico, la necessità di incastrare l'efficienza delle aziende sanitarie con il diritto dei Ser.D e dei pazienti all'accesso a nuovi strumenti terapeutici, farmacologici e non.

Come ho già avuto modo di dire, i Ser.D rappresentano la principale barriera che il Servizio Sanitario Nazionale mette tra il cittadino e i rischi derivanti dal consumo di sostanze e dall'acquisizione di comportamenti patologici. I pazienti in carico presso questi Servizi hanno diritto ad un'offerta terapeutica moderna, appropriata ed efficace, in un contesto specialistico che abbia tutte le competenze necessarie, comprese quelle farmaco-tossicologiche, e non solo una parte di esse. Forse abbiamo sbagliato, forse avremmo dovuto sottolineare con maggior forza i passaggi storici che hanno portato i Ser.D ad essere quello che sono oggi, dando magari più risalto alle svolte legislative in modo che fosse chiaro a tutti che c'è stato "un prima" e che c'è "un dopo". E mi auguro che in questo dopo, che in questa sfida, tutti stiano dalla parte dello sfidato, il sistema pubblico dei Ser.D,

che da sempre raccoglie il guanto lasciato cadere dalle dipendenze, a difesa della salute pubblica e di ogni singolo cittadino.

Detto questo, vi lascio alla lettura di questo nuovo numero del Giornale Italiano di Tossicologia, interamente dedicato all'anima clinica di SITOX, con il quale presentiamo il frutto di un importante lavoro condiviso con le altre società scientifiche di settore per la stesura delle "Linee di Indirizzo inter societarie su diagnosi e cura del Disturbo da Uso di Alcol (DUA)" in applicazione delle "Linee Guida Trattamento del Disturbo da Uso di Alcol" pubblicate nel Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), alla cui composizione SITOX ha parimenti collaborato. Pubblichiamo inoltre un contributo relativo all'esperienza *real world* nell'utilizzo delle nuove formulazioni di farmaci agonisti oppioidi per il trattamento del Disturbo da Uso di Oppiacei e un terzo contributo relativo alle violazioni degli articoli 186 e 187 del Codice della Strada.



# Linee di **Indirizzo Intersocietarie** su **Diagnosi e Cura** del **Disturbo da Uso di Alcol** (**DUA**)



**FederSerD**  
Federazione Italiana degli Ordine  
dei Dermatologi e dei Servizi della Dipendenza



Società Italiana di Alcolologia



**SIT** SOCIETÀ ITALIANA  
TOSCOCODIPENDENZE



## Introduzione

***Il Disturbo da uso di alcol rappresenta un complesso e articolato problema di sanità pubblica che richiede un approccio multidisciplinare personalizzato e la realizzazione di una solida rete territoriale di cura.***

A livello mondiale il DUA si riscontra nel 20-30% degli uomini e nel 10-15% delle donne ed è causa del 5,3% dei decessi totali e del 5% dei Disability-Adjusted Life Years (DALYs). In Italia, secondo i dati ISTAT 2024, i consumatori di alcol con più di 11 anni sono 36 milioni, 8 milioni dei quali sono considerati a rischio.

Persistono, nel nostro Paese, criticità nell'ambito delle diverse fasi di cura del paziente affetto da DUA, che si riflettono nell'incompleta presa in carico e nella difficoltà di accesso a percorsi di cura adeguati. Infatti, solo il 10% delle persone affette da DUA è oggi inserito in un percorso di cura. La complessità del DUA richiede azioni specifiche per raggiungere un'identificazione precoce dell'abuso di alcol specie in alcuni setting come quello della Medicina Generale e in ambito ospedaliero. È quindi fondamentale educare tutti gli attori coinvolti nelle cure primarie alla necessità di indagare, con gli strumenti adeguati, il consumo di alcol in particolare nei pazienti che presentano comorbidità potenzialmente alcol-correlate, sia di natura organica che psicologica.

***In seguito alla diagnosi di DUA, è fondamentale attivare approcci multidisciplinari che includano competenze diversificate, ma adeguatamente formate in ambito alcolologico, e l'invio a strutture sanitarie specifiche per le dipendenze e il DUA.***

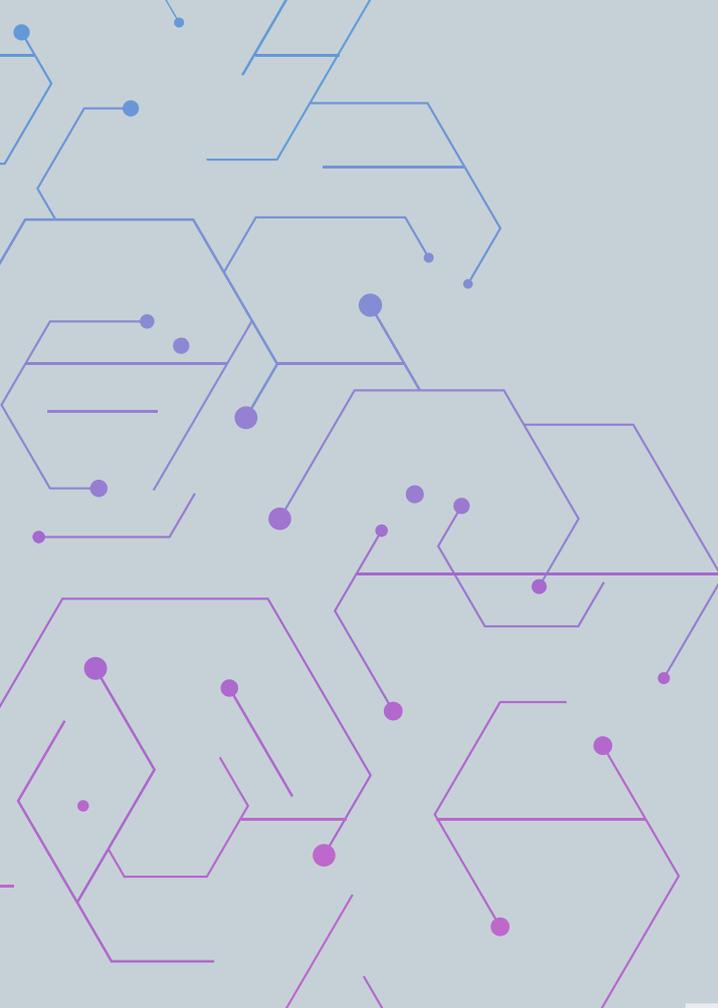
I diversi Servizi coinvolti nella cura del paziente affetto da DUA (territoriali ed ospedalieri) devono necessariamente fare rete al fine della realizzazione di percorsi di cura che tengano conto anche delle problematiche del contesto sociale e familiare della persona affetta da DUA. Sono da tenere altresì presenti i cambiamenti che si sono verificati nella nostra società concernenti il consumo di alcol, come il passaggio da un consumo moderato e costante, tipico della "cultura bagnata", a un consumo eccessivo ed episodico (binge drinking) soprattutto tra i giovani, ed anche l'aumento del consumo di alcol da parte di altri soggetti vulnerabili come le donne e gli anziani.

Il presente documento, promosso dalle Società Scientifiche di settore, si propone di fornire linee di indirizzo per il trattamento del DUA anche in considerazione dell'evoluzione del fenomeno.

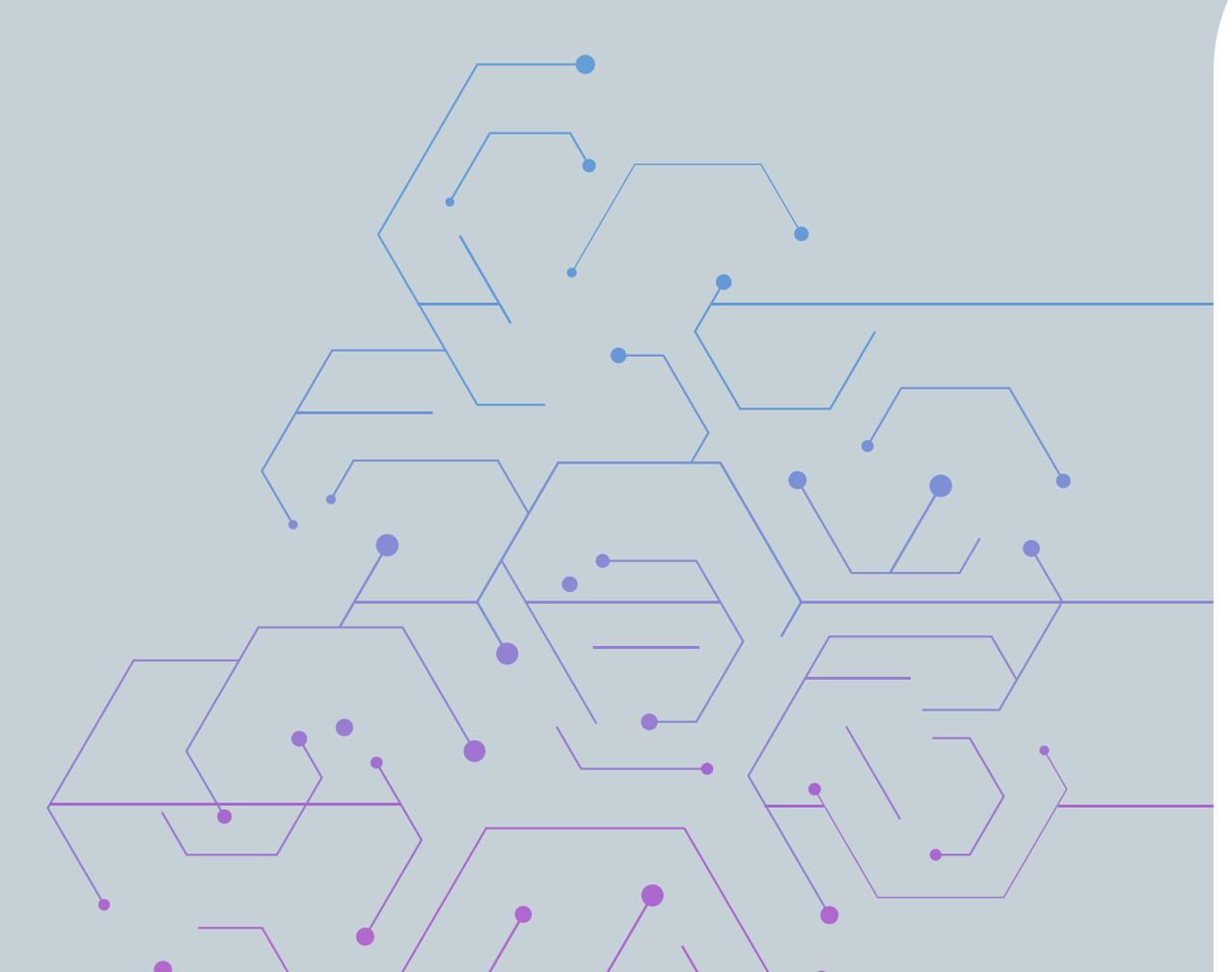
***Le raccomandazioni sono relative al processo diagnostico, all'accesso alle cure, alla costruzione delle reti di cura e alla strutturazione di percorsi di trattamento. Ampio spazio è dato al trattamento del DUA sia di tipo farmacologico che psico-sociale. Il documento contiene anche raccomandazioni e indicazioni relative al trattamento dell'Astinenza Protratta da Alcol (APA), un disturbo che vede un numero crescente di evidenze e necessita di un approccio farmacologico dedicato.***

Tali linee di indirizzo possono, inoltre, rappresentare la base per costruire Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) specifici per la problematica alcolologica, che siano in grado di cogliere non solo le raccomandazioni qui presenti, ma anche le indicazioni delle Linee Guida Nazionali ed Internazionali al fine di declinarle nelle realtà locali e quindi ottimizzare la presa in carico e il percorso assistenziale integrato del soggetto con DUA.

Infine, è stato scelto di non trattare in maniera analitica nel presente documento gli aspetti relativi ai processi di prevenzione e quelli relativi alla riabilitazione residenziale in comunità terapeutica, che potranno essere oggetto di altri approfondimenti in quanto anch'essi elementi fondamentali per il trattamento e la risoluzione completa dei Disturbi da Uso di Alcol in Italia.



# BOARD SCIENTIFICO



**Patrizia Balbinot**

*Referente Associazioni, Caregiver, Plessi Scolastici per Centro Alcolologico ASL3 Liguria;  
Segreteria Centro Alcolologico Regionale - Regione Liguria - ASL3 Liguria*

**Roberta Balestra**

*Presidente Nazionale Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti  
e dei Servizi delle Dipendenze  
FeDerSerD - Trieste*

**Orazio Cantoni**

*Presidente Società Italiana di Tossicologia  
SITOX*

**Fabio Caputo**

*Professore Associato di Gastroenterologia,  
Dipartimento di Medicina Traslazionale e per la Romagna,  
Università degli Studi di Ferrara*

**Augusto Consoli**

*Presidente Nazionale Società Italiana Tossicodipendenze  
SITD -Torino*

**Edoardo Cozzolino**

*Ufficio di Direzione Nazionale FeDerSerD, Consiglio Direttivo Nazionale FeDerSerD  
Direttore Comitato Tecnico Scientifico FeDerSerD Lombardia*

**Giovanni Galimberti**

*Direttore ff S.C. Dipendenze - ASST Brianza  
Consiglio Direttivo Nazionale FeDerSerD - Vimercate (MB)*

**Claudio Leonardi**

*Presidente Nazionale Società Italiana Patologie da Dipendenza - SIPaD - Roma*

**Anna Loffreda**

*Responsabile della UOSD Alcolologia del Dip. Dipendenze dell'ASL di Caserta,  
membro del direttivo SITD (non presidente della Sez. Regionale)*

**Guido Mannaioni**

*Dipartimento di Neuroscienze, Psicologia, Area del Farmaco e Salute del Bambino  
(NEUROFARBA), Sezione di Farmacologia e Tossicologia,  
Università degli Studi di Firenze e SOD Tossicologia Medica e Centro Antiveneni  
Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi*

**Lorenzo Somaini**

*Direttore del Dipartimento Interaziendale Strutturale Transmurale di Patologia  
delle Dipendenze (ASL BI, ASL NO, ASL VC, ASL VCO).  
Presidente del Comitato Scientifico SIPaD - Biella*

**Gianno Testino**

*Direttore SC Patologia delle Dipendenze ed Epatologia;  
Coordinatore Centro Alcolologico Regionale - Regione Liguria, ASL3 Liguria;  
Presidente Nazionale Società Italiana di Alcolologia - SIA*

**Sarah Vecchio**

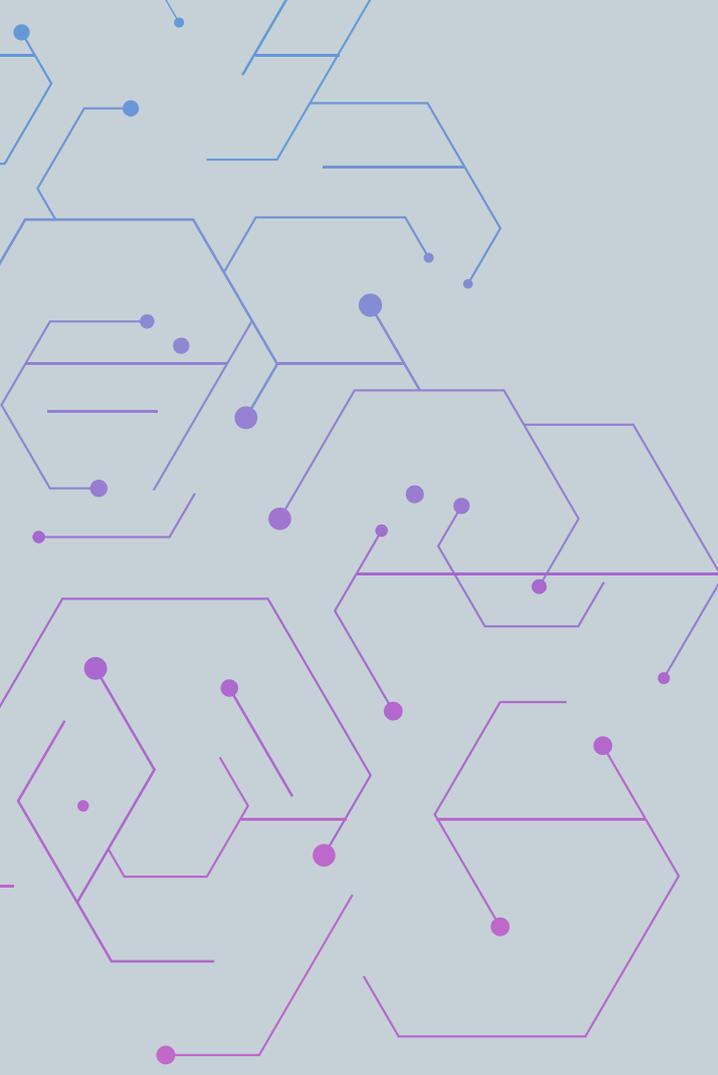
*Direttore S.C. Ser.D ASL Novara.  
Direttore Giornale Italiano di Tossicologia (GIT).  
Consiglio Direttivo Nazionale e Comitato Scientifico SIPaD*

**Teo Vignoli**

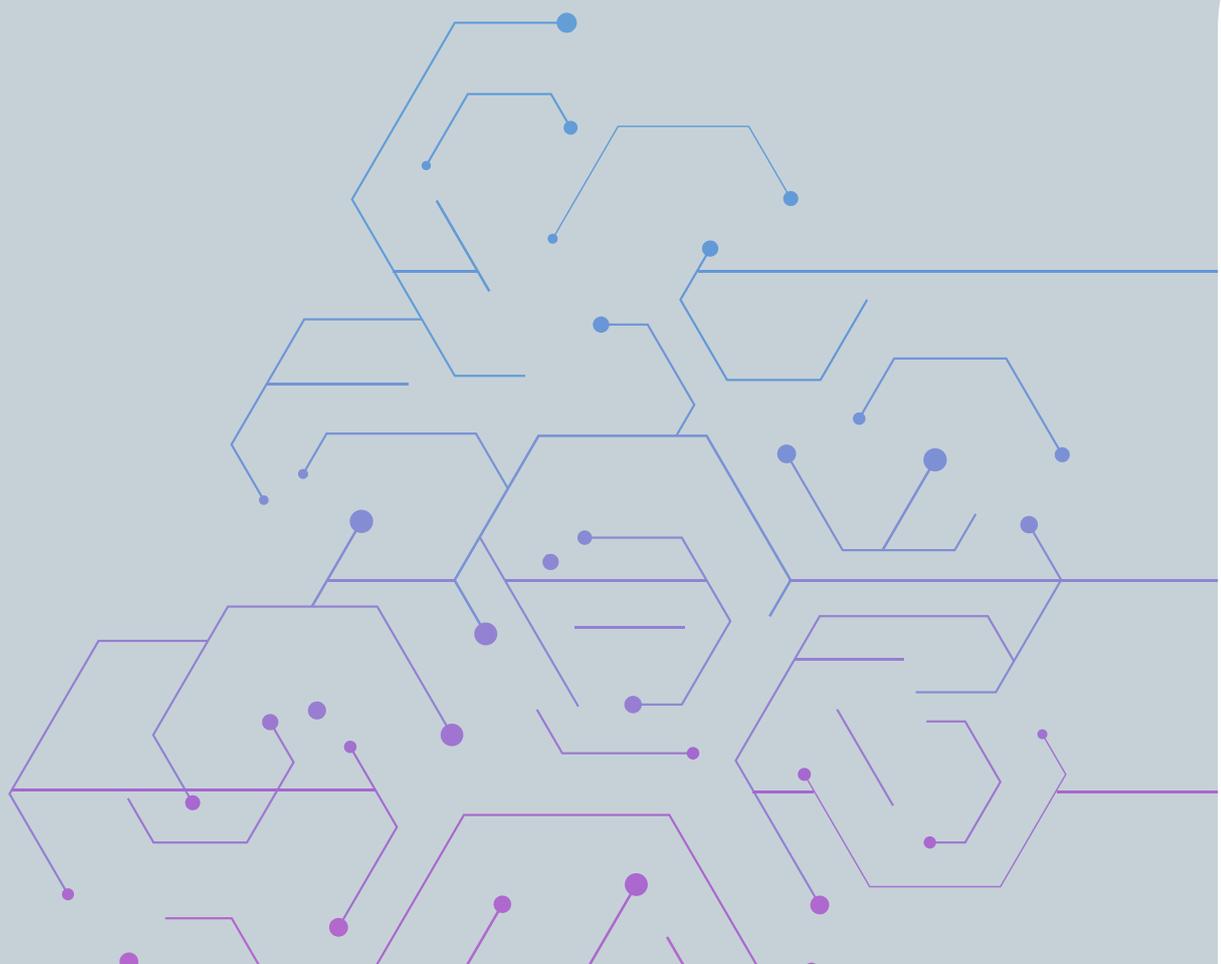
*Direttore UOC Dipendenze Patologiche Rimini - AUSL Romagna*

**Valeria Zavan**

*Responsabile dell'Unità Operativa Complessa Servizio per le Dipendenze (Ser.D.)  
Padova e Piove di Sacco*



# INDICE



Introduzione	3
<b>1 Inquadramento del Disturbo da Uso di Alcol</b>	9
1.1. Definizione diagnostica secondo i sistemi DSM e ICD	9
1.2. Lo screening diagnostico	10
1.3. Inquadramento del DUA	11
1.4. Le dimensioni della motivazione e del <i>craving</i>	12
1.5. Il DUA in ambito ospedaliero	13
1.6. Il concetto di recovery	16
<b>2 Indicazioni pratiche per il lavoro di rete e la definizione del progetto terapeutico-riabilitativo</b>	17
2.1. Considerazioni generali	17
2.2. Riferimenti normativi attuali	17
2.3. L'accesso ai sistemi di cura	18
2.4. La strutturazione del percorso assistenziale integrato	20
<b>3 Indicazioni pratiche per il trattamento farmacologico</b>	23
3.1. Considerazioni generali	23
3.2. Farmaci per il trattamento dell'astinenza acuta da alcol	24
3.3. Il trattamento dell'APA (Astinenza Protratta da Alcol)	25
3.4. Trattamento farmacologico <i>on-label</i> per il mantenimento dell'astensione/riduzione dei consumi	26
3.5. Trattamento farmacologico <i>off-label</i> per il mantenimento dell'astensione/riduzione dei consumi	27
3.6. Interazioni e associazioni farmacologiche	28
3.7. Personalizzazione del trattamento	29
Appendice	31
<b>4 Gli interventi psico-sociali in alcologia</b>	33
4.1. Definizione di intervento psico-sociale e target di intervento	33
4.2. Gli interventi psico-sociali nel trattamento del DUA ambulatoriale territoriale	34
4.2.A Gli interventi psico-sociali riconosciuti dalla letteratura e dalle Linee Guida - non specialistici e specialistici	34
4.2.B Gli interventi psico-sociali non esplicitamente rientranti nelle Linee Guida ma diffusi nella pratica clinica	36
4.3. Interventi psico-sociali in target "speciali"	37
4.3.A Giovani	37
4.3.B Donne	38
4.3.C Anziani	39
4.4. Gli interventi psico-sociali incardinati nella rete di assistenza alcologica	39
Bibliografia	41
Compendio delle raccomandazioni	45
Lista degli acronimi	48



<b>1.1</b>	Definizione diagnostica secondo i sistemi DSM e ICD	9
<b>1.2</b>	Lo screening diagnostico	10
<b>1.3</b>	Inquadramento del DUA	11
<b>1.4</b>	Le dimensioni della motivazione e del <i>craving</i>	12
<b>1.5</b>	Il DUA in ambito ospedaliero	13
<b>1.6</b>	Il concetto di recovery	16





# Inquadramento del Disturbo da Uso di Alcol (DUA)

## 1.1 Definizione diagnostica secondo i sistemi DSM e ICD

---

I principali sistemi di riferimento che guidano i clinici nel processo diagnostico dei disturbi correlati ad uso di alcol sono il Manuale Diagnostico Statistico alla sua quinta Edizione (DSM 5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) pubblicato dalla American Psychiatric Association e la Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD 11, International Classification of Disease) stilata dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO). Entrambi i sistemi di classificazione diagnostica nel tempo hanno rivisto più volte le proprie definizioni diagnostiche.

Nelle prime edizioni, antecedenti agli anni 70, l'alcolismo era classificato come un sottotipo dei disturbi di personalità. Non vi era pertanto nemmeno il riconoscimento di un disturbo specifico, separato e complesso. Le ultime edizioni dei due sistemi evidenziano una significativa evoluzione culturale. Il DSM 5 e la sua recente versione TR annullano i precedenti concetti di abuso e dipendenza unificandoli in un'unica diagnosi, in cui assume rilevanza il continuum di gravità di un'unica patologia denominata Disturbo da Uso di Alcol (DUA lieve, moderato, grave). Il manuale tiene in debita considerazione elementi di carattere sociale e relazionale che concorrono nella costruzione di una diagnosi olistica. In questo senso viene richiamata l'importanza di un percorso diagnostico di tipo multidimensionale integrato tra diverse professionalità. Il DSM 5, inoltre, pone l'accento sul concetto di *craving*, come forte desiderio e spinta ad assumere alcolici.

Queste nuove indicazioni fornite dal DSM 5 permettono una valutazione più completa ed accurata del DUA che è necessaria per implementare strategie terapeutiche mirate, favorendo l'appropriatezza degli interventi di cura.

L'ultima edizione del ICD (ICD 11) pone attenzione ai danni causati dall'alcol. Oltre all'uso rischioso di alcol (nella sezione "Categorie secondarie nei disturbi da uso di sostanze") e alla dipendenza da alcol, che di fatto ripropone gli stessi criteri del DSM V per il DUA, classifica altre due condizioni patologiche: il pattern dannoso da uso di alcol e l'episodio da uso dannoso di alcol. Queste due ultime condizioni sono interessanti perché allargano molto la platea dei soggetti diagnosticabili introducendo la fattispecie di un consumo problematico e dannoso slegato da una condizione di addiction, ma che risulta comunque una patologia da curare con specifiche modalità di intervento.

L'ICD 11, pur non menzionando esplicitamente il *craving* come criterio diagnostico della dipendenza da alcol, riporta la difficoltà a controllarne l'uso. A differenza del DSM 5 non vengono considerati i livelli di gravità, desumibili dalla clinica.

come alternativa alla detenzione).

Va accuratamente valutata la complessità dei casi clinici, intendendo con questa anche gli aspetti attinenti alla rete sociale e relazionale del paziente (la cui carenza o assenza rappresenta un drammatico elemento di genesi e mantenimento del DUA). Di pari passo con l'approfondimento dell'assessment viene richiesta una capacità clinico-organizzativa anche in termini d'integrazione con le altre strutture che confluiscono nel Servizio o Dipartimento Dipendenze locale, nonché con le reti cliniche (aree della Medicina Territoriale, Psichiatria, Specialistica Ospedaliera) in quanto la rilevazione di comorbilità e condizioni di fragilità sul versante sanitario e sociale non possono essere risolte unicamente nel contesto del SerD.

### RACCOMANDAZIONI

*Si raccomanda un'accurata raccolta anamnestica che ricerchi attivamente il consumo di alcol e di altre sostanze legali/illegali o comportamenti additivi nella vita del paziente, rilevandone le caratteristiche (durata negli anni, quantitativi utilizzati, via di assunzione, etc).*

*Si raccomanda una valutazione approfondita delle risorse sociali e relazionali del paziente.*

*Si raccomanda un assessment sanitario attraverso i seguenti strumenti:*

- *Ricerca dell'intero pannello di sostanze d'abuso (urina o capello) e screening per il Disturbo da Gioco d'Azzardo,*
- *Valutazione specialistica psichiatrica in caso di sintomi psichiatrici dopo risoluzione dell'eventuale quadro di intossicazione acuta o della Sindrome di Astinenza Acuta,*
- *Test neuropsicologici (in particolare con valutazione delle funzioni esecutive) ove si sospetti un deficit cognitivo durante la valutazione,*
- *Screening completo ematochimico (emocromo, funzione epatica e renale) e sierologico (HIV, HCV etc.),*
- *Ecografia addominale negli abusatori cronici,*
- *ECG/ECocardio negli abusatori cronici se comorbile per abuso di nicotina/cocaina,*
- *Screening per patologie tumorali se comorbile per abuso di nicotina.*

12

## 1.4 Le dimensioni della motivazione e del craving

Nella valutazione del DUA vi sono due dimensioni psicopatologiche che sono considerate specifiche del disturbo e che ne differenziano i profili clinici: la motivazione al cambiamento e il *craving*.

Una delle missioni principali dei SerD è quella di favorire un cambiamento nelle abitudini dei pazienti e, in questo senso, la definizione di un profilo motivazionale, rispetto al cambiamento auspicato, risulta fondamentale perché fornisce una serie di elementi che orientano l'approccio al paziente e ai possibili trattamenti da considerare nella definizione del progetto, permettendo agli operatori di leggere in maniera più definita i comportamenti del paziente stesso:

- **Lo stadio del cambiamento (pre-contemplazione / contemplazione / determinazione-azione / mantenimento):** in quanto la consapevolezza di avere un problema legato al consumo di alcol e la motivazione ad affrontare questo problema per raggiungere un obiettivo di controllo dei consumi o di completa astensione rappresenta una variabile fondamentale per decidere se proporre interventi di psicoeducazione, motivazionali, farmacoterapici, psicoterapici etc. in quanto non tutti i trattamenti sono adatti ad ogni fase.
- **La struttura interiore e l'autoefficacia:** Sono due variabili motivazionali interrelate tra loro e sono entrambe importanti per operare un cambiamento. Conoscerne l'entità permette di orientare interventi riabilitativi che possano gestire/supportare queste dimensioni.

Il profilo motivazionale può essere definito nel contesto di un colloquio da operatori esperti sul tema, oppure può essere valutato attraverso l'esecuzione di un questionario autosomministrato e la sua successiva rielaborazione: il MAC 2A (Motivation Assessment of Change 2A), validato in italiano.

Per quanto riguarda il *craving*, sappiamo essere la dimensione clinica più specifica delle dipendenze patologiche e sappiamo che rispetto all'alcol esistono diverse tipologie di *craving* che dipendono da differenti circuiti neuronali che vengono modificati nel corso dell'assunzione cronica: in particolare una delle classificazioni più riconosciute a livello internazionale identifica la presenza di *reward craving*, *relief craving* e *obsessive craving*.

Indagare quantitativamente e qualitativamente il *craving* risulta fondamentale sia per compiere un assessment del paziente, ma anche per valutarne l'evoluzione nel tempo.

Esistono due test che indagano qualitativamente il *craving* validati in italiano: *Obsessive Compulsive Drinking Scale* (OCDS) e *Alcohol Craving Typology Questionnaire* (ACTQ). Tra questi l'ACTQ rappresenta l'opzione più completa in quanto indaga le tre principali tipologie di *craving* sopramenzionate dandone un punteggio quantitativo attraverso un questionario di rapida esecuzione.

#### RACCOMANDAZIONI

***Tutti i pazienti che ricevono una diagnosi di DUA devono ricevere una valutazione specifica del craving; l'ACTQ è lo strumento consigliato.***

***Tutti i pazienti che ricevono una diagnosi di DUA devono ricevere una valutazione specifica della motivazione al cambiamento: il MAC2A è lo strumento consigliato.***

## 1.5 Il DUA in ambito ospedaliero

Il consumo di alcolici, oltre ad essere frequentemente in comorbidità di tipo psichiatrico e comportamentale, è associato a oltre 200 patologie, tra cui malattie infettive, cancro, disturbi neurologici, malattie cardiovascolari, malattie gastrointestinali e lesioni a organi e tessuti. I danni di una assunzione problematica di alcol influiscono in particolare sia su pazienti anziani, già defedati, sia su giovani in cui è ancora suscettibile la plasticità neuronale.

Negli ospedali, infatti, è sempre più frequente accogliere pazienti di ogni genere ed età che giungono per problematiche organiche inizialmente considerate "di prima insorgenza", ma che, a un raccordo anamnestico più accurato, risultano essere secondarie all'assunzione incongrua di alcolici.

Oltre agli anziani e ai giovani, tra i soggetti a rischio devono essere annoverate anche le donne in età fertile che hanno intenzione di intraprendere una gravidanza, così come quelle già in gravidanza. Spesso non viene indagato un eventuale consumo di alcolici in queste donne e viene sottovalutato il possibile rischio teratogeno dell'alcol: in gravidanza, infatti, non esiste una minima dose sicura da poter assumere. L'esposizione può determinare problematiche sia a carico del neurosviluppo sia anomalie congenite che, nell'eventualità più grave, possono rientrare nello Spettro dei Disordini Feto-Alcolici (Fetal Alcohol Spectrum Disorders, FASD).



In ambito ospedaliero, sono quindi due le tipologie di pazienti che possono necessitare di un trattamento per il Disturbo da Uso di Alcol: coloro che giungono in Pronto Soccorso esplicitando la problematica di abuso e coloro che invece giungono per altre problematiche organiche, ma assumono grandi quantità di alcolici che non vengono riferite oppure non vengono adeguatamente indagate.

Nel primo caso, è necessario intraprendere tempestivamente l'adeguato trattamento antiastinenziale (vedi capitolo sulla terapia farmacologica) al fine di garantire il controllo della sintomatologia in breve tempo.

Nel secondo caso, purtroppo, l'assunzione problematica di alcol nei pazienti ricoverati in ospedale per altre patologie si esplicita solo nel momento in cui compaiono i sintomi più gravi legati all'astinenza, quali crisi convulsive e delirium tremens, con necessità di trattamenti sedativi e trasferimento dei pazienti in setting di cura con maggiore intensità.

Da sottolineare l'importanza di prevenire questi quadri clinici per evitare un danno al paziente e per evitare il prolungamento della durata del ricovero e quindi una maggiore spesa economica sanitaria, oltre a un maggior impegno di diversi specialisti per gestire la situazione clinica del paziente (tossicologo, psichiatra, epatologo, anestesista).

È quindi importante indagare accuratamente l'anamnesi tossicologica del paziente (nel caso specifico, il consumo di alcolici quotidiano) sia con l'interessato che con congiunti o *caregiver* che possano confermare o meno quanto riferito dal paziente, così da potergli garantire il trattamento idoneo a livello intra-ospedaliero, per evitare che l'eventuale insorgenza di una sindrome astinenziale possa andare a inficiare un quadro già debilitato per altre noxae organiche, ma anche per permettere un adeguato aggancio ai programmi di trattamento del DUA in ambito territoriale alla dimissione, considerando che il momento del ricovero può rappresentare un momento motivazionale strategico per favorire i percorsi ambulatoriali.

#### RACCOMANDAZIONI

*Si raccomanda di eseguire un'anamnesi alcolologica specifica a tutti i pazienti (e loro caregiver ove presenti) che accedono in ospedale per patologie potenzialmente correlate all'uso di alcol.*

*Si raccomanda di eseguire un'anamnesi alcolologica a prescindere dai motivi dell'ingresso in ospedale ad alcune categorie particolarmente a rischio per motivazioni differenti: anziani, giovani, donne in gravidanza.*

*È indicato trattare in ambito di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza i pazienti che accedono per la sindrome di astinenza acuta da alcol.*

*È indicato eseguire una diagnosi precoce della sindrome d'astinenza acuta, che può presentarsi nelle prime 48 ore di ricovero per altre cause, attraverso un'adeguata valutazione clinico-anamnestica dei pazienti ricoverati.*



## 1.6 Il concetto di Recovery

Nel contesto della valutazione multidisciplinare, che risulta necessaria per l'assessment del DUA, merita un particolare rilievo il concetto di Recovery, che si sta accreditando con sempre maggiore chiarezza come parametro per misurare le evoluzioni dei programmi terapeutici e che quindi deve prevedere un momento di valutazione iniziale proprio nella fase dell'assessment.

Per Recovery si intende un processo di guarigione non solamente legato all'assenza di sintomi e segni di malattia (astensione da alcolici e controllo/assenza del *craving*) o inteso come la remissione della sindrome clinica (assenza dei criteri dell'ICD o del DSM a seguito di un trattamento), ma che considera una serie di dimensioni che sono coinvolte nel benessere complessivo dell'individuo e che possono essere compromesse durante la malattia: uso di alcol, benessere fisico, benessere psicologico, coinvolgimento nella comunità, sostegno sociale, condizione abitativa, condizione lavorativa, attività significative, senso di responsabilità, relazioni significative, livello di conflittualità, capacità di fronteggiamento, esperienza soggettiva del percorso di recupero.

La valutazione del livello di Recovery in una fase di assessment risulta fondamentale per identificare punti di forza e punti di debolezza su cui inserire azioni riabilitative.

Nonostante questo, non esistono ancora scale validate in italiano per la misurazione della Recovery specifiche per le Dipendenze Patologiche (o specifiche per il DUA) per cui al momento la valutazione rimane qualitativa.

### RACCOMANDAZIONI

*Si raccomanda di eseguire una valutazione multidisciplinare che comprenda tutte le dimensioni della Recovery dal DUA definendo punti di forza e punti di debolezza.*



<b>2.1</b>	Considerazioni generali	17
<b>2.2</b>	Riferimenti normativi attuali	17
<b>2.3</b>	L'accesso ai sistemi di cura	18
<b>2.4</b>	La strutturazione del percorso assistenziale integrato	20



2



## **Indicazioni pratiche per il lavoro di rete e la definizione del progetto terapeutico-riabilitativo**

### **2.1 Considerazioni generali**

L'abuso di alcol, in tutti i suoi livelli di gravità, che prevedono un'evoluzione dall'uso rischioso al vero e proprio Disturbo da Uso di Alcol, colpisce fasce e tipologie di popolazione differenti con peculiari fattori di vulnerabilità e di rischio e impatta su molteplici aspetti biologici, psicologici e sociali del soggetto che ne è affetto.

Ne consegue che la problematica, declinata come comportamento rischioso o come patologia, riveste un interesse multidisciplinare e multiprofessionale oltre che trasversale, potendo interessare Servizi di cura differenti che possono evidenziare e prendere in carico aspetti diversi correlati al consumo.

La capacità di tali Servizi di condividere approcci, informazioni e ambiti di trattamento, vale a dire la costituzione di una vera e propria rete alcolica locale, permette di far emergere il cosiddetto "sommerso" (soggetti non in carico che necessiterebbero di valutazione e/o trattamento), di facilitare l'aggancio precoce prevenendo l'evoluzione della malattia e la comparsa delle Patologie e Problematiche Alcol-Correlate (PPAC), di raggiungere migliori outcome di trattamento, di contenere i costi socio-sanitari alcol-correlati e di migliorare la qualità del *patient journey* del soggetto all'interno del percorso di cura.

### **2.2 Riferimenti normativi attuali**

La rete alcolica, intesa come rete curante all'interno della quale i diversi attori/servizi dialogano con un linguaggio comune e condividono prassi e procedure mirate alla rilevazione dei bisogni e alla presa in carico degli stessi in qualunque punto della traiettoria di malattia il soggetto si collochi, ha alla base numerosi e importanti riferimenti normativi e programmatici che possono essere utilizzati e citati nella stesura di protocolli e procedure locali e territoriali.

Tali riferimenti vengono di seguito elencati:

- Il Decreto Ministeriale 3 agosto 1993 "Linee di indirizzo per la prevenzione, la cura, il reinserimento sociale e il rilevamento epidemiologico in materia di alcooldipendenza", in attuazione del Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza";
- L'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999 per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti";

- La Legge quadro sull'alcol e le problematiche alcol-correlate n.125 del 30 marzo 2001;
- Il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 29 marzo 2007;
- Il Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) 2020-2025 adottato con Intesa Stato Regioni del 6 agosto 2020 e successiva integrazione recepita con Intesa Stato Regioni del 17 dicembre 2020;
- I Piani Regionali di Prevenzione (PRP) che condividono e adottano visione, principi, priorità e struttura del PNP;
- Il Libro Bianco 2022 "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana" a cura del Gruppo Redazionale per il Tavolo Tecnico di lavoro sull'Alcol del Ministero della Salute;
- La "Global strategy to reduce the harmful use of alcohol", lo "European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020" e il nuovo "Global Alcohol Action Plan 2022-2030" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità;
- Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.";
- Il Decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale".

Riassumendo, tali documenti identificano e sottolineano la necessità di strutturare modelli di intervento intersettoriali e interdisciplinari centrati su metodologie evidence-based, al fine di rafforzare il dialogo e la collaborazione tra istituzioni regionali e locali, Aziende Sanitarie Locali (ASL)/Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), Servizi sanitari e sociali pubblici e privati accreditati e associazionismo territoriale nella risposta ai bisogni dei cittadini affetti da comportamenti, problematiche e patologie alcol-correlati.

Già il Decreto Ministeriale del 1993, infatti, primo decreto nazionale che demandava alle Regioni il compito di "attivare un insieme di risposte istituzionali alle domande e ai bisogni dell'utenza" affetta da problematiche alcol-correlate, riconosceva due esigenze fondamentali: la necessità di rispondere alle domande e ai bisogni posti dall'alcol-dipendenza e patologie correlate con interventi integrati e la necessità di prevedere interventi coordinati volti ad assicurare l'insieme delle risposte necessarie.

Altri dati utili relativi all'analisi della situazione epidemiologica nazionale e territoriale possono essere reperiti dalle annuali relazioni del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati".

#### RACCOMANDAZIONI

*Si raccomanda di strutturare a livello locale una rete alcolologica curante sulla base delle indicazioni fornite dai riferimenti legislativi e programmatici in materia di prevenzione, cura e riabilitazione dei comportamenti e delle patologie alcol-correlate.*

## 2.3 L'accesso ai sistemi di cura

Se i Servizi demandati alla prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da Disturbo da Uso di Alcol sono i Dipartimenti e i Servizi per le Dipendenze (SerD), i Nuclei Operativi Alcolologia (NOA) e i Servizi di Alcolologia collocati in strutture Ospedaliere o Universitarie ove presenti, altri fondamentali punti di ingresso della persona con problematiche alcol-correlate all'interno del sistema di cura sono:

- Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;
- Pronto soccorso, Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e Terapie Intensive;
- Reparti ospedalieri (medicina interna, gastroenterologia, neurologia, ortopedia, ostetricia e ginecologia, centri trapianti);
- Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e Centri di Salute Mentale (CSM);
- Consultori.

La presenza di molteplici punti d'ingresso si concilia con la traiettoria di malattia che vede un continuum tra l'età adolescenziale e quella geriatrica dove ogni fase è caratterizzata da specifici fattori di rischio, di vulnerabilità e ricadute in termini di problematiche e patologie alcol-correlate (PPAC). Basti pensare

agli accessi ospedalieri per intossicazione acuta, incidentalità stradale, autolesionismo e violenza interpersonale fino allo sviluppo di patologie epatiche, oncologiche, cardiovascolari, neurologiche e internistiche. A tutto ciò si aggiungono le comorbidità psichiatriche che sottendono o accompagnano il Disturbo da Uso di Alcol (ansia, depressione, disturbi di personalità, disturbi bipolari) e le ricadute in termini familiari (separazioni, affidamento dei figli), sociali (perdita dell'occupazione) e legali (sospensione o ritiro della patente, reati contro la persona o contro il patrimonio).

I Servizi specialistici per le Dipendenze possono pagare ancora il prezzo dello stigma da cui sono afflitti, con la conseguenza di essere scarsamente attrattivi in prima battuta per il soggetto che ritenga di chiedere aiuto per un disturbo alcol-correlato. In questo senso, gli altri servizi della rete che intercettano il soggetto possono rappresentare un elemento facilitatore per il corretto invio.

Particolare importanza riveste, grazie al bacino di utenza di afferenza, lo sviluppo della Medicina Territoriale e delle Case di Comunità, con tutte le forme assistenziali ad esse connesse, in grado di sottoporre a screening un'ampia fascia di popolazione e facilitare l'accesso a specifici percorsi di cura.

Il soggetto con Disturbo da Uso di Alcol, comprendendo con questa diagnosi i diversi livelli di gravità, può quindi presentarsi direttamente ai Servizi specialistici portando la propria domanda di salute, oppure può accedere per problematiche alcol-correlate al sistema dell'urgenza o ai diversi servizi di cura di differente intensità del Sistema Sanitario Nazionale i quali hanno il compito di rilevare se la patologia di presentazione è associata a un consumo rischioso o dannoso di alcol e se il soggetto necessita, e accetta, una valutazione specialistica. Altro ruolo fondamentale è quello di effettuare uno screening del consumo alcolico a rischio o dannoso, compresa la rilevazione del consumo eccessivo episodico, e di prevenire comportamenti scorretti mediante il cosiddetto Intervento Breve (Brief Advice nella letteratura anglosassone), forma di colloquio ad impronta motivazionale che permette di fornire informazioni sui pericoli legati alla prosecuzione del consumo alcolico, stimolare la persona nell'individuazione di un obiettivo da perseguire al fine di modificare le proprie abitudini e spiegare che le proprie abitudini alcoliche sono passibili e necessitano di cambiamento (per approfondimenti sull'intervento breve vedere cap. 4).

Altre porte di accesso sono i servizi e i consultori dedicati a infanzia, adolescenza e famiglia, i servizi e le cooperative sociali dedicati al reinserimento lavorativo, i servizi sociali locali, il sistema giudiziario e i servizi di tutela minori, la sanità penitenziaria, i servizi di medicina del lavoro e i medici competenti, le case di cura private accreditate, le comunità terapeutiche e le associazioni di volontariato.

In qualunque punto della rete si trovi, il soggetto dovrebbe essere sottoposto a screening per uso rischioso, dannoso o problematico di alcol, ricevere un intervento breve o una corretta diagnosi di patologia alcol correlata, se presente, ed essere indirizzato al servizio di cura specialistico, se necessario.

Allo stesso modo, i Servizi specialistici che prendono in carico i pazienti devono essere in grado di interloquire con gli altri punti della rete per la corretta gestione delle ricadute organiche, sociali e legali che



il Disturbo da Uso di Alcol esercita su quella persona.

Questo ultimo aspetto è agevolato dalla naturale strutturazione multiprofessionale e multidisciplinare che caratterizza, in particolar modo, i Dipartimenti e i Servizi per le Dipendenze (SerD), i quali vedono operare al loro interno équipe costituite da medici specialisti in diverse discipline attinenti all'ambito della medicina delle dipendenze, infermieri, psicologi, educatori professionali e assistenti sociali.

Ciascuna figura professionale opera quindi sul paziente sia in relazione alle proprie specifiche competenze tecniche, che quale membro di un gruppo di lavoro orientato a un approccio integrato.

In ambito di prevenzione e rilevazione di problematiche alcol-correlate non vanno poi dimenticati soggetti privilegiati quali la scuola, associazioni sportive e locali.

#### RACCOMANDAZIONI

*Da parte di qualsiasi Servizio che intercetta un soggetto con DUA, in qualunque fase della traiettoria di malattia in cui si trovi, si raccomanda la costituzione di una rete alcologica, che sottende alla prevenzione, diagnosi precoce e cura del Disturbo da Uso di Alcol e delle patologie e problematiche alcol-correlate.*

20

## 2.4 La strutturazione del percorso assistenziale integrato

Stante il numero di nodi che costituiscono la rete alcologica curante, identificabili nei Servizi sopra descritti, è fondamentale la strutturazione di percorsi locali chiari e condivisi che permettano il facile accesso del soggetto alla rete stessa e la continuità della presa in carico e del percorso di cura, che deve essere individualizzato e scevro da frammentazioni e situazioni di "porta girevole" a causa delle quali il paziente viene rimandato da un servizio all'altro senza trovare risposte alla propria domanda di salute.

Tali percorsi devono tenere in considerazione anche il cambiamento graduale degli stili di consumo e delle popolazioni interessate da un consumo rischioso o dannoso di alcol, quali ad esempio adolescenti, donne, soggetti che poliabusano o appartenenti a culture straniere.

La costruzione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), declinati nelle singole realtà locali, rappresenta una metodologia riconosciuta per strutturare e monitorare un reale lavoro di rete che sia equo, appropriato, efficace ed efficiente, che garantisca progetti di intervento specifici e individualizzati sulla base della valutazione dei bisogni della persona e differenziati per livelli di intensità terapeutico riabilitativa e assistenziale.

I PDTA nascono dall'esigenza di applicare le Linee Guida internazionali e nazionali nella materia di interesse e di calarle sulle singole realtà territoriali e locali, al fine di renderle applicabili. Tali interventi acquisiscono ancor più significato se prevedono il coinvolgimento di servizi diversi afferenti sia alla stessa azienda, sia ad aziende o enti differenti, con l'ulteriore vantaggio di permettere la conoscenza diretta e il dialogo tra i diversi attori.

Ruolo fondamentale rivestono inoltre i rappresentanti delle reti locali di volontariato e dell'associazionismo, che diventano parte integrante della strutturazione del percorso. La presa in carico e la cura del Disturbo da Uso di Alcol, patologia sanitaria e sociale, e delle problematiche alcol-correlate si presta quindi in modo particolare alla stesura di tali percorsi.

L'attivazione di un PDTA-alcol può essere proposta dai singoli Servizi facenti parte della rete, in particolare da quelli che fungono da collettore riconosciuto delle richieste di cura dei pazienti (SerD, NOA, Servizi ospedalieri di Alcologia) e nasce dall'analisi delle risorse disponibili e dei percorsi esistenti e dal confronto tra questi e i percorsi ideali suggeriti dalle evidenze.

L'attuazione del PDTA permette di definire e strutturare:

- L'intervento breve, lo screening e l'eventuale diagnosi di una problematica alcol-correlata a livello di tutti i punti di accesso della persona al sistema di cura;
- L'invio ai Servizi specialistici quando necessario, dove verrà predisposto un idoneo percorso terapeutico individualizzato che comprenda prescrizione e monitoraggio di eventuale trattamento farmacologico, diagnosi psicopatologica e interventi psicoterapeutici se necessari, supporto socio-educativo;
- L'invio da questi ai Servizi indicati per la diagnosi e la cura delle patologie alcol-correlate;

- L'individuazione della necessità di ricoveri ospedalieri in servizi pubblici e del privato accreditato e di percorsi post-acuzie residenziali o semiresidenziali;
- L'aggancio e la collaborazione con i servizi locali per problematiche sociali e legali;
- L'aggancio alle realtà territoriali di volontariato e associazionismo (ACAT, AA, Al-Anon).

Il risultato deve essere un percorso strutturato, ma semplice, di facile accesso e comprensione, applicabile, sostenibile e monitorabile nel tempo. Tale percorso, che prevede il passaggio dalla centralità della struttura alla centralità del paziente e del suo percorso, deve essere riconosciuto dalle istituzioni locali e diffuso a tutti i soggetti coinvolti. Elemento imprescindibile e propedeutico alla stesura di un PDTA alcol è un percorso di formazione condiviso tra tutti i servizi coinvolti in merito alle tematiche alcol-correlate, che può essere promosso dai servizi proponenti in collaborazione con realtà accademiche e società scientifiche di settore ed esplicarsi come giornate di studio e conoscenza, oltre che di individuazione dei rappresentanti dei singoli servizi che parteciperanno alla stesura del PDTA stesso. Momenti di incontro periodici devono anche essere previsti allo scopo di monitorare il funzionamento e l'efficacia del percorso individuato, mediante lo studio di specifici indicatori precedentemente individuati.

Indicata all'interno dei PDTA è anche l'individuazione della figura del cosiddetto *case manager*, il quale funge da referente delle singole situazioni cliniche e sociali del paziente.

### **RACCOMANDAZIONI**

*La stesura di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) rappresenta la metodologia più efficace per strutturare un percorso di cura che preveda il lavoro in rete di tutti i soggetti coinvolti nella intercettazione, diagnosi e cura del paziente con Disturbo di Uso di Alcol.*

*Una formazione aggiornata sulle tematiche e gli approcci evidence-based correlati al consumo di alcol, condivisa tra tutti gli attori della rete alcologica curante, è indicata come base imprescindibile per la strutturazione di percorsi integrati di cura.*

*L'efficacia e l'applicabilità del PDTA-alcol sono garantite e mantenute attraverso un periodico monitoraggio al fine di apportare eventuali azioni correttive e stimolare il dialogo costante tra i servizi e gli operatori coinvolti.*



L'utilizzo di DSM 5 e ICD 11 offre un importante supporto per porre diagnosi permettendo di uscire da una posizione di autoreferenzialità diagnostica che si basa su criteri individuali o di Servizio, fondati spesso su idee e convinzioni personali, senza corrispettivo scientifico o statistico, e garantisce l'utilizzo di terminologie e criteri diagnostici che permettano il dialogo ed il confronto tra Servizi e la eventuale divulgazione scientifica.

Pur nelle loro differenze, questi strumenti garantiscono un approccio diagnostico che non si esaurisce nella dimensione sanitaria, ma coinvolge le aree di salute della persona. Idealmente, un utilizzo integrato dei due sistemi fornirebbe un inquadramento globale, che descriva il paziente nella sua complessità.

#### RACCOMANDAZIONI

*Nella definizione di una diagnosi di DUA è fondamentale l'utilizzo di sistemi diagnostici validati e diffusi nei Servizi (DSM 5 e/o ICD-11).*

## 1.2 Lo screening diagnostico

I dati statistici evidenziano come in Italia meno del 10% dei soggetti affetti da DUA, che avrebbero necessità di cura, vengono presi in carico dai Servizi specialistici. Questo dato induce diverse riflessioni e tra queste certamente la capacità di riconoscere i soggetti con DUA e porre in atto interventi motivazionali per favorirne l'invio a un percorso di cura.

Considerata la rilevanza epidemiologica del fenomeno e la molteplicità dei danni alcol-correlati, l'attività di screening sul DUA dovrebbe essere applicata in tutti gli ambiti sanitari. Tra questi riveste un ruolo fondamentale il Medico di Medicina Generale, che ricopre il ruolo di nodo centrale per l'accesso agli interventi sanitari. Inoltre, ha la possibilità di intercettare un gran numero di soggetti che a lui si rivolgono per problematiche alcol-correlate, non solo di tipo sanitario, ma spesso anche relazionali e familiari. L'attività di screening dovrebbe essere effettuata anche in altri ambiti sanitari e sociosanitari e in primis nei Servizi per le Dipendenze (SerD).

Qui spesso si registrano difficoltà nell'effettuare uno screening al fine di individuare problematiche alcol-correlate da parte delle equipe che non si occupano di alcologia. A questo proposito, sembra decisivo implementare le conoscenze rispetto gli effetti dell'alcol e modificare un atteggiamento culturale molto radicato nella popolazione, che condiziona l'atteggiamento degli operatori della salute verso il consumo di questa sostanza.



Un atteggiamento di scarsa attenzione rispetto al DUA, o addirittura di svalutazione della pericolosità dell'alcol, oltre a non favorire l'intercettazione di persone che potrebbero beneficiare di un intervento di cura, cristallizza una cultura del "bere" che porta al non accesso alle cure per molti consumatori problematici. L'Istituto Superiore di Sanità invita ad effettuare le attività di screening sul DUA e ha pubblicato una Linea Guida, che contiene indicazioni e strumenti per questa fondamentale attività ("L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria, Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve"; "Linee guida Trattamento del Disturbo da uso di alcol").

### RACCOMANDAZIONI

*Si raccomanda di promuovere l'attività di screening del DUA attraverso test agili, rapidi e con una buona accuratezza diagnostica come CAGE e AUDIT C, da parte dei professionisti della salute operanti sul territorio: Medici di Medicina Generale, Consultorio Familiare, Servizi territoriali della Psichiatria etc.*

*Si raccomanda di effettuare un'attività di screening alcologico presso i Servizi Specialistici per le Dipendenze Patologiche, analizzando i parametri laboratoristici validati per il monitoraggio del consumo di alcol, a prescindere dal motivo di accesso al servizio.*

*Si raccomanda anche la consultazione delle Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità "Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve".*

*Si raccomanda la promozione di percorsi formativi sull'Alcologia sia per gli operatori dei Servizi per le Dipendenze che per gli operatori Socio Sanitari con particolare attenzione per i Medici di Medicina Generale.*

11

## 1.3 Inquadramento del DUA

L'inquadramento del DUA deve in primis tenere conto dei cambiamenti epidemiologici e culturali che sono avvenuti in Italia relativamente al consumo di alcol. Nei primi anni di attività dei SerD la popolazione prevalente era costituita da maschi adulti con predilezione dell'uso di alcol secondo i canoni della cosiddetta "cultura bagnata" (abuso continuativo). Oggi sono sempre più frequenti giovani e giovanissimi con una "cultura asciutta" del consumo di alcol (*binge drinking*), che spesso viene usato in associazione con altre sostanze in un franco quadro clinico di Poliabuso. Negli anni si sono sempre più diffusi consumi alcolici pericolosi in fasce d'età sempre più precoci, con progressivo avvicinamento del sesso femminile a quello maschile in termini quantitativi.

Parimenti si è ampliata sempre più l'area della comorbidità psichiatrica (rispetto alla quale è opportuna una valutazione specialistica in caso di permanenza di sintomi specifici dopo la risoluzione del quadro da intossicazione acuta o della sindrome d'astinenza), della comorbidità internistica (rispetto alla quale sono doverosi test laboratoristico-strumentali per escludere danno epatico, cardiaco e oncologico, soprattutto in pazienti con abuso cronico e in caso di comorbidità con dipendenza da nicotina o cocaina) e della comorbidità neurologica (con la presenza di quadri sempre più frequenti di deficit neurologici, in particolare su memoria e funzioni esecutive correlate ad invecchiamento associato ad abuso cronico di alcol).

Un discorso specifico, inoltre, va fatto per la comorbidità tossicologica che risulta sempre più presente: un atteggiamento diffuso in passato e attualmente non giustificabile è stato quello di concentrare lo sguardo clinico sull'abuso dell'alcol, non eseguendo - neppure in fase di assessment - accertamenti finalizzati a evidenziare altri possibili Disturbi da Uso Sostanze e/o Dipendenze Comportamentali, rinunciando a porre una diagnosi completa e rischiando di erogare un trattamento non coerente con le esigenze di cura della persona.

Inoltre, in sintonia con l'invecchiamento della popolazione, si sta assistendo a un progressivo aumento dei pazienti anziani (oltre i 65 anni), proponendo così un ulteriore aspetto di complessità legato alla durata dell'abuso e alla presenza di patologie internistiche tipiche dell'età anziana da un lato e del bevitore di lungo corso dall'altro.

Negli anni sono stati messi in luce in modo sempre più sistematico una serie di danni connessi al consumo di alcol che vanno oltre le aree sanitarie e sociosanitarie: come violenze fisiche e sessuali, risse, incidenti stradali; aree che hanno gradualmente visto i SerD coinvolti in attività collegate con esse (es. Commissioni Mediche patenti, invio da parte della prefettura per violazione degli art. 186 e 187, affidamento ai Servizi

<b>3.1</b>	Considerazioni generali	23
<b>3.2</b>	Farmaci per il trattamento dell'astinenza acuta da alcol	24
<b>3.3</b>	Il trattamento dell'APA (Astinenza Protratta da Alcol)	25
<b>3.4</b>	Trattamento farmacologico <i>on-label</i> per il mantenimento dell'astensione/riduzione dei consumi	26
<b>3.5</b>	Trattamento farmacologico <i>off-label</i> per il mantenimento dell'astensione/riduzione dei consumi	27
<b>3.6</b>	Interazioni e associazioni farmacologiche	28
<b>3.7</b>	Personalizzazione del trattamento	29
	Appendice	31





## Indicazioni pratiche per il trattamento farmacologico

### 3.1 Considerazioni generali

Il Disturbo da Uso di Alcol (DUA) è un disturbo cronico e recidivante, caratterizzato dalla ricerca compulsiva dell'alcol nonostante le possibili conseguenze mediche, sociali e legali e rappresentato da manifestazioni comportamentali, fisiche, psichiche e cliniche diverse da individuo a individuo.

Il trattamento farmacologico risulta utile nel trattamento della Sindrome d'Astinenza da Alcol (SAA) e nel trattamento per il mantenimento dell'astensione/riduzione dei consumi.

Nell'esperienza dei soggetti con DUA, il desiderio irrefrenabile ed il bisogno incoercibile di assumere sostanze alcoliche con modalità compulsive (*craving*) si associa alla perdita delle capacità di regolarne l'assunzione. Dal punto di vista neurofisiologico, quanto sopra si accompagna a importanti cambiamenti nelle regioni cerebrali responsabili dell'esecuzione dei comportamenti motivati come il mesencefalo, la corteccia limbica e la corteccia prefrontale.

Il DUA induce inoltre cambiamenti importanti a livello dei recettori neuronali responsabili delle vie inibitorie ed eccitatorie del sistema nervoso centrale. In particolare, si osserva una riduzione dell'espressione dei recettori dell'acido  $\gamma$ -amminobutirrico (GABA), come risposta di feed-back all'effetto depressivo dell'alcol. Si osserva peraltro una up-regolazione dei recettori eccitatori del glutammato, sempre finalizzata a contrastare gli effetti dell'abuso cronico di alcol. Nel momento in cui il consumo di alcol cessa improvvisamente, il sistema nervoso non dispone del tempo sufficiente per riequilibrare la situazione neurologica e si possono manifestare i sintomi tipici della Sindrome d'Astinenza da Alcol (SAA).

La SAA può essere idealmente suddivisa in due fasi:

- Astinenza Acuta da Alcol (AAA)
- Astinenza Protratta da Alcol (APA).

La AAA (della durata media di 10-15 gg) viene riconosciuta grazie al manifestarsi di due o più dei seguenti sintomi: iperattività autonoma, insonnia, nausea o vomito, agitazione psicomotoria, ansia e può essere complicata dalla comparsa di tremore, crisi tonico-cloniche generalizzate, allucinazioni transienti tattili/uditive/visive. L'obiettivo principale del trattamento farmacologico della AAA è quello di minimizzare la gravità dei sintomi al fine di prevenire le complicanze come convulsioni e tremori e migliorare la qualità di vita del paziente.

I sintomi correlati allo squilibrio neurochimico possono protrarsi anche dopo il superamento della AAA portando allo sviluppo di APA: il trattamento farmacologico di questa fase è orientato quindi ad un rapido controllo dei sintomi. Mediamente il trattamento farmacologico permette di raggiungere tale risul-

tato in un arco temporale di qualche settimana mentre in assenza di trattamento una situazione simile è ottenibile nell'arco di 6 mesi di astensione da alcol.

Durante le prime fasi del trattamento di disassuefazione e/o disintossicazione, dopo avere tempestivamente trattato la AAA ove presente, si programma un intervento multidisciplinare che ha come obiettivi principali: attuare una corretta valutazione diagnostica, favorire il mantenimento dell'astensione dall'alcol e prevenire le ricadute, o in alcuni casi particolarmente complessi, la riduzione delle assunzioni con conseguente riduzione del danno sistemico. In questa fase i trattamenti farmacologici principali sono il trattamento avversivante e i farmaci *anticraving* e che tendono a ridimensionare progressivamente gli effetti rinforzanti dell'alcol, agendo sui neurotrasmettitori coinvolti nei circuiti del *reward*, in particolare la dopamina, gli oppioidi endogeni, la serotonina, l'acido  $\gamma$ -amminobutirrico (GABA) ed il glutammato.

Nonostante in passato sia stato ritenuto che il trattamento fondamentale del DUA fosse rappresentato dall'intervento psico-sociale, attualmente l'approccio combinato con la farmacoterapia offre risultati più solidi ed efficaci. Da qui l'opportunità di fornire sempre e comunque un intervento integrato multidimensionale, che prevede l'associazione di una terapia farmacologica e di un approccio psico-sociale.

Inoltre, il trattamento ideale dovrebbe avere effetti ansiolitici e sedativi e, oltre a ridurre rapidamente i sintomi, e dovrebbe essere iniziato il prima possibile al fine di prevenire il rischio di ricaduta nell'abuso di alcol, rischio che permane soprattutto durante i primi mesi di trattamento.

#### RACCOMANDAZIONI

***La SAA, ove diagnosticata, deve essere trattata immediatamente.***

***Dopo il superamento della AAA è possibile che si manifesti una APA che deve essere trattata con terapia farmacologica.***

***Si raccomanda il trattamento multidisciplinare (farmacologico + psico-sociale) nella fase di mantenimento perché maggiormente efficace.***

## 3.2 Farmaci per il trattamento dell'AAA

Il trattamento dell'AAA dipende dalla gravità della sindrome (misurabile con scala Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale-Ar, CIWA-Ar) e dalla presenza di eventuali complicanze come crisi epilettiche e delirium tremens, tachicardia, ipertensione cardiaca.

### **Sodio Oxibato (SO)**

Il sodio oxibato (SO) è il sale sodico dell'acido  $\gamma$ -idrossibutirrico (GHB), un acido a catena corta derivato dell'acido  $\gamma$ -amminobutirrico (GABA). Tale sostanza, presente anche naturalmente nel cervello, esplica una duplice azione: sia sui recettori GHB che come agonista dei recettori GABA-B.

È registrato, commercializzato e largamente utilizzato in Italia da oltre 30 anni per il trattamento del DUA. Il SO 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.

L'indicazione terapeutica approvata da AIFA è la seguente: "coadiuvante nel controllo della sindrome astinenziale acuta da alcol etilico", mentre in Austria è anche approvato come coadiuvante nella disintossicazione a lungo termine.

Ha mostrato efficacia nel trattamento della sindrome d'astinenza acuta 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 sindrome d'astinenza.

Infine, può essere utilizzato in caso di comparsa di Astinenza Protratta da Alcol (vedi cap. di riferimento).

### **Benzodiazepine**

Le benzodiazepine sono modulatori allosterici positivi del recettore GABA A con azione ansiolitico-ipnotico-sedativa e hanno dimostrato efficacia e sono raccomandate per il trattamento delle complicanze dell'AAA (convulsioni, delirium tremens). Le benzodiazepine più utilizzate nella gestione della AAA sono clordiazepossido, diazepam, lorazepam e oxazepam.

In considerazione dell'aumentato rischio di sedazione eccessiva, disturbi della memoria e depressione respiratoria, occorre prestare particolare attenzione all'uso di benzodiazepine a lunga emivita nei pazienti anziani e in quelli con insufficienza epatica, preferendo benzodiazepine a breve emivita come l'oxazepam (15 mg, 1 o 2 volte al giorno e, se necessario, aumentando con cautela fino a 15 mg in 3 o 4 somministrazioni giornaliere) e il lorazepam (1-2 mg, 1 o 2 volte al giorno, aggiustando poi la dose in base alla tollerabilità e alla risposta del paziente). Inoltre, l'oxazepam e il lorazepam non subiscono ossidazione epatica con successiva formazione di metaboliti attivi.

### **Fenobarbital e altri farmaci**

Il fenobarbital è un barbiturico raccomandato per il trattamento *off-label* dell'AAA in caso di resistenza o di controindicazione al trattamento con benzodiazepine. Il fenobarbital ha un'azione farmacologica relativamente rapida e una durata dell'attività prolungata grazie alla sua lunga emivita.

Diversi studi hanno dimostrato una riduzione significativa dell'uso di benzodiazepine, del ricovero in terapia intensiva e della necessità di ventilazione meccanica, grazie all'uso di fenobarbital. Le strategie di dosaggio ad oggi non sono univoche e molti clinici temono di indurre insufficienza respiratoria. Altri agenti come  $\alpha$ 2-agonisti,  $\beta$ -bloccanti e neurolettici possono essere utilizzati in associazione nella AAA quando il trattamento con le benzodiazepine non risolve i sintomi specifici che persistono nel tempo come, ad esempio, i sintomi allucinatori. Gli anticonvulsivanti possono essere utilizzati per la gestione delle crisi convulsive.

### **RACCOMANDAZIONI**

***Nel trattamento della AAA non complicata il SO è il trattamento d'elezione.***

***In caso di AAA severa complicata è indicato l'uso di BDZ.***

***Il trattamento con BDZ va interrotto dopo i primi 7-10 giorni di terapia.***

***Il trattamento con SO può essere utilizzato in caso di comparsa di Astinenza Protratta da Alcol.***

***In caso di controindicazione o resistenza al trattamento con BDZ è indicato trattamento con fenobarbital.***

## **3.3 Il trattamento dell'APA**

L'APA 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 (APA) 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 dell'APA 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).

L'uso di agenti GABA agonisti e NMDA antagonisti rappresenta una strategia promettente nella gestione di questa condizione. Tra gli antagonisti dei recettori NMDA è possibile utilizzare l'acamprosato, le cui caratteristiche verranno approfondite nella terapia di mantenimento, mentre non essendoci gabaergici *on-label* per il trattamento del DUA, tra le molecole con più evidenze scientifiche si segnalano il SO e il Gabapentin.

In diversi studi è stato osservato un trend di riduzione dei sintomi più rapido mediante il trattamento con farmaci ad azione GABAergica rispetto a quelli con azione non-GABAergica.

Se non sono presenti controindicazioni, è possibile applicare un approccio farmacologico che preveda l'associazione di antagonisti del sistema NMDA, come l'acamprosato, con farmaci GABA-agonisti nelle prime fasi della APA e continuativamente per le successive settimane e mesi.

### **Sodio Oxibato (SO)**

Il SO lega i recettori del GABA mimando l'azione dell'alcol a livello centrale ed è considerato un trattamento efficace e sicuro per la terapia della dipendenza da alcol, della sindrome di astinenza e per la prevenzione delle ricadute, per incrementare il numero di giorni di astinenza, diminuire gli heavy-drinking days e ridurre il *craving*.

In particolare recenti studi hanno evidenziato che la sua efficacia a 3-6 mesi è presente solo nella popolazione di pazienti che presenta un consumo alcolico elevato (> 60 gr/die per la donna e > 100 unità/alcoliche nell'uomo) e che non riescono a raggiungere autonomamente l'astensione.

Il suo utilizzo nell'APA è stato preso in considerazione per il controllo dei sintomi specifici di questa condizione come, ad esempio, ansia, irritabilità, instabilità dell'umore, insonnia, *craving*, che permangono in seguito alla risoluzione della sindrome d'astinenza acuta.

Il SO viene somministrato in 3-6 somministrazioni quotidiane per raggiungere un dosaggio di 50-100 mg/kg/die. Di norma si utilizzano le 3-4 somministrazioni quotidiane ma, per una maggiore copertura terapeutica, in ragione della sua breve emivita e del fatto che non si accumula nell'organismo, la dose giornaliera può essere frazionata in più somministrazioni, fino ad un massimo di sei somministrazioni giornaliere distanziate di 4 ore tra di loro.

È inoltre necessario sottolineare che la stessa AIFA ha recentemente approvato un materiale educativo ad uso della classe medica in cui si evidenzia l'opportunità di un suo utilizzo anche per cicli ripetuti per un adeguato controllo dei sintomi astinenziali protratti. In questo senso il SO può essere iniziato per il trattamento della AAA e può essere proseguito come trattamento dell'APA per i primi 3-6 mesi dalla sospensione dei consumi alcolici, senza necessità di modificare la terapia. Le preoccupazioni relative all'uso del sodio oxibato sono principalmente dovute al potenziale rischio di sviluppare *craving* e abuso del farmaco stesso. Tuttavia, i dati provenienti dagli studi clinici e dalla farmacovigilanza hanno mostrato che l'appetizione per il farmaco si verifica solo nel 5-10 % dei pazienti e i casi di abuso/dipendenza sono nell'ordine dello 0.1 %.

In particolare, è stato osservato che alcuni pazienti predisposti, tra cui coloro che sono affetti da dipendenza da più sostanze e i pazienti con disturbo borderline di personalità o disturbo bipolare, sono maggiormente prone allo sviluppo di *craving* e abuso di sodio oxibato. In ragione di questo è necessario verificare, dopo le prime somministrazioni, la presenza o meno di appetizione per il farmaco per valutare sia la durata dell'affido del farmaco stesso che l'eventuale necessità di individuare un caregiver che supporti il paziente nella gestione a domicilio della terapia.

### **Acamprosato**

Vedi indicazioni in terapia di mantenimento

#### **RACCOMANDAZIONI**

*Dopo il superamento della AAA è importante considerare il possibile sviluppo di APA.*

*In caso di APA è opportuno eseguire un trattamento farmacologico.*

*Tra i farmaci antiglutammatergici e gabaergici, che hanno un razionale per il trattamento dell'APA, è possibile utilizzare l'acamprosato e il SO e, quest'ultimo, può essere utilizzato in continuità con il trattamento della AAA.*

*L'utilizzo del SO richiede una valutazione accurata in caso di anamnesi positiva per Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) e/o farmaci, nonché in caso di comorbilità psichiatrica. In questi casi, va considerata l'utilità della presenza di un caregiver, almeno nella prima fase del trattamento, per permettere una somministrazione controllata del SO.*

## **3.4 Trattamento farmacologico on-label per il mantenimento dell'astensione/riduzione dei consumi**

### **Naltrexone (NTX)**

Il NTX è un antagonista dei recettori degli oppioidi, in grado di ridurre il senso di gratificazione legato all'assunzione di alcol. La sua efficacia è rappresentata dalla riduzione del numero dei giorni di consumo eccessivo di alcol e dalla riduzione del numero totale di Unità Alcoliche (UA) assunte in una singola circostanza, mentre è risultato meno efficace nel garantire la completa astensione. L'efficacia è aumentata se il farmaco viene associato ad un trattamento psicoterapeutico e nel caso in cui sia prevalente un *reward craving*.

Il trattamento può iniziare con dosaggio di 25 mg per tre giorni per poi passare a 50 mg die. La dose può essere aumentata fino a 100 o a 150 mg. È ovviamente controindicato in pazienti che utilizzano oppioidi a scopo terapeutico per il trattamento del dolore o come terapia agonista per un Disturbo da Uso di Oppiacei.

**Acamprosato (ACP)**

L'azione neuromodulatrice sui recettori glutammatergici NMDA è alla base dell'efficacia di questo farmaco. Viene utilizzato sia per il mantenimento di una condizione di astinenza attraverso la riduzione del *craving* (in particolare il *relief craving*) sia per permettere il superamento dell'APA riducendo l'ipereccitabilità nel sistema nervoso centrale. Si è dimostrato efficace nel ridurre il *craving* e nell'aumentare i tassi di astinenza in pazienti alcolodipendenti dopo disintossicazione. In uno studio preliminare, l'acamprosato si è dimostrato efficace anche nella APA.

È un farmaco ben tollerato, maneggevole e con un valido livello di sicurezza.

L'ACP deve essere somministrato alla dose di 666 mg tre volte al giorno, con riduzioni del dosaggio in pazienti al di sotto dei 60 kg di peso corporeo ed in caso di ipofunzionalità/insufficienza renale essendo questa la sua via di eliminazione. Può essere usato nei pazienti epatopatici in quanto prevale la sua escrezione a livello renale, ma non ha evidenze di efficacia in pazienti con cirrosi epatica.

**Nalmefene (NMF)**

È un antagonista dei recettori oppioidi  $\mu$  e  $\delta$  e agonista parziale dei recettori  $\kappa$ .

Attraverso una modulazione del sistema oppioide, riduce gli effetti *reward* dell'alcol, determinandone una conseguente riduzione del consumo.

La dose massima giornaliera è di 18 mg al giorno ed è un farmaco da assumere "al bisogno", in pazienti con livelli di consumo ad elevato rischio.

Deve essere assunto, se possibile, 1-2 ore prima dell'orario previsto per il consumo di alcol. Come per il NTX, non deve essere somministrato nei pazienti in terapia con farmaci oppioidi a scopo antalgico nell'ambito di un disturbo da uso di oppiacei.

**Disulfiram (DSF)**

È un farmaco avversivante che inibisce la conversione dell'acetaldeide in acido acetico attraverso il blocco dell'enzima aldeide-deidrogenasi, con conseguente accumulo di acetaldeide. Nel momento in cui si assume questo farmaco e contemporaneamente anche bevande alcoliche, gli elevati livelli di acetaldeide che ne conseguono provocano reazioni avverse caratterizzate da eritemi cutanei, soprattutto del volto, nausea, vomito, tachicardia, ipotensione fino al collasso cardiovascolare.

Per le ragioni di cui sopra, i pazienti che devono essere sottoposti a trattamento con DSF devono essere astinenti da alcol da 24-48 h (o avere alcol test pari a 0.0) prima dell'inizio della terapia ed adeguatamente informati previo consenso.

È controindicato in pazienti con grave compromissione epatica, malattie cardiache, psicosi o deficit cognitivo e in caso di gravidanza. La somministrazione prevede un dosaggio variabile da 200 a 400 mg al giorno e il trattamento è risultato efficace nel mantenere la completa astensione quando l'assunzione avviene sotto supervisione sanitaria o di un *caregiver*.

### 3.5 **Trattamento farmacologico *off-label* per il mantenimento dell'astensione/riduzione dei consumi**

**Baclofene (BCF)**

Il baclofene ha un'attività agonista sui recettori GABA B, è approvato in Francia per il trattamento del DUA ed è efficace nel ridurre il *craving* e nel diminuire gli *heavy-drinking days*. Viene somministrato al dosaggio medio di 30-90 mg/die partendo da dosaggi di 15-30 mg/die e poi incrementando il dosaggio in base alla necessità del paziente e alla tollerabilità al farmaco. È controindicato in pazienti DUO, in donne in gravidanza o in caso di ipofunzionalità/insufficienza renale essendo questa la sua via di eliminazione.

Da utilizzare con precauzione in pazienti con storia di tentato suicidio o crisi epilettiche, essendo questi i due effetti collaterali più gravi segnalati, anche se si sono manifestati solo a dosi superiori a quelle terapeutiche.

È l'unico farmaco sperimentato, ad oggi, in pazienti con cirrosi epatica, evidenziando una buona efficacia e tollerabilità, tanto che la European Association for the Study of the Liver (EASL) lo ha indicato come farmaco di elezione per il trattamento del DUA nei pazienti cirrotici.

**Gabapentin**

Il suo meccanismo d'azione è mediato dai canali del calcio voltaggio-dipendenti e presenta anche una azione pro-gabaergica aspecifica. Promuove l'astinenza, favorisce la prevenzione delle ricadute, tende a normalizzare sintomi disforici e a regolarizzare il ritmo sonno-veglia. Da tenere in considerazione in alternativa al SO, se si ritiene opportuno un trattamento della APA con gabaergico in quanto presenta alcuni studi a supporto.

Il suo dosaggio terapeutico varia da 300 a 1.200 mg/die ed è controindicato in caso di ipofunzionalità/ insufficienza renale essendo questa la sua via di eliminazione.

**Pregabalin**

Ha una struttura chimica ed un'efficacia clinica sovrapponibili al gabapentin. Utile in soggetti con DUA associato a temperamento ipertimico/ciclotimico. Può essere prescritto a un dosaggio iniziale di 150 mg/die, per poi aumentare nel tempo fino a 300 mg/die. A dosaggi superiori a 450 mg/die il pregabalin può determinare dei potenziali comportamenti di abuso.

**Topiramato**

Il meccanismo di azione si esplica attraverso un aumento dell'attività inibitoria dei recettori GABA A, con un effetto antagonista sui recettori del glutammato e con modulazione dei canali ionici. Ha dimostrato efficacia nel ridurre il *craving* per l'alcol a dosaggi fino a 200 mg/die. È necessario iniziare con dosaggio di 25 mg x 2 e poi incrementare progressivamente a causa della possibile comparsa di effetti collaterali quali disturbi visivi e anoressia.

**Ondansetron**

L'ondansetron è un antagonista 5-HT<sub>3</sub> utilizzato per trattare nausea e vomito. Sebbene il meccanismo d'azione specifico sia ancora in fase di studio, l'ondansetron può risolvere la disfunzione serotoninergica comune nel DUA a esordio precoce e può ridurre il desiderio di alcol tramite proiezioni 5-HT<sub>3</sub> alle connessioni dopaminergiche nel mesencefalo. In studi preclinici è stato dimostrato che l'antagonismo 5-HT<sub>3</sub> blocca l'acquisizione e il mantenimento dell'auto-somministrazione di etanolo e riduce la concentrazione di dopamina associata all'etanolo nel nucleo accumbens. Clinicamente, l'ondansetron si è dimostrato particolarmente efficace in combinazione con il naltrexone.

**Sodio Oxibato**

Vedi indicazioni in terapia dell'APA.

**RACCOMANDAZIONI**

*Il NMF è indicato "al bisogno" per la riduzione dei consumi alcolici in pazienti con livelli di consumo ad elevato rischio.*

*Il NTX è indicato per favorire l'astinenza e ridurre il consumo di alcolici durante le fasi iniziali della cura.*

*L'ACP è indicato per la prevenzione delle ricadute nei pazienti che hanno già raggiunto l'astensione.*

*Il DSF è indicato nei pazienti che necessitano di un controllo farmacologico avversivante.*

*Il BCF, seppur off-label, trova applicazione nel mantenimento dell'astinenza nei pazienti con grave compromissione epatica.*

*Si può valutare l'utilizzo di farmaci off-label solo in caso di inefficacia dei trattamenti on-label.*

**3.6 Interazioni e associazioni farmacologiche**

I pazienti affetti da DUA possono essere in terapia con diversi trattamenti farmacologici concomitanti che comprendono varie classi di farmaci tra cui antipertensivi, diuretici, antibiotici, antivirali, ipolipemizzanti, per cui occorre prestare attenzione alle possibili interazioni farmacologiche.

Si raccomanda cautela in caso di assunzione concomitante di benzodiazepine con agenti che presentano effetti additivi, depressivi e sedativi verso i recettori GABA-A, come oppioidi, antidepressivi, anticonvulsivanti, antistaminici e neurolettici. L'assunzione concomitante di benzodiazepine e oppioidi può indurre cross-tolleranza peggiorando la dipendenza.

Anche il SO richiede particolare attenzione in caso di co-somministrazione con altri agenti che agiscono sul sistema nervoso centrale. Questo farmaco, infatti, agisce da inibitore dell'attività neuronale e ha un effetto sinergico con le benzodiazepine, la cui somministrazione aumenta la sonnolenza.

Tra i farmaci per il mantenimento, il più maneggevole in termini di interazioni farmacologiche è l'ACP mentre va posta attenzione particolare al DSF soprattutto con la assunzione concomitante di farmaci in soluzione alcolica che possono esacerbare la sindrome da intossicazione da acetaldeide.

L'associazione farmacologica di BDZ e SO per il trattamento della AAA è molto diffusa anche se non ci sono studi clinici che ne evidenzino efficacia e rischi. Il razionale è quello di associare un farmaco che agisce come *anticraving* con un farmaco che copre maggiormente alcuni sintomi astinenziali gravi. Ulteriori studi clinici sono necessari per avere un'indicazione più dettagliata.

Le associazioni farmacologiche tra i principali farmaci che vengono usati per il trattamento del DUA e del mantenimento dell'astensione (NTX, ACP, SO, DSF) sono risultate tutte mediamente ben tollerate ed efficaci.

#### RACCOMANDAZIONI

***Prima di iniziare un trattamento per il DUA è opportuno verificare le interazioni farmacologiche con la terapia in atto.***

***Nel trattamento del DUA va presa in considerazione la possibilità di associare più farmaci.***

### 3.7 Personalizzazione del trattamento

La presenza di farmaci con meccanismi d'azione differenti, con evidenze di efficacia sui differenti *endpoint* del DUA differenti e con efficacia maggiore su popolazioni specifiche di pazienti con DUA, rende necessario un approccio alla scelta del farmaco basato sulla personalizzazione. Questo tipo di approccio si contrappone alla definizione di farmaci di prima/seconda/terza linea, approccio che avrebbe una logica solo se esistessero farmaci nettamente più efficaci di altri ed efficaci indistintamente sulle varie popolazioni di pazienti con DUA.

Tenendo presente quanto esposto nei paragrafi precedenti, le variabili da tenere presente nella personalizzazione della terapia sono:

- l'obiettivo concordato con il paziente (riduzione dei consumi o completa astensione);
- l'anamnesi alcolica (presenza o meno di AAA alla sospensione dei consumi alcolici con possibile APA in seguito; capacità o meno di raggiungere l'astensione per alcuni giorni autonomamente; presenza di un pattern di consumo continuativo o di binge drinking/heavy drinking days)
- il profilo motivazionale del paziente e la tipologia di *craving* (vedi cap. 1);
- la presenza o meno di un *caregiver* e/o la buona compliance del paziente;
- la presenza di comorbidità internistiche, tossicologiche e psichiatriche, principalmente per escludere delle controindicazioni.

Un algoritmo di base che permette di avere un orientamento sulla scelta del farmaco è stato proposto dalla Società Italiana di Alcolologia e deve essere considerato come punto di partenza da integrare con tutti gli elementi clinici raccolti dall'equipe multidisciplinare (Figura 1).

#### RACCOMANDAZIONI

***La scelta del farmaco per il mantenimento necessita di una personalizzazione sulla base delle caratteristiche del paziente.***

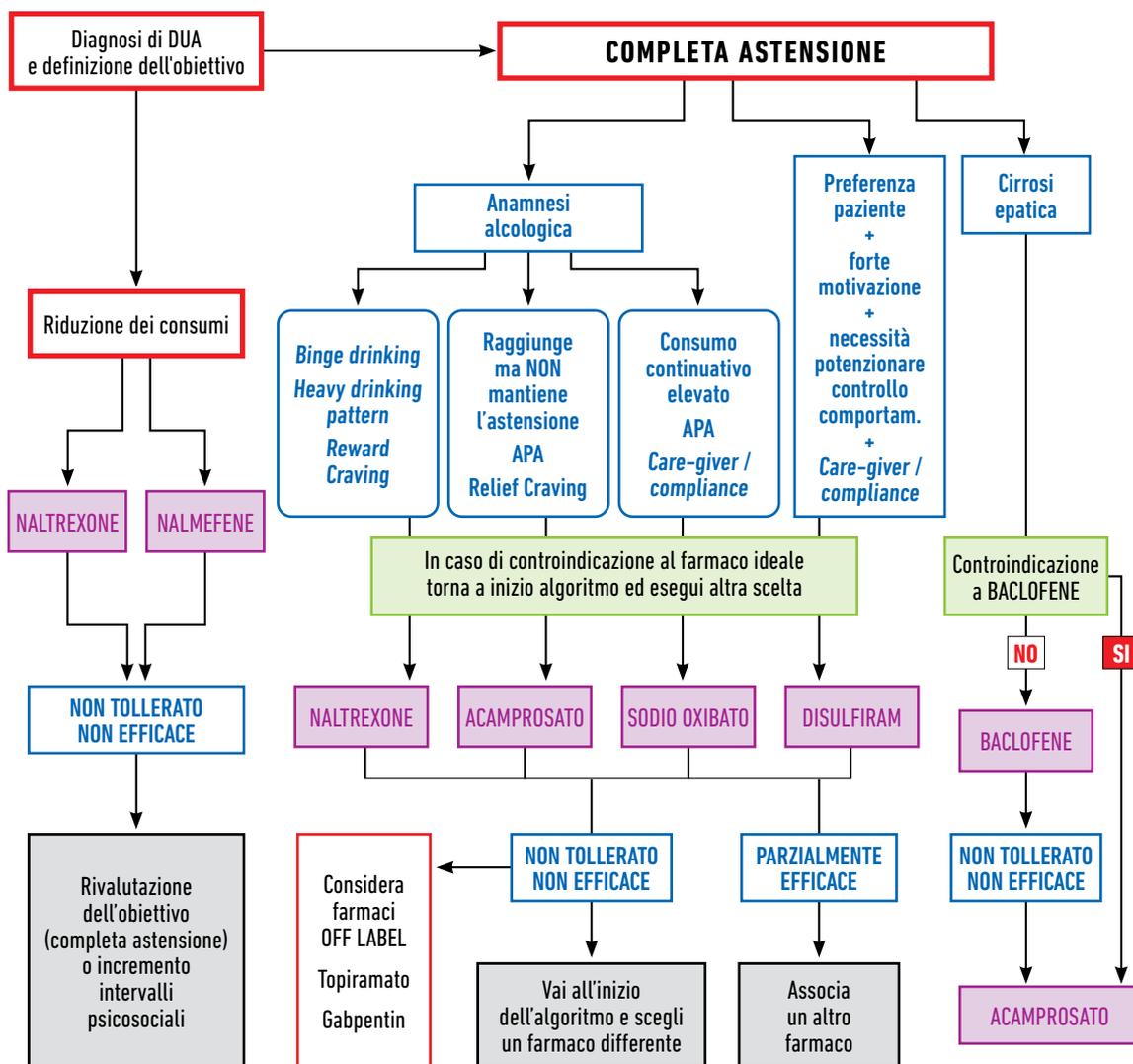


Figura 1 - Algoritmo diagnostico terapeutico del Disturbo da uso di alcol

Adattato da: Vignoli, Caputo et al., *Nutrimetum et Curae*, 2024

## APPENDICE

---

### ***Gestione dell'Intossicazione Acuta da Alcol nell'adulto (IAA)***

Nel caso di IAA, in genere non sono necessari farmaci specifici, ma le funzioni vitali devono essere monitorate, i liquidi somministrati in caso di disidratazione e il paziente tenuto sotto osservazione per l'insorgenza di sintomi di astinenza da alcol.

Nel caso di IAA grave con coma, è importante supportare la ventilazione meccanicamente, identificare eventuali cause aggiuntive di coma e, se necessario, correggere l'ipoglicemia con soluzione di glucosio al 5%, lo squilibrio idroelettrolitico e l'equilibrio acido-base, somministrare integratori di vitamina B e vitamina C, eseguire un lavaggio gastrointestinale e somministrare carbone attivo eventualmente su indicazione del Centro Antiveneni.

In caso di uso contemporaneo di altri farmaci sedativi, devono essere somministrati antidoti specifici: naloxone (0,4 mg e.v. o i.m. ripetuti, se necessario) per l'uso di oppioidi e flumazenil (0,2 mg, ripetuti, se necessario) per l'uso di benzodiazepine.

La somministrazione di farmaci (metadoxina 900 mg e.v.) che riducono le concentrazioni di alcol e acetaldeide nel sangue porta a una più rapida risoluzione dei sintomi.

### ***Gestione dell'intossicazione Acuta da Alcol negli adolescenti***

Gli adolescenti di solito non mostrano tolleranza agli effetti sviluppati dall'esposizione ripetuta all'etanolo e hanno una parziale attività dell'alcol deidrogenasi epatica, quindi possono essere più esposti all'effetto tossico dell'alcol e di conseguenza alla rapida insorgenza del coma.

La dose letale di alcol varia ampiamente tra bambini e adolescenti come tra adulti e non è possibile trarre conclusioni definitive sulla concentrazione ematica di alcol letale per neonati e adolescenti.

L'ipoglicemia e l'ipotermia indotte da IAA tendono a essere più gravi nei giovani che negli adulti; quindi, la gestione dell'IAA per tutti gli adolescenti dovrebbe essere focalizzata sulla rapida correzione di ipoglicemia, ipotermia e irrequietezza. Per grave irrequietezza, dovrebbero essere somministrati antipsicotici tipici (come l'aloiperidolo), a causa di una minore possibilità di interazione con l'alcol.

L'accesso venoso è necessario per garantire la somministrazione di liquidi. Finora, non sono stati condotti studi sull'uso di metadoxina per il miglioramento dei sintomi dell'IAA nella popolazione pediatrica.



<b>4.1</b>	Definizione di intervento psico-sociale e target di intervento	33
<b>4.2</b>	Gli interventi psico-sociali nel trattamento del DUA ambulatoriale territoriale	34
<b>4.2 A</b>	Gli interventi psico-sociali riconosciuti dalla letteratura e dalle Linee Guida – non specialistici e specialistici	34
<b>4.2 B</b>	Gli interventi psico-sociali non esplicitamente rientranti nelle Linee Guida ma diffusi nella pratica clinica	37
<b>4.3</b>	Interventi psico-sociali in target “speciali” Giovani Donne Anziani	37
<b>4.4</b>	Gli interventi psico-sociali incardinati nella rete di assistenza alcolologica	39

## *Gli interventi psico-sociali in alcolologia*

### 4.1 Definizione di intervento psico-sociale e target di intervento

Gli interventi psico-sociali in Alcolologia sono orientati a modificare i fattori di rischio ed i determinanti associati alle patologie e problemi alcol-correlati (PPAC) nonché ai Disturbi da Uso di Alcol in una ottica psicologica e/o sociale, incardinati nella ben più ampia prospettiva delle PPAC e dei DUA come espressione di una problematica complessa, a valenza bio-psico-sociale.

Per interventi psico-sociali si intendono di fatto tutti gli interventi ad esclusione di quelli farmacologici, tesi a modificare fattori e determinanti individuali, di gruppo e ambientali.

In questa visione, fanno parte degli interventi psico-sociali in Alcolologia non solo tutti quegli interventi orientati al singolo individuo o grupपाल, noti nella pratica clinica specialistica finalizzata alla cura, ma anche, e a buon diritto, tutti quegli interventi non farmacologici che abbiano come finalità la prevenzione selettiva, indicata ed universale oltreché gli interventi non farmacologici post-terapia, messi in campo nella prevenzione, cura, riabilitazione delle problematiche alcol-correlate nel loro insieme, nei setting specialistici e non specialistici.

**Una così vasta prospettiva evidenzia come gli interventi psico-sociali nel DUA siano da ritenersi irrinunciabili per definire un trattamento come tale, una parte fondamentale e, per certi target, anche l'unica effettiva possibilità di intervento.**

In considerazione quindi del grande spazio occupato dagli interventi psico-sociali nei DUA, ci limiteremo a esporre quanto riguarda il trattamento



specialistico territoriale non residenziale, con accenni ad alcuni target definiti dalla letteratura “speciali” e ad alcuni approcci di counseling per setting aspecifici raccomandati dalla letteratura, dalle principali Agenzie e/o dalle Linee Guida Internazionali.

#### RACCOMANDAZIONI

*Si raccomanda che venga realizzato un trattamento psico-sociale, associato o meno a una proposta farmacologica, in caso di attivazione di un trattamento per DUA.*

*Si raccomanda un intervento o una consulenza di natura non farmacologica anche in setting non specialistici di trattamento farmacologico del DUA.*

## 4.2 Gli interventi psico-sociali nel trattamento territoriale del DUA - ADULTI

34

Gli interventi psicologici e psico-sociali possono essere sintetizzati in vario modo, in relazione al target, al setting e/o al tipo di intervento in funzione dell'assessment diagnostico.

Nel seguito della trattazione verrà utilizzata una classificazione mista, così come più frequentemente presentata anche nella letteratura scientifica.

### 4.2 A Gli interventi psico-sociali riconosciuti dalla letteratura e dalle Linee Guida - non specialistici e specialistici

#### Gli Interventi Brevi di Identificazione Precoce

Tra gli interventi maggiormente oggetto di implementazione dalle indicazioni internazionali vi è senza alcun dubbio, nei setting aspecifici, l'intervento breve info-educativo e/od orientato all'invio specialistico.

Pur essendo riconosciuta un'efficacia bassa e/o moderata, la dimostrazione di assenza di effetti dannosi e la possibilità di applicazione su grandi numeri, fa dell'intervento breve uno degli interventi psico-socio-educativi ritenuti più utilmente applicabili in setting multipli con un ottimo rapporto costo-beneficio. Viene perciò fortemente consigliato il suo utilizzo, specialmente nella forma di intervento breve motivazionale ritenuta la forma di counseling breve più efficace e col miglior rapporto costo-beneficio.

Tale intervento, chiaramente di natura psico-socio-educativa, si basa su interventi strutturati di breve durata da pochi minuti a oltre 30 min, in sessione unica o breve e ripetuta nel tempo, spesso rappresentato con acronimi facilmente memorizzabili (es. FRAMES, regola delle 3 o 4 A, FLAGS etc.).

Fondato più sulla semplice rilevazione della quantità, modalità e pattern del consumo attraverso somministrazione iniziale di AUDIT o AUDIT-C e/o altri questionari di identificazione, come il CAGE, è un modello utilizzabile non solo nei setting aspecifici, sanitari o non sanitari, ma anche in quelli specialistici in tutte le situazioni di comorbidità con uso di alcol di grado tale da poter essere sensibile ad un intervento breve info-educativo.



È il caso, ad esempio, nell'uso eccedentario di alcol in persone portatrici di altre dipendenze come in PWUD (*People Who Use Drugs*) o in giocatori compulsivi; negli accessi ai Servizi per ottemperare a percorsi mandatori come nei fermi per violazione di ex art. 186, 186-bis o 187 del Codice della Strada; nei percorsi avviati sui lavoratori per certificazione di assenza di tossicodipendenza/alcoldipendenza ex DLgs. 81/08 o nei percorsi di molte "doppie diagnosi" in cui compare un uso eccedentario di alcol.

È utilizzabile come intervento psico-sociale specifico nel setting di riduzione del danno (RDD) e limitazione del rischio (LdR), ad esempio in alcune popolazioni specifiche non orientate all'astensione (pazienti che desiderano la riduzione del consumo e che non desiderano invece un trattamento, homeless etc.) o come prima linea di intervento nel corso dell'assessment anche specialistico.

### RACCOMANDAZIONI

***L'intervento breve psico-socio-educativo, nella forma di intervento motivazionale breve, è raccomandato in tutti i casi di Uso Eccedentario di Alcol e nei percorsi brevi mandatori in multipli setting socio-sanitari specialistici e di base.***

***L'intervento breve psico-socio-educativo è uno degli interventi raccomandati nella RDD e nella LdR alcol-correlati.***

### ***Gli interventi psicologici e psico-sociali nel trattamento del DUA***

I trattamenti psico-sociali nel trattamento dei Disturbi da Uso di Alcol (DUA) sono ampiamente trattati in quasi tutte le Linee Guida dedicate che abbiano un approccio onnicomprensivo. Buona parte delle indicazioni, come noto, hanno preso il via da tre grossi studi, tutti anglosassoni (MATCH, COMBINE e UKATT), che non hanno mai dimostrato la superiorità di un approccio psico-sociale rispetto a un altro tra quelli analizzati. Partendo dal confronto tra quelli più utilizzati in clinica e da opinioni esperte, essi hanno definito la non superiorità rispettivamente degli interventi cognitivo-comportamentali, motivazionali e di avvio alla frequenza dei gruppi 12 Passi (gruppi di auto-mutuo-aiuto).

L'intervento motivazionale è comunque considerato un gold standard per il favorevole rapporto costo-beneficio e la possibilità di adattarlo a ogni tipologia di paziente. Più che parlare di singoli interventi psicologici e psico-sociali, l'intervento non farmacologico può essere meglio rappresentato da famiglie di interventi che fanno capo a specifici approcci.

Va ricordato come la maggior parte dei modelli trattamentali psico-sociali siano stati introdotti come interventi complementari e come, nel corso del tempo, essi abbiano assunto importanza sempre maggiore sino ad assumere le caratteristiche di interventi stand-alone o, ancor di più, come interventi utilmente combinabili nel tempo del trattamento in funzione della risposta del paziente rispetto agli obiettivi subentranti nel corso del trattamento stesso. Prototipici di questo percorso sono gli interventi Motivational Interviewing (MI) di Miller e Rollnick e di Relapse Prevention (RP) di Marlatt e la loro combinazione con la Cognitive Behavioural Therapy (CBT) o metodologie similari e con gli approcci mindfulness-based.

### ***Approccio cognitivo e cognitivo-comportamentale***

Gli interventi che ricadono in quest'area sono storicamente nati come interventi ancillari, per accompagnare specifiche terapie farmacologiche (ad es. la terapia di coppia associata al disulfiram) o per supportare altre tipologie di interventi post-acuzie (ad es. post-ricovero ospedaliero, post-ricovero riabilitativo). Gli interventi post-acuzie sono una combinazione di intervento psico-sociale associato spesso ad una farmacoterapia specifica *anticraving* con lo scopo di prevenire la ricaduta e di cui l'intervento psico-sociale è componente imprescindibile.

Per quanto riguarda la Prevenzione della Ricaduta (RP) vera e propria, ricompresa nell'area cognitivo-comportamentale (CC), le strategie considerate sono quelle sviluppate in particolare da Marlatt e Gordon, considerati tra i padri del trattamento CC nell'ambito delle dipendenze.

Ricadono in quest'area, in trattamenti individuali, di gruppo o familiari:

- Terapie cognitivo-comportamentali: CBT e varianti, RP e sue varianti,
- Terapie comportamentali: le terapie comportamentali individuali (es. coping skill training) o con importanti componenti comportamentali (contratto comportamentale, CRA - Community Reinforcement Approach), Contingency Management,
- Approcci di coppia e della famiglia: Behavioural Marital Therapy (BMT), contratti per la gestione del disulfiram.

### Approccio motivazionale

Una trattazione a parte merita l'approccio motivazionale, ritenuto ad oggi uno dei migliori approcci alle dipendenze in pazienti con difficoltà di adesione al trattamento e che ha avuto il merito di introdurre concetti nuovi nel campo, valorizzando il punto di vista del paziente ("centratura sul paziente") e attribuendo alla qualità della relazione instaurata un ruolo determinante nella definizione dell'esito del trattamento. L'approccio motivazionale esprime nella negoziazione degli obiettivi col paziente il cuore del suo mandato aprendo le porte anche alla realizzazione, assieme agli approcci di tipo processuale, di obiettivi non convenzionali come quello del bere controllato.

L'approccio motivazionale, per lo più conosciuto tramite il Modello TransTeorico del cambiamento (MTT), è nella teorizzazione di Miller e Rollnick una forma di counseling costituita da una competenza tecnica e da una competenza relazionale guidata dalla risposta del paziente. Per tale ragione essa è difficilmente standardizzabile e la stessa MET risulta un modello ibrido.

### Gruppi di auto-mutuo-aiuto

In campo alcologico il ruolo dei gruppi di auto-mutuo-aiuto (AMA) o Self Help Group (SHG) ha un'importanza enorme in tutto il mondo quale espressione extraistituzionale della società civile e del mondo del volontariato. La loro natura spiega anche la difficoltà di avere studi su di essi che sottostiano alle norme dettate dalla evidence-based medicine (EBM). Nonostante ciò, data la loro diffusione e riconosciuta importanza, essi entrano in pratica in quasi tutte le LG internazionali.

Essi appartengono in Italia a due grandi famiglie: quella dei Club degli Alcolisti in Trattamento (CLUB o CAT) e quelli che si riferiscono al sistema dei gruppi a programma "12 Passi" (Alcolisti Anonimi - AA; Familiari di Alcolisti Anonimi, Al-Anon e figli di alcolisti - AlAteen e ACoA, sottoinsiemi di Al-Anon). La frequenza dei SHG non è incompatibile con altri approcci, né nella tempistica di somministrazione (possono essere applicati contemporaneamente) né nell'approccio processuale o non processuale, essendovi comunque una migliore coerenza con approcci di tipo non processuale che intendono la ricaduta coincidente con qualsiasi uso di alcol. La comunità scientifica del settore afferma che la frequenza e la partecipazione attiva ai gruppi AMA aumenta in modo statisticamente significativo il raggiungimento dell'astensione a breve termine e della sobrietà a lungo termine.

Recentemente la *Cochrane Systematic Review* ha dimostrato che la frequenza/partecipazione ai gruppi AMA è più efficace rispetto a *usual care*. Inoltre, si ottiene un rapporto costo-beneficio migliore e si riduce il carico economico per il sistema sanitario.

Per tali ragioni anche l'accesso ai gruppi AMA è raccomandato. Nonostante la dimostrata efficacia, lo strumento dei gruppi AMA è poco utilizzato (dati ISS: <5%). Per tale ragione è necessario che i servizi creino le condizioni per un maggiore accesso ai gruppi AMA. La proposta è quella di inserire all'interno dei servizi il facilitatore all'auto-mutuo-aiuto (operatore sanitario o socio-sanitario con consolidata esperienza e competenza in tale settore). I risultati preliminari indicano che tale attività può offrire risultati significativi sia a livello clinico che familiare (supporto ai *caregivers* informali). Il numero di gruppi AMA che si sviluppano nei pressi di un Servizio può essere identificato come un indicatore di qualità.

## 4.2.B Gli interventi psico-sociali non esplicitamente rientranti nelle LG e comunque diffusi nella pratica clinica

### Terapie psicodinamiche e interpersonali (basate sul consenso clinico)

Nonostante l'ampia diffusione e il riconosciuto valore nel trattamento, di fatto l'area psicodinamica ha prodotto molto poco che possa essere ascrivibile a un sistema valutativo di efficacia rispetto agli outcome alcologici.

### Mindfulness

Molto utilizzata nell'ultimo decennio, traduce e applica in maniera abbastanza standardizzata pratiche di provenienza di diverse aree delle filosofie orientali coniugate con strategie elaborate dalle scienze occidentali. Necessita di ulteriori studi per entrare nel novero degli approcci dimostrati evidence-based.

**RACCOMANDAZIONI**

È sempre raccomandata nei casi di maggiore gravità l'associazione tra trattamento psico-sociale e farmacologico.

Si raccomanda di privilegiare i trattamenti EBM e in particolare:

- il colloquio motivazionale,
- i trattamenti cognitivo-comportamentali (ad es. behavioural self-management, coping skills, training, cue exposure and behavioural couples therapy, community reinforcement treatment, contingency management).

I trattamenti non EBM, ma su cui c'è un consenso degli esperti sono da considerarsi di seconda scelta: approcci orientati al problem solving, alla riduzione dello stress basato sulla mindfulness, psicodinamici, sistemico-famigliari, di terapia narrativa o di altre tecniche di counselling per l'uso nel trattamento dei problemi di alcol a parità di stadio.

È fortemente raccomandato, in virtù del vantaggioso profilo costo/beneficio, l'invio a gruppi AMA, essendo compatibile e associabile a tutti gli altri trattamenti psico-sociali.

È opportuno che i Servizi individuino dei correttivi organizzativi che permettano a pazienti e caregiver di conoscere in modo adeguato tali gruppi.

## 4.3 Interventi psico-sociali in target "speciali"

### 4.3.A Giovani

Relativamente al tema alcol e giovani tutte le LG raccomandano di privilegiare gli interventi di ordine psico-sociale indicando l'astensione quale obiettivo preferibile da raggiungere.

Il trattamento farmacologico per la prevenzione della ricaduta nei giovani minori, invece, rimane molto più circostanziato se non addirittura sconsigliato dalle associazioni pediatriche, rimandando quale prima linea all'intervento psicologico e psico-sociale.

Una particolare attenzione nelle LG viene riservata all'identificazione precoce e agli interventi ad essa correlati e alla sua contestualizzazione soprattutto in presenza di possibili comorbidità in setting differenti da quello alcolologico: tutte evidenziano la rilevanza del riconoscimento precoce del misuse di alcol in queste fasce di età, particolarmente utile nell'inquadramento dei sempre più frequenti casi ad elevata complessità in cui l'alcol compare sia come fattore di rischio che come indicatore diretto o indiretto di disagio, al fine di avviare l'adolescente e la sua famiglia a un intervento il più appropriato possibile.

In ogni caso, l'intervento principe su giovani ed adolescenti si concretizza in un intervento composito elettivo di tipo psicologico e psico-sociale sia in letteratura che nelle LG che nelle esperienze di buone prassi con particolare attenzione ad approcci di tipo cognitivo-comportamentale: CBT stand-alone o inseriti in programmi multicomponente in funzione dell'età e della gravità dell'assunzione di alcol.

Si sottolinea, infine, non solo l'importanza prioritaria dell'intervento psico-sociale familiare, ma anche del valore di una prospettiva prosociale, di un'attenzione all'autonomia e di un forte coinvolgimento delle figure parentali. Resta il fatto che, nonostante l'intervento precoce nelle dipendenze e quindi anche nei DUA sia considerato costituito da un intervento psico-sociale associato a un intervento farmacologico, gli interventi ritenuti efficaci come *anticraving* o utilizzabili nella prevenzione della ricaduta adolescenziale siano di fatto inutilizzabili, se non addirittura scoraggiati, e sono ritenuti utilizzabili in mancanza di alternative solo caso per caso, mancando in letteratura trattamenti efficaci riconosciuti in questa fascia di età. Viene ammessa un'ipotesi di intervento con acamprosato, naltrexone o disulfiram in caso di necessità, sostenuta da pochi studi rintracciabili in letteratura e di non alta qualità.

Partendo dal presupposto che l'uso di alcol e sostanze coinvolge "ovunque, tutto, tutti" (EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2022), resta il fatto che alcol e tabacco sono le sostanze maggiormente utilizzate e abusate in età giovanile e uno dei pattern maggiormente agito è quello del *binge drinking*. Pur essendo questo un concetto molto popolare, è importante riconoscere come tale modalità di bere sia a tutt'oggi non ancora ben definita, che i cosiddetti *binger* probabilmente costituiscono un gruppo eterogeneo di giovani bevitori che includono alla diversità di definizione quantità di assunzione e livelli di gravità ben diversi.

Vale la pena ricordare che, nonostante la grande attenzione sull'argomento, la letteratura definisce nella sostanza come unico gold standard per l'invio l'intervento breve e che manca una specifica tra differenti target con differenti fattori di rischio e tipologia di intervento, né gli elementi di buone prassi tendono a esplicitare in modo dettagliato le caratteristiche dell'invio o a standardizzarle.

Permane, in ultima analisi, in ambito giovanile e nel suo trattamento una sostanziale mancanza di elementi trattamentali specifici, con un permanere della dicotomia tra attenzione al consumo e attenzione alla diagnosi e/o alla complessità che necessita di integrazione per poter essere efficace nell'intervento.

Infine, si ricorda anche come nel contesto italiano al tema dell'uso di alcol giovanile siano stati dedicati ben 2 gruppi di lavoro (GdL) della seconda Conferenza Nazionale sull'Alcol "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana" poi riassunti nel conseguente Libro bianco, testo di indirizzo programmatico pubblicato dal Ministero della Salute nel 2022.

L'expert opinion in tale contesto riteneva caratteristiche imprescindibili per l'aggancio la non connotazione dei luoghi (cosiddetti luoghi neutri), la centratura sul riconoscimento del giovane come elemento attivo favorendo gli approcci educativi e i contatti con i pari. Gli interventi preferibili dovrebbero avere orari flessibili, con risposte immediate e moderne in relazione alla tecnologia, in equipe possibilmente stabili, diversificando gli obiettivi, con interventi e risposte necessariamente trasversali.

### **Raccomandazioni**

***Per garantire un trattamento del DUA è raccomandato attivare interventi di intercettazione precoce tanto nella rete socio-sanitaria che nei luoghi di aggregazione e formazione.***

***L'intervento psico-sociale è quello raccomandato per il trattamento del DUA nel giovane.***

***Nei giovani si raccomanda che il trattamento farmacologico, se indicato, sia sempre in associazione a un trattamento psico-sociale.***

***I trattamenti psico-sociali raccomandati sono quelli multicomponente sul versante cognitivo-comportamentale e familiare.***

***Si raccomanda che l'aggancio avvenga in luoghi non connotati e con orari flessibili.***

### **4.3.B Donne**

Nuovi modelli, nuove culture, il rinnovato ruolo della donna nella società e nel lavoro, hanno favorito l'instaurarsi di modalità non salutari del bere che si sono rese responsabili di incrementata mortalità, morbilità e disabilità femminile. La sensibilità all'alcol è fisiologicamente più elevata rispetto all'organismo maschile, vulnerabilità ancora più impattante anche in funzione di condizioni fisiologiche esclusivamente femminili: gravidanza, allattamento, ciclo mestruale. L'impatto dell'alcol sulle donne non è solo in termini di salute. La sua valenza sociale, spesso intangibile o non misurabile attraverso indicatori puntuali quali quelli epidemiologici o sanitari, si esprime attraverso i frequenti episodi riportati di violenza intra- ed extra-familiare: abbandono e maltrattamento di minori, gravidanze indesiderate, malattie sessualmente trasmesse, esclusione sociale.

L'uomo tende a bere soprattutto fuori casa condividendo con altri la propria esperienza, la donna invece in casa, tra le mura domestiche.

Il DUA nelle donne presenta caratteristiche in termini epidemiologici e clinici peculiari che sono frutto di numerosi approfondimenti scientifici nell'ultimo decennio. A fronte di questo non abbiamo ancora evidenze di specifici interventi che possono dare origine a raccomandazioni specifiche. I trattamenti risultano essere indifferenziati e non condizionati dalla variante genere. La pratica clinica, tuttavia, suggerisce l'individuazione di strategie specifiche, nell'ottica di un trattamento veicolato da un approccio di genere, e che si rivolga alla donna tenendo conto delle sue peculiarità. Creare spazi di supporto specifici per le donne può facilitare la condivisione di esperienze, in un contesto di solidarietà e non stigmatizzante (Gruppi di supporto al femminile).

### **Raccomandazioni**

***Nella definizione del progetto terapeutico multidisciplinare è raccomandato tenere presente le differenze di genere.***

### 4.3.C Anziani

La manifestazione del DUA negli anziani è aggravata dalla presenza di una maggior prevalenza di comorbidità e polifarmacoterapia. A fronte di questo, i trattamenti (farmacologici e non farmacologici) non sono risultati meno efficaci che nel giovane-adulto, per cui non risulta giustificato un atteggiamento meno attento nel formulare diagnosi di DUA o meno tempestivo nel proporre un progetto di cura e riabilitazione.

#### Raccomandazioni

***Il paziente anziano ha diritto a un trattamento al pari del giovane-adulto per cui è raccomandato impostare un trattamento multidisciplinare integrato.***

***Nel paziente anziano è raccomandata una particolare attenzione in fase di assessment per definire i trattamenti alla luce dell'elevata prevalenza di comorbidità e polifarmacoterapia.***

## 4.4 Gli interventi psico-sociali incardinati nella rete di assistenza alcolica

L'assunto che "qualsiasi" trattamento sia superiore al non-trattamento nei DUA sembra essere condiviso dalla maggior parte degli esperti del settore. In tali interventi, l'expert opinion fa rientrare anche trattamenti psico-sociali non citati, come quello psicodinamico, quello sistemico o quelli basati sui più recenti assunti neuroscientifici, ad es. le tecniche di *mindfulness* o le associazioni con la *Transcranial Magnetic Stimulation* (TMS). Coerentemente a questo, numerosi studi evidenziano come tra gli elementi che determinano l'efficacia degli interventi psicologici e psico-sociali, venga ritenuta centrale la variabile relazionale più ancora che la tecnica utilizzata.

Allo stesso modo, è in sostanza condiviso il principio della necessità di una combinazione di un approccio psico-sociale con un trattamento farmacologico per massimizzare i risultati rispetto all'obiettivo condiviso sul potus. È doveroso evidenziare che le raccomandazioni che tengono conto della efficacy emergono solitamente da studi fatti sui DUA "puri", mentre le indicazioni di trattamento delle tipologie complesse di DUA, che fanno riferimento all'*effectiveness*, sono più articolate e devono tener presente la modulazione dei diversi trattamenti in funzione della gravità del DUA, degli obiettivi realisticamente raggiungibili e condivisibili col paziente, della complessità dei quadri di comorbidità psichica e/o organica presenti e delle condizioni orientate dal modello organizzativo adottato.

Se il modello ideale prevede di iniziare sempre un intervento psico-sociale a cui associare un intervento farmacologico, da subito, o come seconda linea di trattamento nei casi meno gravi, nella pratica clinica è frequente trovare una sequenza invertita con un trattamento farmacologico che precede l'impostazione di un trattamento psico-sociale, anche in ragione della difficoltà nel distinguere in modo netto il tempo della disintossicazione da quello della prevenzione della ricaduta. Per quanto riguarda gli obiettivi di cura, la natura multiprofessionale e multidisciplinare del lavoro territoriale dei Servizi orienta a privilegiare maggiormente il mantenimento della compliance, come esito di risultato all'interno di una rete complessa, rispetto all'astensione dal potus tout court, in una prospettiva finalizzata a una "presa in carico" globale a medio-lungo termine nel sistema dei Servizi.

I modelli di scelta, in tale visione, devono tener presente questi elementi:

- 1) Approccio stepped care, dove la scelta del trattamento dipende dalla gravità clinica;
- 2) Personalizzazione dei trattamenti nella quale le caratteristiche dell'individuo e le sue preferenze hanno un peso rilevante;
- 3) Risorse e disponibilità del sistema di cura.

La scelta del/dei trattamenti psico-sociali da proporre, come prima linea o come interventi subentranti, sono influenzati da una serie di variabili che includono:

- l'identificazione dell'obiettivo del paziente e degli obiettivi proponibili;
- la disponibilità professionali e organizzative per fornire il trattamento;
- la disponibilità del paziente alla cura che si concretizza in un contratto terapeutico.

A titolo di esempio, è possibile che un utente che esprime una forte ambivalenza iniziale rispetto all'astensione possa giovare di interventi motivazionali eseguiti da un educatore professionale, che in

tempo successivo emerga la necessità condivisa di approfondire alcuni aspetti sul versante relazionale e ci sia la possibilità di eseguire un ciclo di psicoterapia breve con uno psicoterapeuta.

Quest'ultimo intervento potrebbe creare le condizioni per attivare delle risorse ed evidenziare delle nuove necessità di reinserimento nel contesto di vita per cui sia utile proporre di associare un Community Reinforcement Approach da parte di un assistente sociale e che poi in una fase avanzata del percorso il paziente decida di frequentare un gruppo AMA per consolidare l'obiettivo dell'astensione se raggiunta o da raggiungere nella prospettiva di concludere il trattamento specialistico.

Restano in questo ambito delle criticità da sottolineare:

- la tendenza a parlare dei trattamenti psico-sociali come unico grande contenitore indistinto di trattamenti non farmacologici. La scarsa attenzione a tutt'oggi riservata ai trattamenti psico-sociali che, per quanto spesso simili negli esiti, non sono tra loro equivalenti né interscambiabili e talora compatibili se non combinandoli con attenzione per approccio, per tempi di trattamento, per tempi di intersezione delle proposte;
- la frequente mancanza di plurime possibilità di offerta nei Servizi dei vari approcci psicologici e psico-sociali, per scelte omogenee di strategie di Servizio, per necessità dettate dalle contingenze organizzative o per altre ragioni concomitanti, che sottraggono possibilità di scelta all'utenza non compliant con gli approcci presentati.

### **Raccomandazioni**

*Nel definire e attuare un trattamento psico-sociale è raccomandato valorizzare la componente relazionale al pari della componente tecnica.*

*In tutti i trattamenti psico-sociali è raccomandato stabilire un'alleanza terapeutica in quanto condizione necessaria per raggiungere gli obiettivi concordati, sia nei progetti volontari che in quelli mandatori.*

*Nella scelta del tipo di trattamento psico-sociale è indicato tenere in considerazione una molteplicità di variabili di personalizzazione (caratteristiche del paziente, qualità della relazione di aiuto, personalizzazione degli obiettivi definiti, gravità della condizione, comorbidità).*

*Non essendoci evidenze di superiorità di un trattamento psico-sociale rispetto agli altri, la scelta del trattamento deve essere guidata anche da aspetti organizzativi (professionisti disponibili e formazione specifica acquisita) garantendo comunque la pluralità di scelta.*

*Nella scelta del trattamento è indicato tenere presente da un lato la necessità di standardizzazione dei percorsi e dall'altro la necessità di personalizzazione (identificare il trattamento più appropriato in base alle necessità espresse dall'utente).*

## Bibliografia

- Addolorato G, Cibir M, Caputo F, et al. Gamma-hydroxybutyric acid in the treatment of alcoholism: dosage fractioning utility in non-responder alcoholic patients. *Drug Alcohol Depend.* 1998; 53(1):7-10.
- Addolorato G, Lesch OM, Maremmani I, et al. Post-marketing and clinical safety experience with sodium oxybate for the treatment of alcohol withdrawal syndrome and maintenance of abstinence in alcohol-dependent subjects. *Expert Opin Drug Saf.* 2020;19(2):159-66.
- Accordo 29 marzo 2007 "Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in ordine al Piano nazionale alcol e salute". (GU Serie Generale n.88 del 16-04-2007).
- AIFA, Alcover 175 mg/ml soluzione orale, Materiale Educazionale approvato da AIFA in data 09/05/2023.
- Ainscough TS, McNeill A, Strang J, Calder R, Brose LS. Contingency Management interventions for non-prescribed drug use during treatment for opiate addiction: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2017; 178:318-339.
- American Psychiatric Association (1980). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn.* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn, Revised (DSM-III-R).* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edn.* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2023). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edn, Revised Text (DSM-5-TR).* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anton R.F., Latham P., Voronin K., Book S., Hoffman M., Prisciandaro J., Bristol E. Efficacy of Gabapentin for the Treatment of Alcohol Use Disorder in Patients With Alcohol Withdrawal Symptoms: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2020 May 1;180(5):728-736. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.0249.
- Bahaji A, et al. Management of Post-Acute Alcohol Withdrawal: A Mixed-Studies Scoping Review. *J Stud Alcohol Drugs.* 2022 Jul;83(4):470-479.
- Balbinot P, Pellicano R, Testino G. Burden of caregiving of alcohol related liver disease patients: a possible role of training and caregiver groups frequency. Proposal of a method. Preliminary results. *Minerva Gastroenterology* 2023a; 69: 486-493.
- Balbinot P, Pellicano R, Patussi V, Caputo F, Testino G. Alcohol use disorders, self-help group has a supplement to pharmacological and psychological therapy? A retrospective study in a population with alcohol related liver disease. *Minerva Gastroenterol* 2023b; 69: 479-485.
- Balbinot P, Testino G, Pellicano R. The introduction of the self help groups facilitator in a hepato-alcoholic service: an innovative proposal. *Minerva Gastroenterology* 2022; 68: 486-487.
- Bigelow G, Liebson I. Behavioral contingencies controlling alcoholics' drinking. *Alcoholism.* 1973; 9:24-28.
- Borcsa M, Stratton P. *Origins and originality in family therapy and systemic practice.* New York: Springer; 2016.
- Burnette EM, et al. *Novel Agents for the Pharmacological Treatment of Alcohol Use Disorder - Drugs 2022* <https://doi.org/10.1007/s40265-021-01670-3>
- Carr A. The evidence-base for couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy.* 2014; 36: 158-194.
- Caputo F, et al. Diagnosis and treatment of acute alcohol intoxication and alcohol withdrawal syndrome: position paper of the Italian Society on Alcohol. *Intern Emerg Med.* 2019 Jan;14(1):143-160.
- Caputo F. et al. The recognition and management of protracted alcohol withdrawal may improve and modulate the pharmacological treatment of alcohol use disorder. *Journal of Psychopharmacology* 2020, Vol. 34(11) 1171-117.
- Coriale G, Fiorentino D, De Rosa F, Solombrino S, Scalese B, Ciccarelli R, Attilia F, Vitali M, Musetti A, Fiore M, Ceccanti M; Interdisciplinary Study Group CRARL - SITAC - SiPaD - SITD - SiPDip. Treatment of alcohol use disorder from a psychological point of view. *Riv Psichiatr.* 2018; 53(3): 141-8.
- Coriale G, Fiorentino D, De Rosa F, et al. Treatment of alcohol use disorder from a psychological point of view. *Riv Psichiatr.* 2018;53(3):141-148. doi:10.1708/2925.29416 Health Services Administration.
- Crowe M, Eggleston K, Douglas K, Porter RJ. Effect of psychotherapy on comorbid bipolar

- disorder and substance use disorder: a systematic review. *Bipolar Disorder* 2021; 23: 141-151.
- Decreto Ministeriale 3 agosto 1993 Linee di indirizzo per la prevenzione, la cura, il reinserimento sociale e il rilevamento epidemiologico in materia di alcoolodipendenza (GU Serie Generale n.11 del 15-01-1994).
  - Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza (GU n.255 del 31-10-1990 - Suppl. Ordinario n. 67).
  - Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502." (GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15).
  - Decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale". (GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022)3. Indicazioni pratiche per trattamento farmacologico.
  - Degenhardt L., Bharat C. (2019). Concordance between the diagnostic guidelines for alcohol and cannabis use disorders in the draft ICD-11 and other other classification systems: Analysis of data from the WHO's World Mental Health Surveys. *Addiction*, 114(3): 534-552.
  - Drug and Alcohol Services South Australia Acamprosate in alcohol dependence <https://www.sahealth.sa.gov.au/>.
  - Drummond C, Pilling S, Brown A, Copello AG. Alcohol Use Disorders: The NICE Guideline on Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence.; 2011. <https://www.researchgate.net/publication/257313786>.
  - Elliott R, Bohart AC, Watson JC, Murphy D. Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy Chic*. 2018; 55(4): 399-410.
  - Emrik CD, Tonigan JS, Montgomery H, Laura L. Alcoholic Anonymous: what is currently known? <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:149518506>
  - Ferri M, Amato L, Davoli M. Alcoholic Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; CD005032.
  - Finney JW. Limitations in using existing alcohol treatment trials to develop practice guidelines. *Addiction*. 2000; 95(10): 1491-500.
  - Forcehimes AA, Tonigan JS. Self efficacy as a factor in abstinence from alcohol/other drug abuse: a meta-analysis. *Alcohol treat Q* 2008; 26: 480-89.
  - Gallus S, et al. Symptoms of Protracted Alcohol Withdrawal in Patients with Alcohol Use Disorder: A Comprehensive Systematic Review. *Current Neuropharmacology*, 2023, 21, 409-416.
  - Garbutt James C., Kampov-Polevoy Alexei B., Pedersen C., Stansbury M., Jordan R., Willing L., Gallop R.J. Efficacy and tolerability of baclofen in a U.S. community population with alcohol use disorder: a dose-response, randomized, controlled trial. *Neuropsychopharmacology* 2021 Dec;46(13):2250-2256. doi: 10.1038/s41386-021-01055-w. Epub 2021 Jun 21.
  - Goldberg S. (2019). Are official psychiatric classification systems for mental disorders suitable for use in primary care? *Br J Gen Pract*, 680(108-109): 69.
  - Gualtieri I, et al. Use of acamprosate in the treatment of Alcohol Dependence: efficacy in the reduction of craving, relapse prevention and protracted withdrawal in an Italian sample a preliminary open observational study. *Dip. Patol.* 2011; 1: 9-14.
  - Ghosh A, Morgan N, Calvey T, Scheibein F, Angelakis I, Panagioti M, Ferri M, Krupchanka D. Effectiveness of psychosocial interventions for alcohol use disorder: a systematic review and meta-analysis update.
  - Goldberg SB, Pace B, Griskaitis M, Willutzki R, Skoetz N, Thoenes S, Zgierska AE, Rösner S. Mindfulness-based interventions for substance use disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021; 10(10):CD011723.
  - Grant B. (1992). DSM-IV, DSM-III-R, and ICD-10 alcohol and drug abuse/harmful use and dependence, United States, 1992: A Nosological Comparison. *Alcohol Clin Exp Res*, 20: 1481-1488.
  - Guerzoni S, et al. Drug-drug interactions in the treatment for alcohol use disorders: A comprehensive review. *Pharmacological Research* 133(2018)65-76.
  - Guerzoni S, Testino G. Il percorso del trapianto d'organo in paziente con patologia alcol-correlata. In: Gruppo Redazionale per il Tavolo Tecnico di lavoro sull'alcol. Libro Bianco: "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia Italiana"; Roma: Ministero della Salute 2022; Pagg. 201-2012.
  - Heilig M, Egli M, Crabbe JC, Becker H. Acute withdrawal, protracted abstinence and negative affect in alcoholism: are they linked? *Addiction Biology* 2010; 15:169-184.
  - Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:91-111.
  - Higgins ST, Petry NM. Contingency management: incentives for sobriety. *Alcohol Res Health*. 1999; 23(2):122-127.
  - Humphreys K, Blodgett JC, Wagner TH. Estimating the efficacy of alcoholics anonymous without self-selection bias: an instrumental variables re-analysis of randomized clinical trials. *Alcohol Clin Exp Res* 2014; 38: 2688-94.
  - INTESA 6 agosto 2020 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano n. 127 "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020-2025".
  - INTESA 17 dicembre 2020 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano n. 228 "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sull'integrazione al Piano nazionale per la prevenzione (PNP) 2020-2025".
  - INTESA 5 maggio 2021 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano n. 51 "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il posticipo delle fasi di pianificazione e adozione dei Piani regionali della prevenzione di cui al Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020-2025".
  - Jarosz J, Miernik K, Wachal M et al. Naltrexone (50 mg) plus psychotherapy in alcohol-dependent patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2013; 39: 144-160.
  - Jellinek E. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven,

- CT: Hillhouse Press. (American Psychiatric Association (1968). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd edn. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Jonas DE, Amick HR, Feltner C et al. Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2014; 311: 1889-1900.
  - Jørgensen C.H., Pedersen B., Tønnesen H. The efficacy of disulfiram for the treatment of alcohol use disorder. *Alcohol Clin Exp Res*. 2011 Oct;35(10):1749-58.
  - Kadden RM. Behavioral and cognitive-behavioral treatments for alcoholism: research opportunities. *Addict Behav.* 2001; 26(4): 489-507.
  - Karrier-Jaffe K, Klinger JL, Witbrodt J, Kaskutas LA. Effects of treatment type on alcohol consumption partially mediated by Alcoholics Anonymous attendance. *Subst Use Misuse* 2018; 53: 596-605.
  - Karriker-Jaffe K., Room R., Giesbrecht N., Greenfield T. (2018). Alcohol's Harm to Others: Opportunities and Challenges in a Public Health Framework. *J Stud Alcohol Drugs*, 79(2): 239-243.
  - Keating GM. Nalmefene: a review of its use in the treatment of alcohol dependence. *CNS Drugs* 2013; 27:761-72.
  - Kelly JF, Yeterian JD. The role of mutual-help groups in extending the framework of treatment. *Alcohol Res Health* 2011; 33: 350-55.
  - Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database Syst Review* 2020; 3: CD012880.
  - Khan A, Tansel A, White DL, Kayani WT, Bano S, Lindsay J, El-Serag HB, Kanwal F. Efficacy of Psychosocial Interventions in Inducing and Maintaining Alcohol Abstinence in Patients With Chronic Liver Disease: A Systematic Review. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2016; 14(2): 191-202.
  - Kownachi RJ, Shadish WR. Does Alcoholics Anonymous work? The results from a meta-analysis of controlled experiments. *Subst Use Misuse* 1999; 34: 1897-1916.
  - Kranzler HR, E. Hartwell EE. Medications for treating alcohol use disorder: A narrative review. *Alcohol Clin Exp Res*. 2023; 00:1-14.
  - LINEE GUIDA TRATTAMENTO DEL DISTURBO DA USO DI ALCOL DUA Istituto Superiore di Sanità (ISS) 2024
  - L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve a cura di Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Valentino Patussi ed il gruppo di lavoro IPIB. Istituto Superiore di Sanità [https://www.epicentro.iss.it/alcol/linee/linee\\_guida\\_cliniche.pdf](https://www.epicentro.iss.it/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf)
  - Legge 30 marzo 2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati" (GU n.90 del 18-04-2001).
  - Leone MA, Vigna-Taglianti F, Avanzi G, Brambilla R, Faggiano F. Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for treatment of alcohol withdrawal and prevention of relapses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; (2):CD006266.
  - Longabaugh R, Donovan DM, Karno MP et al. Active ingredients: how and why evidence-based alcohol behavioral treatment interventions work. *Alcohol Clin Exp Res* 2005; 29: 235-47.
  - Magill M, Ray LA. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Stud Alcohol Drugs* 2009; 70: 516-527.
  - Magill M, Ray L, Kiluk B, Hoadley A, Bernstein M, Tonigan JS, Carroll K. A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *J Consult Clin Psychol.* 2019 Dec;87(12):1093-105.
  - Malone D, et al. Phenobarbital versus benzodiazepines in alcohol withdrawal syndrome. *Neuropsychopharmacology Reports.* 2023; 43:532-541.
  - Martin GW, Rehm J. The effectiveness of psychosocial modalities in the treatment of alcohol problems in adults: a review of the evidence. *Can J Psychiatry.* 2012; 57(6): 350-8.
  - McCrady BS, R. Miller R. Research on Alcoholics Anonymous: opportunities and alternatives. Piscataway NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies, 1993; 41-76.
  - Miller WR, Moyers TB. The forest and the trees: relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction.* 2015; 110(3): 401-13.
  - Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd ed. New York (NY): Guilford Press; 2002.
  - Miller WR, WR, Wilbourne P, Hetema JE. What works? A summary of alcohol treatment outcome research. In: Hester RK, Miller WR, editors. Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives. 3rd ed. Boston (MA): Allyn and Bacon. 2002; 13-63.
  - Ministero della Salute. Libro Bianco "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana". Gruppo Redazionale per il Tavolo Tecnico di lavoro sull'Alcol del Ministero della Salute. 25 ottobre 2022.
  - Moyers TB, Houck J, Rice SL, Longabaugh R, Miller WR. Therapist empathy, combined behavioral intervention, and alcohol outcomes in the COMBINE research project. *J Consult Clin Psychol.* 2016; 84(3): 221-9.
  - Moos RH, Moos BS. Participation in treatment and Alcoholics Anonymous: a 16-year follow-up of initially untreated individuals. *J Clin Psychol* 2006; 62: 735-50.
  - Pennington D.L., Bielenberg J., Lasher B., Herbst E., Abrams G., Novakovic-Agopian T., Batki S.L. A randomized pilot trial of topiramate for alcohol use disorder in veterans with traumatic brain injury: effects on alcohol use, cognition, and post-concussive symptoms. *Drug Alcohol Depend.*, 214 (2020).
  - Nienhuis JB, Owen J, Valentine JC, Winkeljohn Black S, Halford TC, Parazak SE, Budge S, Hilsenroth M. Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychother Res.* 2018; 28(4): 593-605.
  - Poznyak V., Reed G., Medina-Mora M. (2018). Aligning the ICD-11 classification of disorders due to substance use with global service needs. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 27(3): 212-218.
  - Project MATCH Research Group. Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction.* 1997 Dec;92(12):1671-98.
  - Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res.* 1998; 22(6): 1300-11.
  - Provvedimento 21 gennaio 1999 Accordo Stato-Regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti" (GU Serie Generale n.61 del 15-03-1999).
  - Ray LA, Meredith LR, Kiluk BD, Walthers J, Carroll KM, Magill M. Combined pharmacotherapy and cognitive behavioral therapy for adults with alcohol or substance use disorders. A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2020; 3: e208279.
  - Reed G., First M. et al. (2019). Innovations and changes in the ICD-11

- classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18(1): 3-19.
- Romero V, Donohue BC, Hill HH, Powell S, Van Hasselt VB, Azrin N, Allen DN. Family Behavior Therapy for Use in Child Welfare: Results of a Case Study Involving an Abused Woman Formally Diagnosed With Alcohol Dependence, Bipolar Disorder, and Several Anxiety Disorders. *Clin Case Stud*. 2010; 9(5): 353-68.
  - Rösner, S., Hackl-Herrwerth, A., Leucht, S., Lehert, P., Vecchi, S., & Soyka, M. (2010). Acamprosate for alcohol dependence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD004332. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004332.pub2>.
  - Salloum IM, Brown ES. Management of comorbid bipolar disorder and substance use disorders. *Am J drug and Alcohol Abuse* 2017; 366-376.
  - Salomoni M, et al. Real-world analysis on the use of gamma-hydroxybutyric acid for alcohol withdrawal syndrome in hospitalized patients with diagnosis of cirrhosis. *Intern Emerg Med*. 2024 Sep 9. doi: 10.1007/s11739-024-03761-x.
  - Sampogna G., Del Vecchio V., Giallonardo V., Perris F., Saviano P., Zinno F., Fiorillo A. (2020). The revision process of diagnostic systems in psychiatry: differences between ICD-11 and DSM-5. *Riv Psichiatr*, 55(6): 323-330.
  - Saunders J., Degenhardt L., Reed G., Poznyak V. (2019). Alcohol Use Disorders in ICD-11: Past, Present, and Future. *Alcohol Clin Exp Res*, 43(8): 1617-1631.
  - Schlagintweit HE, Lynch MJ, Hendershot CS. A review of behavioral alcohol interventions for transplant candidates and recipients with alcohol-related liver disease. *Am J Transplant* 2019; 19: 2678-2685.
  - Shah P, et al. Front-Loaded Versus Low-Intermittent Phenobarbital Dosing for Benzodiazepine-Resistant Severe Alcohol Withdrawal Syndrome. *Journal of Medical Toxicology* (2022) 18:198-204.
  - Sinha R, Fox HC, Hong KI, et al. (2011) Effects of adrenal sensitivity, stress- and cue-induced craving, and anxiety on subsequent alcohol relapse and treatment outcomes. *Arch Gen Psych* 68: 942-952.
  - Skala K, Caputo F, Mirijello A, et al. Sodium oxybate in the treatment of alcohol dependence: from the alcohol withdrawal syndrome to the alcohol relapse prevention. *Expert Opin Pharmacother*. 2014;15: 245-257.
  - Sobell LC, Sobell MB, Agrawal S. Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders. *Psychol Addict Behav*. 2009; 23(4): 672-83.
  - Staner L, et al. Effects of Acamprosate on Sleep During Alcohol Withdrawal: A Double-Blind Placebo-Controlled Polysomnographic Study in Alcohol-Dependent Subjects. *Alcohol Clin Exp Res*. 2006 Sep;30(9):1492-9.
  - Testino 2020 Management of end-stage alcohol-related liver disease and severe acute alcohol-related hepatitis: position paper of the Italian Society on Alcohol (SIA). *Digestive and Liver Disease* 52 (2020) 21-32
  - Testino G, Caputo F. Disturbo da uso di alcol. *Rivista SIMG* 2024; 31 (04):20-26.
  - Timko C, Moos RH, Finney JW, Lesar MD. Long-term outcomes of alcohol use disorders: comparing untreated individuals with those in Alcoholic Anonymous and formal treatment. *J Stud Alcohol* 2000; 6: 529-40.
  - Tonigan JS, Toscova R, Miller WR. Meta-analysis of the literature on Alcoholics Anonymous: sample and study characteristics moderate findings. *J Stud Alcohol* 1996; 57: 65-72.
  - Tonigan JS, Pearson MR, Magill M, Hagler KJ. AA attendance and abstinence for dually diagnosed patients: a meta-analytic review. *Addiction* 2018; 113: 1970-81.
  - UKATT Research Team, Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ*. 2019 Dec 4;367:l6608. doi: 10.1136/bmj.l6608.
  - Umar Z, et al. Phenobarbital and Alcohol Withdrawal Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus* 15(1): e33695. DOI 10.7759/cureus.33695
  - Van den Brink W, Addolorato G, Aubin HJ, et al. Efficacy and safety of sodium oxybate in alcohol-dependent patients with a very high drinking risk level. *Addict Biol* 2018; 23:969-86.
  - Vignoli T, et al. Treatment of alcohol use disorder: position paper of the Società Italiana di Alcolologia (SIA). *Nutr Cur* 2024; 03(Special 1): e150.
  - World Health Organization (1975). *The International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death, Ninth Revision*. Geneva: World Health Organization.
  - World Health Organization (1992a). *ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems: Tenth Revision*. Geneva: World Health Organization.
  - World Health Organization (1992b). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
  - World Health Organization (1994). *Lexicon of Alcohol and Other Drug Terms*. Geneva: World Health Organization.
  - World Health Organization (2016). *International Classification of Diseases 11th revision (ICD-11)*. Available at: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Accessed on multiple occasions between June 2018 and January 2019.
  - World Health Organization (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD- 11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. Geneva: World Health Organization.
  - World Health Organization. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: WHO, 2010. [http://www.who.int/substance\\_abuse/msbalcstrategy.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf).
  - WHO Regional Office for Europe. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012- 2020*. Copenhagen (Denmark): WHO Regional Office for Europe; 2012. [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0008/178163/E96726.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf?ua=1)

## Compendio delle raccomandazioni

**TAB 01 • Inquadramento del Disturbo da Uso di Alcol**

Definizione diagnostica e screening diagnostico	Inquadramento del DUA	Le dimensioni della motivazione del craving
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nella definizione di diagnosi è fondamentale l'utilizzo di sistemi diagnostici validati e diffusi (DSM V e/o ICD-11).</li> <li>- Si raccomanda di promuovere l'attività di screening del DUA attraverso test agili, rapidi e con una buona accuratezza diagnostica come CAGE e AUDIT C, da parte dei professionisti della salute operanti sul territorio: Medici di Medicina Generale, Consultorio Familiare, Servizi territoriali della Psichiatria etc.</li> <li>- Si raccomanda di effettuare un'attività di screening alcologico presso i Servizi Specialistici per le Dipendenze Patologiche, analizzando i parametri laboratoristici validati per il monitoraggio del consumo di alcol, a prescindere dal motivo di accesso al servizio.</li> <li>- Si raccomanda anche la consultazione delle Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità "Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve".</li> <li>- Si raccomanda la promozione di percorsi formativi sull'Alcologia sia per gli operatori dei Servizi per le Dipendenze che per gli operatori Socio Sanitari con particolare attenzione per i Medici di Medicina Generale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si raccomanda un'accurata raccolta anamnestica che ricerchi attivamente il consumo di alcol e di altre sostanze legali/illegali o comportamenti additivi nella vita del paziente, rilevandone le caratteristiche (durata negli anni, quantitativi utilizzati, via di assunzione, etc).</li> <li>- Si raccomanda una valutazione approfondita delle risorse sociali e relazionali del paziente.</li> <li>- Si raccomanda un assessment sanitario attraverso i seguenti strumenti:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricerca dell'intero pannello di sostanze d'abuso (urina o capello) e screening per il Disturbo da Gioco d'Azzardo,</li> <li>• Valutazione specialistica psichiatrica in caso di sintomi psichiatrici dopo risoluzione dell'eventuale quadro di intossicazione acuta o della Sindrome di Astinenza Acuta,</li> <li>• Test neuropsicologici (in particolare con valutazione delle funzioni esecutive) ove si sospetti un deficit cognitivo durante la valutazione,</li> <li>• Screening completo ematochimico (emocromo, funzione epatica e renale) e sierologico (HIV, HCV etc.),</li> <li>• Ecografia addominale negli abusatori cronici,</li> <li>• ECG/Ecocardio negli abusatori cronici se comorbile per abuso di nicotina/cocaina,</li> <li>• Screening per patologie tumorali se comorbile per abuso di nicotina.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tutti i pazienti che ricevono una diagnosi di DUA devono ricevere una valutazione specifica del craving: l'ACTQ è lo strumento consigliato.</li> <li>- Tutti i pazienti che ricevono una diagnosi di DUA devono ricevere una valutazione specifica della motivazione al cambiamento: il MAC2A è lo strumento consigliato.</li> </ul>
Raccomandazioni per l'ambito ospedaliero	La valutazione del Recovery	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si raccomanda di eseguire un'anamnesi alcologica specifica a tutti i pazienti (e loro caregiver ove presenti) che accedono in ospedale per patologie potenzialmente correlate all'uso di alcol.</li> <li>- Si raccomanda di eseguire un'anamnesi alcologica a prescindere dai motivi dell'ingresso in ospedale ad alcune categorie particolarmente a rischio per motivazioni differenti: anziani, giovani, donne in gravidanza.</li> <li>- È indicato trattare in ambito di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza i pazienti che accedono per sindrome di astinenza acuta da alcol.</li> <li>- È indicato eseguire una diagnosi precoce della sindrome d'astinenza acuta, che può presentarsi nelle prime 48 ore di ricovero per altre cause, attraverso un'adeguata valutazione clinico-anamnestica dei pazienti ricoverati.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si raccomanda di eseguire una valutazione multidisciplinare che comprenda tutte le dimensioni della Recovery dal DUA definendo punti di forza e punti di debolezza.</li> </ul>	

**TAB 02 • Indicazioni pratiche per il lavoro di rete e la definizione del progetto terapeutico-riabilitativo**

Applicazione dei riferimenti normativi	Accesso ai sistemi di cura	La strutturazione del percorso assistenziale integrato
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si raccomanda di strutturare a livello locale una rete alcologica curante sulla base delle indicazioni fornite dai riferimenti legislativi e programmatici in materia di prevenzione, cura e riabilitazione dei comportamenti e delle patologie alcol-correlate.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Da parte di qualsiasi Servizio che intercetta un soggetto con DUA, in qualunque fase della traiettoria di malattia in cui si trovi, si raccomanda la costituzione di una rete alcologica, che sottende alla prevenzione, diagnosi precoce e cura del Disturbo da Uso di Alcol e delle patologie e problematiche alcol-correlate.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La stesura di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) rappresenta la metodologia più efficace per strutturare un percorso di cura che preveda il lavoro in rete di tutti i soggetti coinvolti nella intercettazione, diagnosi e cura del paziente con Disturbo di Uso di Alcol.</li> <li>- Una formazione aggiornata sulle tematiche e gli approcci evidence-based correlati al consumo di alcol, condivisa tra tutti gli attori della rete alcologica curante, è indicata come base imprescindibile per la strutturazione di percorsi integrati di cura.</li> <li>- L'efficacia e l'applicabilità del PDTA-alcol sono garantite e mantenute attraverso un periodico monitoraggio al fine di apportare eventuali azioni correttive e stimolare il dialogo costante tra i servizi e gli operatori coinvolti.</li> </ul>

**TAB 03 • Indicazioni pratiche per trattamento farmacologico**

Raccomandazioni generali	Il trattamento dell'AAA	Il trattamento dell'APA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La Sindrome da Astinenza da Alcol (SAA), ove diagnosticata, deve essere trattata immediatamente.</li> <li>- Dopo il superamento della Astinenza Acuta da Alcol (AAA) è possibile che si manifesti una Astinenza Protratta da Alcol (APA) che deve essere trattata con terapia farmacologica.</li> <li>- Si raccomanda il trattamento multidisciplinare (farmacologico + psico-sociale) nella fase di mantenimento perché maggiormente efficace.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nel trattamento della AAA non complicata, il sodio oxibato (SO) è il trattamento d'elezione.</li> <li>- In caso di AAA severa e/o complicata è indicato l'uso di benzodiazepine.</li> <li>- Il trattamento con BDZ va interrotto dopo i primi 7-10 giorni di terapia.</li> <li>- Il trattamento con SO può essere utilizzato in caso di comparsa di Astinenza Protratta da Alcol.</li> <li>- In caso di controindicazione o resistenza al trattamento con benzodiazepine è indicato trattamento con fenobarbital.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dopo il superamento della AAA è importante considerare il possibile sviluppo di APA.</li> <li>- In caso di APA è opportuno eseguire un trattamento farmacologico.</li> <li>- Tra i farmaci anti-glutammatergici e gabaergici, che hanno un razionale per il trattamento dell'APA, è possibile utilizzare l'acamprosato e il sodio oxibato; quest'ultimo può essere utilizzato in continuità con il trattamento della AAA.</li> <li>- L'utilizzo del sodio oxibato richiede una valutazione accurata in caso di anamnesi positiva per Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) e/o farmaci, nonché in caso di comorbidità psichiatrica. In questi casi, va considerata l'utilità della presenza di un caregiver, almeno nella prima fase del trattamento, per permetterne una somministrazione controllata.</li> </ul>

Trattamento farmacologico on-label e off-label per il mantenimento dell'astensione/riduzione dei consumi	Interazioni e associazioni farmacologiche	Personalizzazione del trattamento
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il nalmeffene è indicato "al bisogno" per la riduzione dei consumi alcolici in pazienti con livelli di consumo ad elevato rischio.</li> <li>- Il naltrexone è indicato per favorire l'astinenza e ridurre il consumo di alcolici durante le fasi iniziali della cura.</li> <li>- L'acamprosato è indicato per la prevenzione delle ricadute nei pazienti che hanno già raggiunto l'astinenza.</li> <li>- Il disulfiram è indicato nei pazienti che necessitano di un controllo farmacologico avversivante.</li> <li>- Il baclofene, seppur off-label, trova applicazione nel mantenimento dell'astinenza nei pazienti con grave compromissione epatica.</li> <li>- Si può valutare l'utilizzo di farmaci off-label solo in caso di inefficacia dei trattamenti on-label.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prima di iniziare un trattamento per il DUA è opportuno verificare le interazioni farmacologiche con la terapia in atto.</li> <li>- Nel trattamento del DUA va presa in considerazione la possibilità di associare più farmaci.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La scelta del farmaco per il mantenimento necessita di una personalizzazione sulla base delle caratteristiche del paziente.</li> </ul>

**TAB 04 • Gli interventi psico-sociali in alcologia**

Intervento psico-sociale e target di intervento	Interventi psico-sociali nel trattamento territoriale del DUA - ADULTI	Interventi psico-sociali non esplicitamente rientranti nelle LG e comunque diffusi nella pratica clinica
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si raccomanda che venga realizzato un trattamento psico-sociale, associato o meno a una proposta farmacologica, in caso di attivazione di un trattamento per DUA.</li> <li>- Si raccomanda un intervento o una consulenza di natura non farmacologica anche in setting non specialistici di trattamento farmacologico del DUA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'intervento breve psico-socio-educativo, nella forma di intervento motivazionale breve, è raccomandato in tutti i casi di Uso Eccedentario di Alcol e nei percorsi brevi mandatori in multipli setting socio-sanitari specialistici e di base.</li> <li>- L'intervento breve psico-socio-educativo è uno degli interventi raccomandati nella RDD e nella LdR alcol-correlati.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- È sempre raccomandata nei casi di maggiore gravità l'associazione tra trattamento psico-sociale e farmacologico.</li> <li>- Si raccomanda di privilegiare i trattamenti EBM e in particolare:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il colloquio motivazionale,</li> <li>• I trattamenti cognitivo-comportamentali (ad es. behavioural self-management, coping skills training, cue exposure and behavioural couples therapy, community reinforcement treatment, contingency management).</li> </ul> </li> <li>- I trattamenti non EBM, ma su cui c'è un consenso degli esperti, sono da considerarsi di seconda scelta: approcci orientati al problem solving, alla riduzione dello stress basato sulla mindfulness, psicodinamici, sistemico-famigliari, di terapia narrativa o di altre tecniche di counselling per l'uso nel trattamento dei problemi di alcol a parità di stadio.</li> <li>- È fortemente raccomandato, in virtù del vantaggioso profilo costo/beneficio, l'invio a gruppi AMA, essendo compatibile e associabile a tutti gli altri trattamenti psico-sociali.</li> <li>- È opportuno che i Servizi individuino dei correttivi organizzativi che permettano a pazienti e caregiver di conoscere in modo adeguato tali gruppi.</li> </ul>

**TAB 05 • Interventi psico-sociali in target "speciali"**

Giovani	Donne	Anziani
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Per garantire un trattamento del DUA è raccomandato attivare interventi di intercettazione precoce tanto nella rete socio-sanitaria che nei luoghi di aggregazione e formazione.</li> <li>- L'intervento psico-sociale è quello raccomandato per il trattamento del DUA nel giovane.</li> <li>- Nei giovani si raccomanda che il trattamento farmacologico, se indicato, sia sempre in associazione a un trattamento psico-sociale.</li> <li>- I trattamenti psico-sociali raccomandati sono quelli multicomponente sul versante cognitivo-comportamentale e familiare.</li> <li>- Si raccomanda che l'aggancio avvenga in luoghi non connotati e con orari flessibili.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nella definizione del progetto terapeutico multidisciplinare è raccomandato tenere presente le differenze di genere.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il paziente anziano ha diritto a un trattamento al pari del giovane-adulto per cui è raccomandato impostare un trattamento multidisciplinare integrato</li> <li>- Nel paziente anziano è raccomandata una particolare attenzione in fase di assessment per definire i trattamenti alla luce dell'elevata prevalenza di comorbidità e polifarmacoterapia.</li> </ul>

**TAB 06 • Interventi psico-sociali incardinati nella rete di assistenza alcologica**

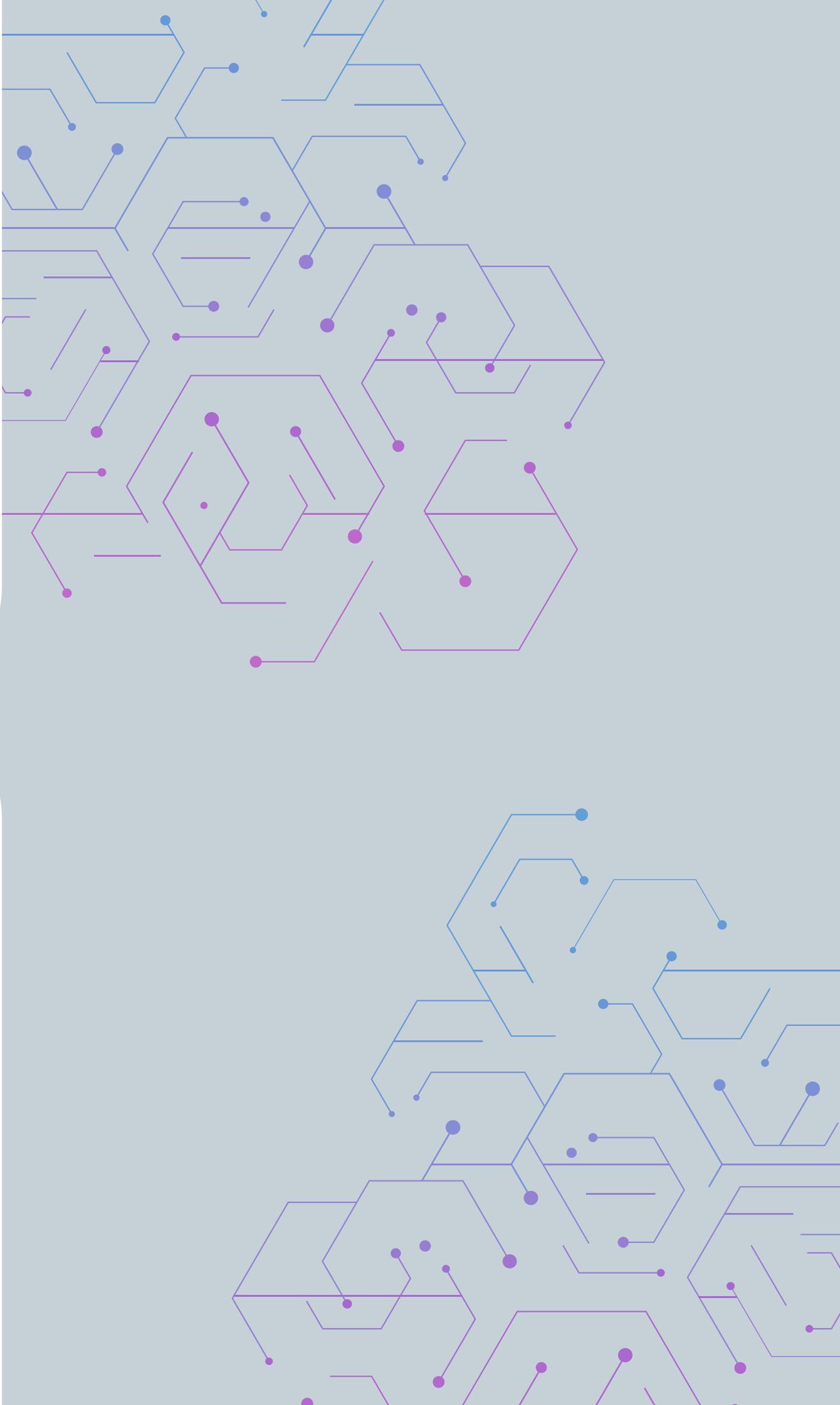
<p>Nel definire e attuare un trattamento psico-sociale è raccomandato valorizzare la componente relazionale al pari della componente tecnica.</p>
<p>In tutti i trattamenti psico-sociali è raccomandato stabilire un'alleanza terapeutica in quanto condizione necessaria per raggiungere gli obiettivi concordati, sia nei progetti volontari che in quelli mandatori.</p>
<p>Nella scelta del tipo di trattamento psico-sociale è indicato tenere in considerazione una molteplicità di variabili di personalizzazione (caratteristiche del paziente, qualità della relazione di aiuto, personalizzazione degli obiettivi definiti, gravità della condizione, comorbidità).</p>
<p>Non essendoci evidenze di superiorità di un trattamento psico-sociale rispetto agli altri, la scelta del trattamento deve essere guidata anche da aspetti organizzativi (professionisti disponibili e formazione specifica acquisita) garantendo comunque la pluralità di scelta.</p>
<p>Nella scelta del trattamento è indicato tenere presente da un lato la necessità di standardizzazione dei percorsi e dall'altro la necessità di personalizzazione (identificare il trattamento più appropriato in base alle necessità espresse dall'utente).</p>

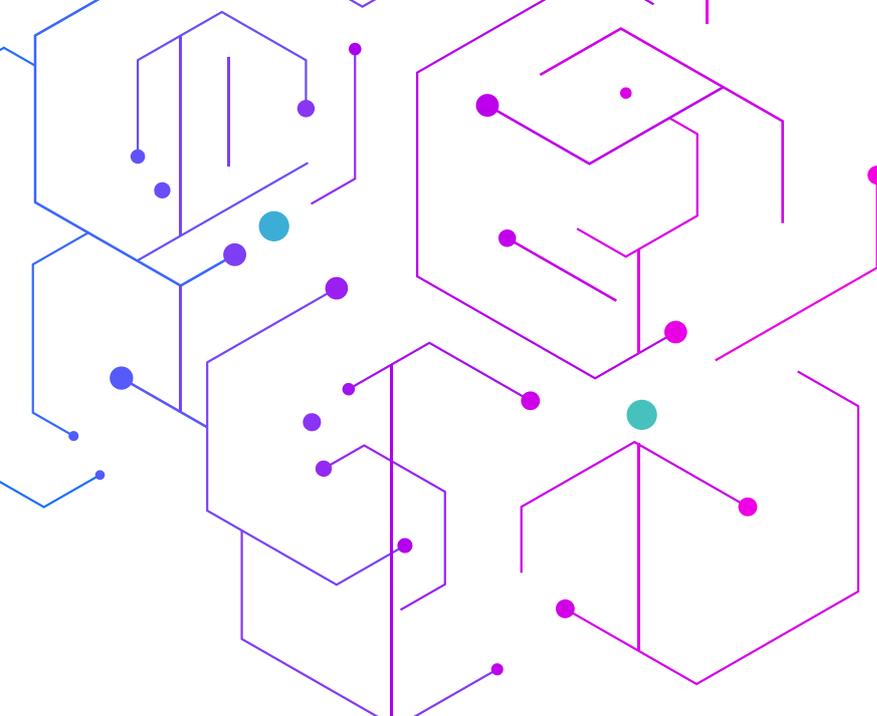
## *Lista degli acronimi*

<b>AA</b>	Alcolisti anonimi
<b>AAA</b>	Astinenza Acuta (e precoce) da Alcol
<b>AAI</b>	Intossicazione Acuta da Alcol
<b>ACAT</b>	Associazione dei Club Alcolisti in Trattamento
<b>ACoA</b>	Figli Adulti di Alcolisti
<b>ACP</b>	Acamprosato
<b>ACTQ</b>	Alcohol Craving Typology Questionnaire
<b>Al-Anon</b>	Associazione di Familiari e Amici di Alcolisti
<b>Alateen</b>	Giovani membri di Al-Anon
<b>AMA</b>	Auto-Mutuo-Aiuto
<b>APA</b>	Astinenza Protratta da Alcol
<b>ASL</b>	Aziende Sanitarie Locali
<b>ASST</b>	Aziende Socio Sanitarie Territoriali
<b>BCF</b>	Baclofene
<b>BDZ</b>	Benzodiazepine
<b>BMT</b>	Behavioural Marital Therapy
<b>CBT</b>	Cognitive behavioural Therapy
<b>CC</b>	Cognitivo-comportamentale
<b>CIWA-Ar</b>	Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale-Ar
<b>CRA</b>	Community Reinforcement Approach
<b>CSM</b>	Centri di Salute Mentale
<b>DALYs</b>	Disability-Adjusted Life Years
<b>DSF</b>	Disulfiram
<b>DSM 5</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5
<b>DUA</b>	Disturbo da Uso di Alcol
<b>DUO</b>	Disturbo da Uso di Oppioidi
<b>DUS</b>	Disturbo da Uso di Sostanze
<b>EBM</b>	Evidence-Based Medicine
<b>ECG</b>	Elettrocardiogramma
<b>EMCDDA</b>	Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze
<b>FASD</b>	Fetal Alcohol Spectrum Disorders
<b>GABA</b>	Acido $\gamma$ -amminobutirrico

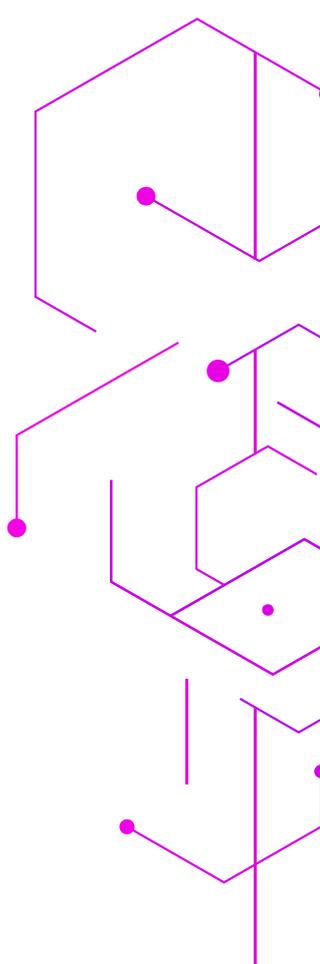
<b>GdL</b>	Gruppo di Lavoro
<b>GHB</b>	Acido $\gamma$ -idrossibutirrico
<b>HCV</b>	Hepatitis C Virus
<b>HIV</b>	Human Immunodeficiency Virus
<b>ICD 11</b>	International Classification of Disease 11
<b>LdR</b>	Limitazione del Rischio
<b>LG</b>	Linee Guida
<b>MAC2A</b>	Motivation Assessment of Change 2A
<b>MET</b>	Motivational Enhancement Therapy
<b>MI</b>	Motivational Interviewing
<b>MTT</b>	Modello TransTeorico
<b>NMDA</b>	N-metil-D-aspartato
<b>NMF</b>	Nalmefene
<b>NOA</b>	Nuclei Operativi Alcolologia
<b>NTX</b>	Naltrexone
<b>OCDS</b>	Obsessive Compulsing Drinking Scale
<b>PDTA</b>	Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali
<b>PNAS</b>	Piano Nazionale Alcol e Salute
<b>PNP</b>	Piano Nazionale di Prevenzione
<b>PPAC</b>	Patologie e Problematiche Alcol-Correlate
<b>PRP</b>	Piani Regionali di Prevenzione
<b>PWID</b>	People Who Inject Drugs
<b>RDD</b>	Riduzione del Danno
<b>RP</b>	Relapse Prevention
<b>SAA</b>	Sindrome d'Astinenza da Alcol
<b>SerD</b>	Servizi per le Dipendenze
<b>SHG</b>	Self Help Group
<b>SO</b>	Sodio Oxibato
<b>SPDC</b>	Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura
<b>TMS</b>	Transcranial Magnetic Stimulation
<b>WHO</b>	World Health Organization







Redatto da



# Violazione degli articoli 186 e 187 del Codice della Strada in provincia di Piacenza: tre anni di casistica

*Luca Natale\**, *Antonio Agosti\*\**, *Francesco Mariani\*\**, *Giovanna Arena\*\**,  
*Mario Battagliola\**, *Roberto Zoppellari\*\*\**

*\* Laboratorio di Tossicologia, UOC Biochimica AUSL Piacenza*

*\*\* UO Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza - Dipartimento Emergenza-Urgenza Piacenza*

*\*\*\* Anestesia e Rianimazione Ospedaliera - Università degli Studi di Ferrara*

## Contesto normativo e dati Aci-Istat

Il Codice della Strada Italiano (CdS) mira a disciplinare il traffico stradale, stabilendo regole atte a garantire la sicurezza dei cittadini e a prevenire incidenti, aggiornandosi periodicamente in funzione delle normative vigenti. Al fine di tutelare l'incolumità pubblica, le autorità italiane promuovono l'attuazione di politiche mirate, talvolta abbinate a vere e proprie campagne di sensibilizzazione, in quanto l'efficacia delle norme emanate dipende, in massima parte, dall'aderenza ad esse da parte degli stessi conducenti.

Gli articoli 186 e 187 del CdS, nello specifico, affrontano il problema della guida sotto l'effetto di alcol e sostanze stupefacenti. In base a quanto indicato dall'articolo 186, è vietato guidare in stato di ebbrezza in conseguenza dell'uso di bevande alcoliche, verificato tramite l'analisi del tasso alcolemico. In funzione dell'entità del riscontro, espressa sotto forma di

concentrazione di etanolo ematico in grammi per litro, sono previste sanzioni amministrative, nonché implicazioni penali. Nel caso in cui un conducente in stato di ebbrezza dovesse provocare un incidente stradale, è previsto il raddoppio della pena, con la possibilità di procedere al fermo del veicolo e al ritiro della patente di guida [1]. Analogamente, l'articolo 187 del CdS punisce coloro che guidano in uno stato di alterazione psicofisica conseguente all'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope. Anche in questo caso, nell'eventualità di un incidente stradale provocato da un conducente positivo alle indagini analitiche, l'entità delle pene previste è automaticamente raddoppiata [2].

A conferma della preoccupante diffusione del fenomeno, a partire dal 6 ottobre 2023, la Polizia Stradale, in collaborazione con i medici della Polizia di Stato, ha avviato una campagna nazionale di prevenzione, volta a potenziare le ordinarie misure di

controllo. L'obiettivo dichiarato è stato scoraggiare e prevenire la guida in stato di alterazione da alcol o droghe, ponendo particolare attenzione ai giovani, spesso coinvolti in gravi incidenti causati dagli effetti di quanto assunto [3].

Nonostante gli sforzi compiuti dalle autorità, a livello nazionale gli incidenti stradali costituiscono, ad oggi, una delle principali cause di morte e lesioni. Basti pensare che, in base ai più recenti dati nazionali ACI-ISTAT, aggiornati al 10 ottobre 2023, solamente nell'arco dell'anno 2022, sono stati registrati 165.889 incidenti stradali, che hanno comportato la morte di 3.159 persone e il ferimento di 223.475 individui. Solo nella provincia di Piacenza, si sono verificati 1.041 sinistri stradali, in conseguenza dei quali sono rimaste ferite 1.338 persone e in 26 hanno perso la vita [4].

Purtroppo, stando a quanto riportato dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), risultano essere particolarmente scarsi i dati riguardanti le positività ad alcol o a sostanze d'abuso, riferibili ai conducenti coinvolti in incidenti stradali. Ciò è dovuto al fatto che il Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri e il Servizio della Polizia Stradale del Ministero dell'Interno (che rappresentano le principali fonti ISTAT in materia) rilevano complessivamente solo un terzo del totale degli incidenti stradali con lesioni [5].

Per questi motivi, suscita particolare interesse l'ottenimento di informazioni approfondite, riguardanti la diffusione del fenomeno della guida in stato alterato da sostanze.

### **Lo studio sulle catene di custodia di Piacenza e Provincia**

Nell'arco temporale compreso tra il 1° gennaio 2020 e il 31 dicembre 2022, il Laboratorio di Tossicologia dell'AUSL di

Piacenza ha svolto approfondite analisi su campioni di urina e sangue relativi a conducenti coinvolti in incidenti stradali, con sospetta compromissione psicofisica dovuta all'uso di sostanze.

Le analisi, svolte su campioni urinari ed ematici, sono state condotte tramite test immunoenzimatico. Successivamente, le positività riscontrate sono state confermate con un metodo di secondo livello, in HPLC-MS/MS.

I dati raccolti nel periodo 2020-2022 sono stati riportati in forma aggregata, in modo tale da garantire la *privacy* degli interessati e, al contempo, fornire la possibilità di svolgere test di statistica descrittiva, al fine di ottenere un quadro chiaro della prevalenza delle positività ad alcol e droghe.

Si è deciso di classificare i risultati ottenuti in base al sesso del conducente, nonché alla fascia d'età di appartenenza. Nello specifico, sono state scelte 4 fasce d'età distinte: 18-29; 30-59; 60-79 e 80-89. Gli intervalli indicati sono stati selezionati in base a precise motivazioni di carattere demografico. Nel dettaglio, si è pensato potesse essere di particolare interesse ottenere informazioni approfondite riguardo alla fascia dei cosiddetti "under 30", ovvero i più giovani. Allo stesso modo, è parso ragionevole analizzare i dati di quella fascia d'età che rappresenta, statisticamente, la maggioranza degli individui alla guida, ovvero coloro che hanno tra i 30 e i 60 anni. Demograficamente, gli "over 60" sono spesso considerati una fascia unica, ma, al fine di prevenire l'effetto degli "outlier", o valori anomali, è stata creata una fascia a parte per gli individui d'età superiore ad 80 anni. Il limite superiore di quest'ultimo gruppo è stato definito dall'individuo più anziano facente parte del campione statistico (89 anni).

Le positività riscontrate sono state

suddivise per tipologia, fornendo un dato in merito alla prevalenza di positività esclusiva ad etanolo, a droghe, oppure positività simultanea sia ad alcol che droghe. In ottemperanza all'articolo 186 del CdS, una concentrazione rilevata di alcol nel sangue, pari a 0.5 g/L, è stata assunta come soglia di positività ad etanolo. I casi di positività a droghe sono stati ulteriormente classificati, in base alla categoria di appartenenza delle sostanze presenti. Le tipologie di sostanze indicate si riferiscono alle classi rilevabili tramite test immunoenzimatico (cannabinoidi, benzodiazepine, oppioidi e cocaina), ma, tramite test di conferma in HPLC-MS/MS, è stato possibile identificare i singoli analiti rilevati, in modo tale da poter discriminare, ad esempio, le positività a droghe dalle positività a farmaci regolarmente prescritti.

### Risultati delle analisi

Sono state svolte analisi su un totale di 871 campioni, di cui 677 provenienti da soggetti maschili (78%) e 194 da donne (22%).

L'età media rilevata è stata di 43 anni, nel caso degli uomini, e 40 anni per le donne. Il campione statistico analizzato ha mostrato una distribuzione per fasce d'età caratterizzata dalla maggioranza degli individui (52%) appartenenti alla fascia 30-59 anni. Il gruppo di 18-29 anni ha rappresentato il 31% del totale, seguito rispettivamente da quelli dei 60-79 (14%) e 80-89 anni (3%).

Il 37,69% degli uomini è risultato essere positivo ad alcol o droghe. Nello specifico, il 45,76%, tra i positivi, ha mostrato positività ad alcol, il 37,54% a droghe e il 16,7% a entrambi.

La classe di droghe generalmente più diffusa nei soggetti di sesso maschile è risultata essere quella dei cannabinoidi (36,82%), seguita da oppioidi (27,42%),

cocaina (19,96%) e benzodiazepine (15,8%). Nei gruppi di età 18-29 e 30-59, è stata riscontrata una prevalenza nell'uso di cannabinoidi (rispettivamente 48% e 33%), mentre nel gruppo di età 60-79, hanno prevalso gli oppioidi (62%). Infine, nel gruppo di età 80-89 anni, è stata riscontrata positività solo per le benzodiazepine.

Nelle donne è stata osservata una percentuale di positività del 24,74%. Dei soggetti positivi, il 39,58% lo era all'alcol, il 43,75% a droghe e il restante 16,67% ad entrambi.

Gli oppioidi sono stati la classe di droghe più frequentemente rilevata nei campioni di sesso femminile (33%), seguiti da benzodiazepine (31%), cannabinoidi (27%) e cocaina (9%). Nel gruppo di età 18-29 anni, si è osservata una prevalenza nell'uso di cannabinoidi (50%); benzodiazepine e oppioidi sono stati ugualmente rilevati nel gruppo di età 30-59 anni (40%); le uniche positività nel gruppo di età 60-79 anni sono risultate essere relative a oppioidi, mentre nessun campione nel gruppo di età 80-89 anni ha mostrato positività ad alcuna classe di droghe.

È stato calcolato il tasso alcolemico medio dei campioni positivi ad etanolo. Negli uomini, il valore ottenuto è 1,82 g/L, mentre nelle donne 1,7 g/L.

In entrambi i sessi, si è riscontrato come la maggioranza delle positività dei risultati positivi per benzodiazepine fosse da attribuire ad un uso terapeutico (78%). Al contrario, l'assunzione di oppioidi è risultata essere legata principalmente all'abuso di droghe (83%).

### Discussione dei risultati ottenuti

I dati evidenziano come l'assunzione di alcol o droghe, prima della guida, sia una pratica molto diffusa nella popolazione in esame; si notano differenze significative, tra i sessi e diversi gruppi di età, in merito alle

tipologie di sostanze rilevate, nonostante sussistano alcune curiose similarità.

L'analisi delle positività permette di ottenere un quadro chiaro ed eloquente rispetto alla problematica in esame, avvalorando l'opinione che la guida sotto l'effetto di alcol o droghe sia una pratica particolarmente diffusa. Desta certamente preoccupazione, in tal senso, il dato riferito al totale delle positività, che mostra come più di un uomo su tre e circa una donna su quattro, se coinvolti in incidenti stradali gravi, risultino essere positivi ad alcol e/o droghe.

Analizzando il dato assoluto, molti più uomini sembrerebbero essere coinvolti in incidenti stradali gravi, rispetto alle donne (78% vs 22%), analogamente a quanto rilevato dall'Istituto Nazionale di Statistica (76% e 24%).

I dati sulle positività ad etanolo, tuttavia, mostrano delle similitudini tra i due sessi. Infatti, il campione dei soggetti per i quali era stata rilevata la positività ad una sostanza, evidenzia che i dati relativi all'alcol sono quasi sovrapponibili: gli uomini sono il 45,76%, mentre le donne sono il 39,58%. Inoltre, il tasso alcolemico medio rilevato in uomini e donne è stato rispettivamente 1,82 g/L e 1,7 g/L.

Anche nel caso delle positività a droghe, le percentuali riferite ai due sessi non sono risultate essere particolarmente dissimili (37,54% negli uomini e 43,75% nelle donne), ma mostrano un'inversione di tendenza rispetto a quanto visto per l'alcol. Paiono sussistere, invece, differenze rilevanti in merito alle prevalenze di assunzione di determinate classi di droghe. Nello specifico, le benzodiazepine sono state assunte prevalentemente da donne, mentre i casi di positività alla cocaina riguardano principalmente uomini.

Tra le fasce d'età, in merito alle tipologie

di droghe rilevate, solamente quella compresa tra 30 e 59 anni ha mostrato una distribuzione grossolanamente omogenea. La fascia degli "under 30" ha visto una netta prevalenza dei cannabinoidi (48,72%), mentre il gruppo 60-79 anni è stato caratterizzato dalla positività ad oppiacei (64,29%).

### Conclusioni:

I risultati delle analisi condotte a Piacenza hanno ben evidenziato differenze e similitudini nelle abitudini di consumo di sostanze psicoattive, tra i sessi e le fasce d'età.

Pertanto, è necessario che le strategie di prevenzione e di riduzione del rischio di incidenti stradali siano pertinenti e mirate, considerando attentamente le specifiche caratteristiche emerse dai dati raccolti. In particolare, dovrebbero essere implementate iniziative educative rivolte alle diverse fasce di età e sessi, al fine di sensibilizzare la popolazione sui rischi connessi all'uso di sostanze psicoattive e promuovere comportamenti responsabili. Parallelamente, è essenziale potenziare i controlli e le sanzioni per scoraggiare comportamenti pericolosi sulla strada. Inoltre, una stretta collaborazione tra le Istituzioni, le Forze dell'Ordine e le organizzazioni della società civile è fondamentale per garantire un approccio integrato ed efficace nella gestione di questa complessa problematica.

### Sitografia

1. <https://www.aci.it/i-servizi/normative/codice-della-strada/titolo-v-norme-di-comportamento/art-186-guida-sotto-linfluenza-dellalcol.html>
2. <https://www.aci.it/i-servizi/normative/codice-della-strada/titolo-v-norme-di-comportamento/art-187-guida-in-stato-di-alterazione-psico-fisica-per-uso-di-sostanze-stupefacenti.html>
3. <https://www.interno.gov.it/it/notizie/incidentalita-stradale-polizia-stato-campo-prevenzione>
4. <https://www.istat.it/it/archivio/286933>
5. *ibidem*

## CASE REPORT

# L'utilizzazione dell'impianto di buprenorfina a rilascio prolungato in ambiente controllato

*Claudio Leonardi\**, *Sabino Cirulli\*\**, *Marco Nunzi\*\*\**, *Florinda Maione\*\*\**, *Claudio Pierlorenzi\*\*\*\**, *Lucia Curatella\*\*\*\**, *Viero D'Alessio\*\*\*\*\**, *Marzia Pibiri\*\*\*\*\**

*\*UOC Patologie da Dipendenza ASL Roma 2*

*\*\*UOS Patologie da Dipendenza D9 ASL Roma 2*

*\*\*\*UOS Patologie da Dipendenza D9 ASL Roma 2*

*\*\*\*\*UOS Patologie da Dipendenza D9 ASL Roma 2*

*\*\*\*\*\*UOS Patologie da Dipendenza D9 ASL Roma 2*

*\*\*\*\*\*Comunità Ce.I.S. Don Mario Picchi Presidio San Carlo, Marino (RM)*

*\*\*\*\*\*Comunità Ce.I.S. Don Mario Picchi Presidio San Carlo, Marino (RM).*

### Introduzione

Il disturbo da uso di oppioidi (OUD) è una malattia complessa che investe e compromette molti aspetti della vita e della salute della persona [1]. Il percorso di cura del paziente in Italia prevede la possibilità di usufruire di risorse diverse, farmacologiche e psicosociali, in ambiti e *setting* differenziati, che si integrano fra loro. Il coinvolgimento di operatori sanitari e medici specializzati in diverse discipline permette di affrontare in modo complementare i vari aspetti del problema.

I Servizi pubblici per le Dipendenze (Ser.D) lavorano da anni in collaborazione con le strutture terapeutiche (Comunità residenziali e semiresidenziali) sul territorio, le amministrazioni comunali ed il volontariato offrendo ai pazienti dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali scelti sulla base dei bisogni e degli obiettivi identificati dall'equipe multidisciplinare e condivisi con il paziente. Le strutture terapeuti-

che possono essere di natura pubblica e/o privata ed erogano assistenza attraverso diverse tipologie di offerta: regime diurno oppure semi-residenziale e/o residenziale. Si articolano in base alla tipologia di utenza trattata e ai programmi terapeutici erogati, quasi sempre integrati con le proposte terapeutiche offerte dai servizi ambulatoriali [2].

Nel 2023, i servizi pubblici per le dipendenze hanno assistito 132.195 persone con problemi di dipendenza da sostanze d'abuso (17.243 nuovi utenti), di cui il 60,2% è in trattamento per un uso primario di oppiacei; questa percentuale scende al 21,7% tra i nuovi utenti e raggiunge il 66,0% tra quelli già in carico o rientrati [3]. Nello stesso anno, in Italia, le strutture terapeutiche hanno assistito 25.633 utenti, in crescita rispetto all'anno precedente. Il 37,1% sono risultati essere nuovi ed il 27,8% sono stati presi in carico perché dipendenti da oppioidi/oppiacei [2].

Tabella 1. Dati di assistenza per dipendenze da oppiacei/oppioidi in Italia nel 2022.

Anno	Tipo di Servizio	Totale Utenti	Utenti per uso primario di oppioidi (%)	Nuovi Utenti	Utenti già in carico	Nuovi utenti per uso primario di oppioidi (%)	Utenti già in carico/rientrati per uso primario di oppioidi (%)
2023	Servizi Pubblici per le Dipendenze (Ser.D)	132.195	60,2%	17.243	114.952	21,7%	66,0%
2023	Strutture Terapeutiche	25.633	27,8%	9.509	16.124	n.a.	n.a.

La gestione farmacologica delle dipendenze da oppioidi con terapia agonista (OAT) ha visto significativi sviluppi negli ultimi anni, con l'introduzione di terapie mirate non solo a ridurre il *craving* e a stabilizzare il paziente in modo più sicuro e controllato, ma anche a migliorare la qualità di vita ed il reinserimento sociale e funzionale nella comunità civile [4-6]. Tra queste terapie, le formulazioni a rilascio prolungato di buprenorfina costituiscono l'innovazione principale ed hanno dimostrato notevoli vantaggi dal punto di vista clinico, organizzativo ed economico [7-13]. Sebbene il trattamento farmacologico sia un elemento fondamentale nella gestione della OUD, le linee guida di pratica clinica internazionali ed europee raccomandano di integrarlo all'interno di un piano terapeutico che tenga conto delle specifiche esigenze del paziente e delle risorse disponibili nei servizi di appartenenza (14,15). Tecniche di colloquio motivazionale possono rivelarsi efficaci per incoraggiare i pazienti a partecipare attivamente a servizi di supporto che rispondano alle loro necessità individuali; mentre, in assenza di adeguati interventi psicosociali, è essenziale che i clinici personalizzino ulteriormente i piani terapeutici, tenendo conto di potenziali problemi legati all'aderenza e alla diversione della terapia [15]. Un programma di trattamento dovrebbe prevedere, oltre la routine diagnostico-terapeutica consueta, anche una valutazione approfondita dei

bisogni psicosociali, sessioni di *counseling* individuale e/o di gruppo, connessioni con sistemi di supporto esistenti e come ad esempio le comunità terapeutiche pertinenti al caso in valutazione [15]. Secondo il nostro parere, il supporto e la consulenza per il proseguimento dell'OAT nel contesto comunitario sono spesso fondamentali per un trattamento di successo a lungo termine [14]. In Italia, l'integrazione di questo modello di gestione in un *setting* multidisciplinare - con il coordinamento tra Ser.D, strutture ospedaliere e Comunità Terapeutiche Residenziali (CTR) - potrebbe rivelarsi particolarmente vantaggiosa per offrire al paziente non solo il trattamento farmacologico, ma anche il supporto psicologico e pedagogico, necessario per facilitare un reale recupero e reinserimento sociale. Nonostante l'importanza di tali approcci integrati, mancano riferimenti dettagliati che documentino le esperienze e le pratiche adottate nel nostro Paese, evidenziando la necessità di ulteriori studi e analisi di *real-life* per migliorare la comprensione e l'efficacia delle strategie terapeutiche nel contesto italiano. Il presente *Case Report* descrive l'applicazione di questo modello gestionale nel trattamento di un paziente seguito nel nostro servizio, con una lunga storia di poliabuso, documentando l'efficacia e le sfide dell'impiego di buprenorfina impianto all'interno di un percorso terapeutico residenziale.

## Storia del paziente

Il paziente di anni 50 è seguito dal nostro servizio dal 1998 per problemi di poliabuso (eroina, cocaina ed alcol). A 13 anni inizia ad assumere vino durante i pasti (1 o 2 Ua), in quanto consuetudine familiare, ma ben presto l'uso di alcol assume un significato di "accompagnamento" all'uso di sostanze. A 14 anni inizia sperimentazione con la cannabis e a 16 con la cocaina nei momenti "ricreativi" con il gruppo degli amici. In quegli anni l'assunzione di stupefacenti avveniva solo in occasione di uscite con gli amici ed il paziente ne percepiva il solo significato "ricreativo", lo "sballo del weekend". All'età di 19 anni sperimenta l'eroina, inizialmente fumata e inalata, successivamente per via iniettiva. In un breve arco di tempo la sostanza diventa molto più presente nella vita quotidiana, andando ad interrompere il ritmo di vita precedente.

Quando arriva la chiamata obbligatoria alla leva militare, viene destinato a Viterbo dove resterà per un anno durante il quale riesce a limitare l'uso di sostanze stupefacenti al fine settimana e generalmente con il rientro a Roma. Finita la leva obbligatoria l'uso di sostanze si fa più intenso fino a diventare una vera e propria dipendenza e, nel tempo e con il rientro a casa, il paziente si riavvicina al servizio per riavviare il trattamento farmacologico (1999) a base di metadone cloridrato sciroppo, già effettuato la prima volta nel 1998. In quella occasione, il servizio proponeva al paziente l'avvio del primo trattamento comunitario residenziale, che veniva portato a termine positivamente in due anni (1999-2001).

Dopo alcuni anni di benessere e non uso di sostanze il paziente attraversava nuovamente una fase critica che lo riavvicinava all'uso di sostanze. Tale comportamento lo portava a chiedere aiuto al servizio (2008) e riavviava un

secondo percorso in una CTR (2008).

Nei due anni di permanenza in Comunità (2008-2010), il paziente svolgeva positivamente il suo iter fino ad assumere ruoli di responsabilità come "operatore", sospendendo l'uso di metadone cloridrato sciroppo ed iniziando il trattamento con suboxone. Ultimata la fase residenziale, la Comunità gli proponeva di rimanere a vivere almeno per un anno a Viterbo, per sperimentare una vita autonoma in un contesto più protetto rispetto a quello di provenienza. Il paziente prende in affitto un appartamento sostenendosi economicamente con l'attività di agente immobiliare; tuttavia, incontrava difficoltà di inserimento sia lavorativo che sociale. Con il rientro settimanale a Roma per il fine settimana, riprendeva l'uso di cocaina.

Nel 2011 il paziente rientrava definitivamente a Roma. In questo periodo l'uso di sostanze tornava ad essere presente nella quotidianità del paziente che si convinceva a formulare una nuova richiesta di aiuto. Per motivi personali e logistici, chiedeva di essere seguito da altro Ser.D. della ASL Roma 2. Pertanto, da marzo 2013 e fino alla fine del 2022 viene preso in carico con terapia farmacologica (a base di suboxone capsule [cp] sublinguali) da altro servizio.

Nel 2023 veniva preso nuovamente in carico dal nostro servizio ed entrava in terapia farmacologica con buprenorfina cp sublinguali 2mg/die, mostrando però una scarsa motivazione ad essere supportato dal punto di vista psicologico.

Il paziente ben presto, come in passato, inizia a manifestare comportamenti disfunzionali; inoltre, la condizione di un lavoro scarsamente strutturato in termini organizzativi, lo porta a mettere in atto meccanismi di "fuga" anche dal sistema famiglia ed a vivere una condizione di solitudine anche affettiva che peggiora il consumo di bevande alcoliche al punto che

il medico decide di iniziare un trattamento con acamprosato 333 mg 2 cp x3/die.

### Ipotesi di un “nuovo” trattamento

Durante una riunione di equipe del Servizio finalizzata alla discussione dei casi clinici, era emersa l'ipotesi di avviare un'esperienza con un paziente, da inserire in un percorso terapeutico residenziale, con un farmaco a base di buprenorfina a rilascio prolungato.

Precedentemente lo stesso farmaco era già stato utilizzato in pazienti che avevano un lavoro stabile, una vita affettiva strutturata, una motivazione al cambiamento stabile, un desiderio di una maggiore autonomia “anche dal Servizio” [7,8]. L'idea di utilizzarlo in soggetti per i quali andava ancora costruito un progetto riabilitativo e dove l'utilizzo del farmaco poteva essere una possibilità in più in un contesto terapeutico protetto e controllato come una comunità terapeutica, ci spinse ad individuare e valutare un possibile candidato al quale, successivamente, proporre il farmaco, nel gruppo di pazienti che avevano fatto una richiesta di poter avviare un progetto terapeutico riabilitativo di tipo comunitario residenziale.

Durante una riunione generale del servizio, tutti gli operatori concordavano sulla scelta del candidato e si decideva di passare alla fase successiva di presentazione del trattamento al paziente di riferimento di questo *Case Report*.

L'equipe proponente presentava al paziente l'opportunità di un nuovo trattamento farmacologico, le sue potenzialità e l'efficacia dimostrata precedentemente su altri pazienti. Inoltre, si sottolineava al paziente che il farmaco sarebbe stato impiantato direttamente dal nostro Servizio [16], il cui personale si rendeva responsabile anche di monitorare l'andamento del trattamento durante il periodo di permanenza nella struttura comunitaria. Il paziente reagiva positivamente a tale opportunità, si mostrava “incuriosito” ed effettuava alcune domande sul farmaco e sull'intervento.

Contemporaneamente si iniziava a sondare tale possibilità anche con il Responsabile della Comunità in quanto, per sottoporsi a tale trattamento, dovevano essere previsti per il paziente degli aspetti organizzativi specifici che prevedono una maggiore interazione tra il Ser.D. e la CTR. Infatti, in termini organizzativi si è dovuta predisporre una rete che mettesse in contatto tutti gli attori coinvolti sia in termini organizzativi generali, sia di attività specifiche per area di competenza (Tabella 2).

### Ingresso in comunità

In Tabella 3 è illustrato il percorso terapeutico residenziale, evidenziando le diverse fasi temporali e fornendo osservazioni e risultati specifici per ciascuna fase.

Tabella 2. Responsabilità specifiche e organizzative, suddivise per aree di competenza, delle istituzioni coinvolte nella gestione del paziente.

UOS Patologie da dipendenza D9 ASL Roma 2	CTR ospitante
<ul style="list-style-type: none"> <li>• apertura della cartella clinica dedicata</li> <li>• visita medica</li> <li>• colloquio psicologico</li> <li>• colloquio infermieristico</li> <li>• prelievo ematico</li> <li>• approvvigionamento del farmaco</li> <li>• impianto del farmaco</li> <li>• monitoraggio del trattamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• garantire un operatore di riferimento con cui mantenere un contatto continuo con la UOS Patologie da dipendenza D9 ASL Roma 2</li> <li>• disponibilità a far uscire dalla Comunità il paziente per ogni necessità clinica dedicata al monitoraggio dell'impianto</li> <li>• valutazione psico-pedagogica del paziente portatore di un farmaco</li> </ul>

Tabella 3. Schematizzazione cronologica del Programma Comunitario di riabilitazione, con osservazioni e risultati delle varie fasi.

Fasi temporali del Programma Comunitario	Evento	Terapia	Razionale	Osservazioni e risultati delle varie fasi
07 ottobre 2023	Ingresso in Comunità Residenziale - Prima fase del Programma Comunitario		Trattamento delle dipendenze da alcol e sostanze. Obiettivi:  distacco dalle sostanze, integrazione nella Comunità, rispetto delle regole, sviluppo di comportamenti funzionali	Il paziente ha dimostrato <b>aderenza e collaborazione</b> positiva, partecipando attivamente alla terapia e alle attività di gruppo
		Dose d'ingresso: acamprosatato 333 mg, 2 cp x3/die Durante il programma: Ridotto a 1 cp x3/die, mantenuto fino all'espianto di buprenorfina	Trattamento per dipendenza da alcol	<b>Sospensione completa</b> dopo 45 giorni
		Dose d'ingresso: buprenorfina film 2 mg/die	Trattamento dell'ODU	
30 novembre 2023	Impianto sottocutaneo del farmaco a base di buprenorfina (72 mg)	La terapia a base di buprenorfina film 2 mg/die è stata sospesa 24 ore prima dell'impianto	Trattamento dell'ODU	<b>Massima collaborazione</b> del paziente senza problemi durante la procedura
Dic 2023 / Mar 2024	Follow-up Post-Impianto	Appuntamenti settimanali con il Servizio per il primo mese, poi mensili		Il paziente ha mostrato <b>disponibilità e apertura</b> ai colloqui con l'equipe multidisciplinare
19 marzo 2024	Seconda fase del Programma Comunitario			Transizione positiva alla fase successiva, con forte motivazione e adesione all'alleanza terapeutica
06 giugno 2024	Procedura di espianto			Espianto avvenuto con successo. Progressiva, seppur lieve, <b>destabilizzazione emotiva</b> , senza chiari segni di astinenza da oppiacei, riferita dagli operatori della comunità terapeutica
Post-Espianto (T0)	Supporto Farmacologico	pregabalin 25 mg 1 cp x3/die; aumentato dopo 4 giorni a 75 mg x3/die	Stabilizzazione umore	
T0 + 48h (T1)	Medicazione Aggiuntiva per sintomi ansiosi	quetiapina 50 mg, 1 cp la sera per 7 giorni; alprazolam 1 mg x3/die per 7 giorni	Gestione dei sintomi ansiosi	
T1 + 7 gg	Regolazione della terapia farmacologica	pregabalin 75 mg 1cp x3/die e sospensione delle benzodiazepine		
T1 + 14 gg	Riduzione pregabalin	pregabalin ridotto a 75 mg la sera, quindi completamente sospeso dopo ulteriori 15 giorni		<b>Umore stabilizzato</b>

In data 07 ottobre 2023 il paziente faceva ingresso presso una Comunità Residenziale della Regione Lazio per avviare un programma di tipo pedagogico riabilitativo per il trattamento delle dipendenze patologiche. Al momento dell'ingresso in Comunità, come già riportato, il paziente presentava un doppio problema, uno legato al consumo eccessivo di alcol e l'altro all'uso di sostanze.

Per quanto riguarda l'alcol il paziente assumeva acamprosato 333 mg 2 cp x3/die prima di entrare in comunità e successivamente durante il percorso, il paziente scalava ad 1 cp x3/die, che manteneva fino al momento dell'espianto di buprenorfina, e successivamente riduceva il dosaggio fino a sospendere definitivamente l'assunzione di acamprosato dopo 45 giorni. Per l'uso di sostanze la terapia farmacologica in ingresso in Comunità e prima dell'impianto era a base di buprenorfina film 2mg/die.

All'ingresso in comunità il paziente è stato inserito nella prima fase del programma dove alcuni degli obiettivi principali erano: il distacco dalle sostanze, lo sviluppo di un senso di appartenenza alla Comunità, il rispetto di norme e regole, sostituire i comportamenti disfunzionali con comportamenti adeguati. Nella fase iniziale la disponibilità del paziente in termini di aderenza al Programma è stata sottolineata dalle relazioni della comunità *"...il paziente ha sperimentato il senso di collaborazione all'interno di un gruppo lavorativo dimostrando grande diponibilità a lavorare. In ambito terapeutico è emersa buona motivazione intrinseca al cambiamento partecipando in modo attivo anche ai gruppi..."*. Pertanto, il nostro servizio, sostenuto da quanto emergeva in chiave terapeutica nelle prime fasi del programma comunitario, avviava tutte le procedure organizzative necessarie alla esecuzione dell'impianto.

Inoltre, in questa fase del programma è stata coinvolta anche la famiglia con la funzione di accompagnare il figlio al nostro Servizio sia per permettere l'esecuzione dell'impianto, ma anche per tutti i controlli e le visite necessarie ed i successivi controlli fino all'espianto.

In data 30 novembre 2023 viene effettuato l'innesto sottocutaneo di buprenorfina (72mg), al quale il paziente si è sottoposto mostrando massima disponibilità e nessun tipo di problema. Naturalmente 24h prima dell'intervento veniva sospesa la somministrazione della buprenorfina film. Durante i sei mesi di trattamento con impianto sottocutaneo di buprenorfina, il paziente ha partecipato regolarmente agli appuntamenti con il Servizio, inizialmente con frequenza settimanale nel primo mese, per poi passare a incontri mensili, manifestando disponibilità ai colloqui con l'equipe di riferimento.

Le relazioni che provenivano dalla Comunità evidenziavano che il passaggio alla seconda fase (avvenuta in data 19 marzo 2024) si è verificato in modo positivo, con una buona motivazione ed una spinta al cambiamento, seguendo le indicazioni degli operatori e consolidando l'alleanza terapeutica raggiunta.

L'equipe multidisciplinare della UOS Patologie da dipendenza D9 ASL Roma 2, ancor prima dell'ingresso del paziente in comunità, aveva edotto lo stesso sulla possibilità, se necessario, di procedere ad un secondo impianto, o di iniziare una terapia anti-*craving* che lo potesse sostenere in assenza degli effetti agonisti della buprenorfina. In data 06 giugno 2024 viene effettuato l'espianto del farmaco.

Durante il periodo immediatamente successivo all'espianto gli operatori della CTR riferivano una progressiva, seppur non particolarmente profonda, destabilizzazione emotiva del paziente, in assenza di chia-

ri segni di astinenza da oppiacei.

Per tali ragioni l'equipe del Ser.D. decideva di prescrivere al paziente una terapia farmacologica, già utilizzata nei precedenti pazienti non inseriti in un contesto comunitario (7,8), rappresentata da: pregabalin 25 mg cp 1 cp x3/die, aumentata e stabilizzata dopo 4 giorni ad un dosaggio di 75 mg x3/die. La terapia sopra indicata risultava però insufficiente a risolvere la sintomatologia ansiosa e pertanto è stato necessario aggiungere a distanza di 48h quetiapina 50 mg 1 cp la sera per 7 giorni, alprazolam cp 1 mg x3/die per 7 giorni. A distanza di 7 giorni la terapia farmacologica veniva modificata togliendo le benzodiazepine e la quetiapina. Dopo altri 7 giorni veniva ridotto anche il pregabalin a 75 mg la sera fino alla sua eliminazione avvenuta dopo 15 giorni.

A oggi, il paziente presenta un umore stabile, supportato non solo dai colloqui settimanali con il medico di riferimento del Servizio, ma anche dall'attività terapeutica e dalle relazioni interne alla Comunità residenziale, che hanno svolto un ruolo fondamentale nel processo di riabilitazione.

### Conclusioni

Il caso in esame evidenzia un percorso complesso e articolato di trattamento dell'ODU, che ha richiesto una gestione multidisciplinare e un supporto terapeutico altamente individualizzato in un paziente con una lunga storia di poliabuso. L'impiego della buprenorfina impianto semestrale, all'interno di un programma residenziale, ha permesso di combinare un trattamento farmacologico a rilascio prolungato con supporto psicologico e sociale, facilitando il distacco dall'uso di sostanze e migliorando l'adesione al trattamento.

La gestione multidisciplinare ha affrontato efficacemente le difficoltà post-espanto, utilizzando terapie sintomatiche persona-

lizzate e minimizzando il rischio di dipendenze secondarie, mostrando quanto sia fondamentale un approccio flessibile che si adatti alle specifiche esigenze del paziente e favorisca la collaborazione tra i diversi attori del sistema terapeutico.

Nonostante i risultati positivi di questo caso specifico, va sottolineata l'importanza di ulteriori studi sistematici nel contesto italiano per consolidare l'uso delle formulazioni impiantabili di buprenorfina nel *setting* residenziale. Un modello di gestione combinato e interdisciplinare che coinvolga farmaci innovativi e supporto psicoeducativo in contesto controllato può ottimizzare le pratiche cliniche, migliorando il recupero e la reintegrazione sociale dei pazienti affetti da ODU.

### Bibliografia

1. Dydyk AM, Jain NK, Gupta M. Opioid Use Disorder. 2024 Jan 17. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan. PMID: 31985959.
2. Presidenza del Consiglio dei Ministri D per le PA. Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia [Internet]. 2023 [cited 2024 Nov 6]. Available from: <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/ix0b0esf/relazione-al-parlamento-2023.pdf>
3. Ministero della Salute. Rapporto Tossicodipendenze. Analisi dei dati del Sistema Informativo Nazionale delle Dipendenze [Internet]. 2023 [cited 2024 Oct 29]. Available from: [https://www.pnes.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_publicazioni\\_3489\\_1\\_alleg.pdf](https://www.pnes.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_3489_1_alleg.pdf)
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022.
5. Strang J, Volkow ND, Degenhardt L, Hickman M, Johnson K, Koob GF, et al. Opioid use disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2020 Jan 9;6(1):3.
6. Hser YI, Evans E, Grella C, Ling W, Anglin D. Long-Term Course of Opioid Addiction. *Harv Rev Psychiatry*. 2015 Mar;23(2):76-89.
7. Scurti P, Nunzi M, Leonardi C, Pierlorenzi C, Marenzi R, Lamartora V. The experience of buprenorphine implant in patients with opioid use disorder: a series of narrative interviews. *Front Psychiatry*. 2023;14.

8. Pierlorenzi C, Nunzi M, Cirulli S, Direnzo GFM, Curatella L, Liberatori S, et al. Patients' perspectives on buprenorphine subcutaneous implant: a case series. *J Med Case Rep.* 2024 Dec 1;18(1).
9. Lagios K. Buprenorphine: extended-release formulations "a game changer"! *Medical Journal of Australia.* 2021 Jun 24;214(11):534.
10. Rosenthal RN, Lofwall MR, Kim S, Chen M, Beebe KL, Vocci FJ. Effect of Buprenorphine Implants on Illicit Opioid Use Among Abstinent Adults With Opioid Dependence Treated With Sublingual Buprenorphine. *JAMA.* 2016 Jul 19;316(3):282.
11. Ling W, Casadonte P, Bigelow G, Kampman KM, Patkar A, Bailey GL, et al. Buprenorphine Implants for Treatment of Opioid Dependence. *JAMA.* 2010 Oct 13;304(14):1576.
12. Rosenthal RN, Ling W, Casadonte P, Vocci F, Bailey GL, Kampman K, et al. Buprenorphine implants for treatment of opioid dependence: randomized comparison to placebo and sublingual buprenorphine/naloxone. *Addiction.* 2013 Dec;108(12):2141-9.
13. Osborne V, Davies M, Roy D, Tescione F, Shakir SAW. Systematic benefit-risk assessment for buprenorphine implant: a semiquantitative method to support risk management. *BMJ Evid Based Med.* 2020 Dec;25(6):199-205.
14. Dematteis M, Auriacombe M, D'Agnone O, Somaini L, Szerman N, Littlewood R, et al. Recommendations for buprenorphine and methadone therapy in opioid use disorder: a European consensus. *Expert Opin Pharmacother.* 2017 Dec 12;18(18):1987-99.
15. The ASAM National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder: 2020 Focused Update. *J Addict Med.* 2020 Mar;14(2S):1-91.
16. European Commission. Sixmo, INN-buprenorphine [Internet]. 2019 [cited 2024 Oct 29]. Available from: [https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2022/20221128157752/anx\\_157752\\_it.pdf](https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2022/20221128157752/anx_157752_it.pdf)



## Immagine di copertina

Dea Igea, figlia di Asclepio e di Lampeggia, venerata come dea della salute. Veniva raffigurata ora sotto l'aspetto di una giovane donna prosperosa nell'atto di dissetare un serpente, ora seduta con la mano sinistra appoggiata a un'asta, mentre con l'altra mano porge una patera a un serpente che, lambendola, si innalza da un'ara posta davanti a lei.

Il culto era associato a quello del padre e di Panacea, sua sorellastra. Oltre che dea della salute (o del risanamento in generale), era la divinità di ogni cosa pulita. A differenza del padre, direttamente e unicamente associato alla cura delle malattie, Igea veniva invece associata alla prevenzione dalle malattie e al mantenimento dello stato di salute.

La presenza del serpente è dovuta al fatto che gli antichi attribuivano al rettile intelligenza e sentimenti particolari: suscitava grande impressione per la vita misteriosa e sotterranea, per la capacità di secernere veleni mortali, per la grande velocità, nonché per l'abilità nell'ipnotizzare le prede. Il serpente è comunque legato da sempre al mondo della farmacologia: il suo veleno, in minime dosi, rappresentava spesso l'unico rimedio contro moltissime malattie.

I frammenti in cui è scomposta l'immagine rappresentano uno specchio che riflette le diverse sfaccettature della nostra disciplina (ambientale, clinica, preclinica etc).



Siamo lieti di informarvi che SITOX è operativa anche sui principali canali social: Facebook e Twitter

Potete seguire le nostre attività su questi canali:

Facebook: <https://www.facebook.com/societa.tossicologia.sitox/>

Twitter: <http://twitter.com/sitoxita>

Vi chiediamo di sostenere le attività di comunicazione di SITOX, mettendo mi piace alla pagina Facebook, seguendo il profilo Twitter e ricondividendo i post che ritenete interessanti per i vostri contatti, in modo da ottenere maggior visibilità per le attività di comunicazione della Società.

Il Giornale Italiano di Tossicologia è scaricabile online.

Visita il nostro sito [www.sitox.org](http://www.sitox.org)