

74

Anno XX - giugno 2026

Sommario

EDITORIALE

- Riflessioni sulla Relazione al Parlamento 2026 sul fenomeno delle Dipendenze 1
Roberta Balestra
- Lettera aperta al Presidente della Repubblica 3

LE RUBRICHE

- Contaminazioni
Tutto può essere trasformato in numero, finanziarizzato e diventare oggetto di scommesse 5
Maurizio Fea
- La Finestra dei consumatori
Dottore
a cura di Area Dipendenze, ASUGI Trieste 7
- Poetry Corner/Rubrica di poesia
Bernardo Pacini 8
Enzo Lamartora

SAGGI, STUDI E RICERCHE

- Il craving nei resoconti narrativi dei pazienti tra "tentazione" e "pensiero desiderante" 9
Francesca Costantini
- Stress, shift work and substance use among nurses: A single-centre experimental study 16
Gloria D'Angelo, Isabella Baglioni, Chiara Gatti, Stefano Marcelli, Jasmine Eddhina
- Il gioco d'azzardo patologico e il senso di appartenenza. Un confronto tra modalità differenti di "fare" gruppo nell'esperienza campana e molisana 31
Iolanda Anna Baccigalupi, Mariangela Acernese, Giuseppe Antonio Scioli, Luigi Perna

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

- Il posizionamento strategico dei Ser.D. nelle Case di Comunità: modelli di governance, stratificazione della domanda e sfide organizzative nell'era del DM 77/22 36
Felice Alfonso Nava
- Il "last mile" della sospensione metadonica: utilizzo della Passiflora incarnata 600 mg/die in tre pazienti con terapia sostitutiva di lunga durata 39
Giovanna Crespi
- Naltrexone come trattamento off-label delle compulsività in pazienti con disturbi del neurosviluppo: descrizione di due casi clinici 44
M. Marsetti, L.S. Noel, M. Campana
- Cibo, corpo e mente nei disturbi da uso di sostanze: il contributo del tecnico della riabilitazione psichiatrica nei percorsi riabilitativi comunitari 47
Gaia Liliana Carpinteri, Antonio Simula

RASSEGNA CLINICA DEL TABAGISMO, ANNO 1, N. 2

- Il Tabagismo come problema di sanità pubblica e come complesso Disturbo Neurobiologico e Sistemico 69
Marco Riglietta, Linda Daffini, Alfio Lucchini
- CITISINA: Un cambio di paradigma nel trattamento della dipendenza da nicotina? 71
Linda Daffini
- CITISINA: Profilo di tollerabilità, tossicologia clinica e identità fitoterapica 73
Linda Daffini
- Valutazione del rischio cardiovascolare del paziente afferente al Ser.D. e percorsi di cessazione dal fumo di tabacco 76
N. Rizzardi, L. Daffini, M. Campana

NOTIZIE IN BREVE

- Aggiornamento editoriale 80

FeDerSerD/FORMAZIONE

- Corso specialistico sugli aspetti medici in Alcolologia 46
- Corso di formazione per facilitatori Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP) 78

FrancoAngeli

Mission

ITALIAN QUARTERLY JOURNAL OF ADDICTION

Riflessioni sulla Relazione al Parlamento 2026 sul fenomeno delle Dipendenze

Il 24 giugno è stata ufficialmente presentata la Relazione al Parlamento 2026 sul fenomeno delle dipendenze con una conferenza stampa del Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio dei Ministri Alfredo Mantovano.

Appuntamento istituzionale previsto dalla normativa del DPR 309/90, finalizzato a certificare annualmente le attività realizzate in tema di contrasto al narcotraffico, ma soprattutto in tema di prevenzione e trattamento delle persone con i diversi tipi di dipendenza.

Il quadro che emerge non si discosta in misura significativa da quello rilevato nell'anno precedente: i dati sul sistema dei servizi e sui trend di consumo si confermano sostanzialmente stabili.

Permane tuttavia una criticità strutturale che non ha ancora trovato soluzione: la qualità e l'attendibilità del flusso informativo trasmesso dalle Regioni al Ministero della Salute risultano ancora carenti, così come gli indicatori attualmente in uso per il SIND si rivelano inadeguati a descrivere le caratteristiche strutturali e funzionali della rete dei servizi, Ser.D. e Terzo Settore, nella loro effettiva complessità.

Ribadiamo con forza l'urgenza di risolvere questa criticità: non è possibile fare scelte consapevoli di politica sanitaria, né avviare processi efficaci di pianificazione e programmazione in assenza di flussi informativi completi, affidabili e progettati per restituire la ricchezza e l'articolazione delle attività svolte dai servizi.

Il tema peraltro è stato oggetto di approfondimento nel corso dei lavori della VII Conferenza Nazionale Dipendenze di Roma e figura tra gli obiettivi prioritari fissati nelle conclusioni.

Nello specifico dei Servizi pubblici per le Dipendenze, i dati relativi al 2025 evidenziano 131.328 persone assistite per problematiche droga-correlate, di cui l'85% di sesso maschile e il 12% nuovi utenti. Il dato segna un incremento del 3,5% rispetto alle 126.919 persone registrate nell'anno precedente (il dato del 2024 che parlava di 134.443 assistiti è stato corretto successivamente).

Sappiamo bene che tale numerosità non corrisponde alla reale popolazione in trattamento presso i Ser.D.

In tutte le regioni e province autonome, l'utenza complessiva include persone in cura per le altre forme di dipendenza (alcol, tabacco, gioco d'azzardo patologico, dipendenze digitali e altri comportamenti a rischio), nonché i soggetti in carico per percorsi accertativi a valenza medico legale e per consulenze specialistiche.

Si stima che il numero degli assistiti raggiunga almeno 300.000 persone su base annua, a conferma dell'ampiezza e della complessità del mandato istituzionale dei Ser.D.

- **La riarchitettura dei servizi di alcologia nella rete territoriale del DM 77/22: modelli di stratificazione, skill mix e clinical governance**
Felice Alfonso Nava

- **Dalla resistenza alla risposta terapeutica: il valore della diagnosi differenziale continua**

I. Zunino, V. Camporota, B. Specchierla, C. Mitro, C. Varango

- **Titolazione individualizzata del sodio oxibato in un disturbo da uso di alcol con uso improprio di benzodiazepine: un case report sulla personalizzazione della cura e la gestione sequenziale degli obiettivi terapeutici**
Elena Tamussi

- **Come favorire un pattern "Gender responsive" nei contesti di cura per disturbo da uso di sostanze e alcol: una ricerca-intervento**
L. Pessina, G. Giudici, A. Greco

- **Studio ETHILFREE**

Un modello di medicina di prossimità per la presa in carico integrata dei pazienti con disturbo da uso di alcol e fragilità sociale nella ASL di Asti

S. Giunipero, M. Canicatti, S. Raffaelli, L. Bussolino, A. Romagnolo, M. Rosato, M.C. Turco

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno XII, n. 48

Mission

Italian Quarterly Journal of Addiction

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

FrancoAngeli

ANNO XX, 2026 - N. 74

Fe Der Ser D

Editor in Chief

Alfio Lucchini, Milano

Scientific Board

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

Editorial Board

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

Editorial Office

CeRCo, Milano
tel. 3356612717
missionredazione@gmail.com

Proprietà: FeDerSerD

Sede legale
Piazza Carlo Stuparich 8, 20148 Milano

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

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

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

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

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

Chiuso in redazione il 27/06/2026

ISSNe 3034-8986

Seguici su:



www.facebook.com/FeDerSerD/



@FeDerSerD



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



La stessa Relazione mette in luce una contraddizione di non poco conto: pur riconoscendo formalmente i Ser.D. come servizi specialistici di riferimento per tutte le forme di dipendenza, le analisi e le valutazioni contenute nel documento assumono come parametro di riferimento solo l'utenza per Disturbo da uso di stupefacenti. Ne derivano bias significativi nell'analisi dei dati relativi alle dotazioni di personale, al carico di lavoro effettivo ed alle caratteristiche dell'offerta assistenziale nei diversi territori; distorsioni che rendono impossibile una valutazione attendibile della reale portata dell'attività svolta dai servizi.

Questa enorme criticità richiederebbe una comunicazione chiara e sistematica, rivolta tanto ai parlamentari che ai mezzi di informazione ed ai diversi portatori di interesse.

Una corretta rappresentazione del fenomeno non può prescindere da una lettura accurata e completa dei bisogni dell'utenza, dell'impatto sociosanitario delle diverse forme di dipendenza, dell'organizzazione dei Servizi, del livello delle performance che devono essere assicurate e delle risorse che debbono essere investite.

Nella Relazione sono riportati 587 servizi, articolati in 636 sedi operative.

Il numero complessivo tra strutture ed équipe specialistiche raggiunge le 1.102 unità se si tiene conto anche del trattamento delle dipendenze correlate all'alcol, al gioco d'azzardo e ad altre forme di dipendenza comportamentale (in linea con le 1.134 unità riportate lo scorso anno).

La distribuzione territoriale continua a presentare differenze significative preoccupanti, che incidono sulla possibilità di accesso alle cure ed ai Livelli Essenziali di Assistenza.

I Ser.D. sono chiamati oggi più che mai a contrastare il bisogno sommerso, a proporre scelte organizzative e funzionali coerenti con la riforma della sanità territoriale descritta col DM 77/2022.

Con riferimento alla dotazione di personale, non essendo disponibili i dati ufficiali consolidati del 2025, viene riportata la situazione del 2024, che era di 6.198 professionisti.

Sappiamo a questo proposito dal report del Ministero della Salute e dal report OISED 2024 che il numero di professionisti è ormai sceso sotto i 6.000 operatori.

A questo proposito sarà importantissimo sapere come le Regioni abbiano investito i fondi straordinari stanziati con la Legge di Bilancio 2025, per il 30% vincolati all'assunzione a tempo indeterminato di operatori per i Ser.D. Tali risorse non devono essere utilizzate per coprire carenze della dotazione organica "ordinaria" (es. copertura del turnover), ma per ampliare la dotazione organica con personale aggiuntivo.

Alcune analisi della relazione offrono spunti di riflessione:

- si evidenzia il progressivo invecchiamento dell'utenza in trattamento considerata: l'età media si è attestata a 43 anni nel 2025, senza differenze rilevanti tra i sessi.

Le persone in trattamento si concentrano soprattutto nelle fasce adulte: il 27% tra i 40 e i 49 anni e il 26% tra i 50 e i 59 anni.

Le classi più giovani hanno inciso in misura più contenuta: il 12% degli utenti ha tra i 20 e i 29 anni e il 2% ha meno di 19 anni.

Aumenta di conseguenza l'utenza con condizioni di salute complesse e spesso croniche, con comorbidità cliniche e bisogni sociosanitari che non attengono tout court alla condizione di dipendenza ma alla perdita di autonomia personale;

- la quota di utenti in trattamento per oppiacei è diminuita in modo costante negli anni, passando dall'87% del 1999 al 70% nel 2009 fino all'attuale 57%; parallelamente, è aumentata la quota di utenti in carico per uso primario di cocaina e crack, che nello stesso arco temporale è passata dal 4,4% al 16% fino all'attuale 28%.

Anche le persone trattate per consumo primario di cannabinoidi sono aumentate, seppur in modo più contenuto, passando dall'8,2% del 1999 al 9,3% del 2009 fino al 13% nel 2025. Molto diffuso e pericoloso il policonsumo;

- tra i nuovi utenti la cocaina, insieme al crack, ha assunto un ruolo centrale, passando dal 31% del 2015 al 48% attuale;
- il trattamento farmacologico con agonisti è stato prescritto al 44% dell'utenza; il trattamento con metadone si è confermato quello prevalente (78%), con i farmaci a base di buprenorfina il restante 22%;
- i dati di screening per le patologie infettive correlate mostrano che la percentuale di assistiti testati per HIV, HBV e HCV è stata di poco superiore al 30%.

Per tutte e tre le infezioni emerge una marcata eterogeneità territoriale, sia nella copertura dei test sia nella numerosità dei casi positivi; tale evidenza richiederebbe uno specifico approfondimento, stante le numerose variabili in gioco;

- l'assistenza alle persone detenute con problematiche di dipendenza è stata garantita su tutto il territorio nazionale; sono presenti 36 Ser.D. intramurari (Lombardia, Liguria, Veneto, Toscana, Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia, Sicilia e Sardegna) e 152 équipe multiprofessionali dei Ser.D. pubblici all'interno dei 189 istituti penitenziari presenti sul territorio nazionale.

Nel corso del 2025, sono state 32.823 le persone detenute che hanno ricevuto almeno una prestazione assistenziale da parte dei Ser.D. (32% circa della popolazione carceraria).

Il 97% dell'utenza trattata è di sesso maschile, mentre il 45% è costituita da nuovi utenti e il 34% da persone di nazionalità straniera;

- i Pronto Soccorso nel 2025 hanno registrato 9.641 accessi per condizioni droga-correlate, con un aumento del 15% rispetto al 2024.

Per quanto riguarda gli esiti, circa un accesso su dieci ha comportato il ricovero (10%), principalmente nei reparti di psichiatria (39%), seguiti dalla terapia intensiva (19%) e dalla medicina generale (13%); quote più contenute hanno interessato i reparti pediatrici (7%) e quelli di neuropsichiatria infantile (1%);

- i decessi per intossicazione acuta da sostanze stupefacenti (rilevati dalle Forze di Polizia su base indiziarica) nel 2025 sono stati 249, un valore sostanzialmente in continuità con quello osservato negli ultimi tre anni; l'eroina ha progressivamente ridotto il proprio peso relativo in queste overdose, arrivando al 39% nel 2025; la cocaina ha mostrato una crescita costante ed è arrivata al 43% nel 2025.

Per quanto riguarda le strutture residenziali e semiresidenziali, queste sono in tutto 903, gestite per il 93% dal terzo settore, con 13.929 posti totali. Comprendono 764 residenziali (298 specialistiche, 466 terapeutiche), 14 ospedaliere per la disintossicazione e 135 strutture semiresidenziali.

Vi è una forte disomogeneità in Italia, con oltre il 60% delle strutture concentrate nelle regioni del Nord, il 20% in quelle centrali, il 14% in quelle meridionali e il restante 6% circa nelle regioni insulari.

200 sono i servizi di primo livello (39% pubblici e 61% del terzo settore), comprensivi di unità mobili, drop-in e pronta accoglienza a bassa soglia, impegnati nella prevenzione, nella riduzione del danno e nell'aggancio precoce di persone non ancora in cura presso i Ser.D. Nel 2025 sono state raggiunte 110.000 persone, oltre la metà delle quali mai intercettate in precedenza.

Il 26 giugno, in occasione della giornata mondiale contro l'abuso di droghe e il traffico illecito, abbiamo avuto il privilegio e l'onore di partecipare al ricevimento presso il Palazzo del Quirinale, alla presenza del Presidente della Repubblica Sergio Mattarella.

Le parole pronunciate dal Presidente hanno rappresentato un momento di significativo riconoscimento istituzionale, sottolineando con autorevolezza il valore dell'impegno che ogni giorno i professionisti del settore assicurano con dedizione e competenza.

Nei giorni successivi FeDerSerD ha ritenuto importante far pervenire al Presidente della Repubblica una lettera istituzionale, che di seguito si riporta, con l'obiettivo di descrivere con concretezza il lavoro quotidiano dei Ser.D. e di portare all'attenzione del Capo dello Stato le principali criticità che oggi pregiudicano l'effettiva e uniforme possibilità, per tutti i cittadini, di accedere a cure certe ed efficaci in ogni regione del Paese.

Roberta Balestra, Presidente FeDerSerD

Roma, 27 giugno 2026

LETTERA APERTA AL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Illustrissimo Signor Presidente della Repubblica,

La ringrazio a nome di FeDerSerD – Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze – per l'attenzione che Ella riserva al sistema dei servizi per le dipendenze e alle persone che affrontano le difficoltà connesse a questa patologia.

In occasione della Cerimonia al Quirinale del 26 giugno, non si è presentata l'opportunità di illustrarLe direttamente la realtà dei servizi specialistici pubblici. Riteniamo pertanto utile farLe pervenire la presente, con l'obiettivo di portare alla Sua attenzione un settore della sanità pubblica che svolge un ruolo di primaria importanza e merita una maggiore conoscenza e valorizzazione anche in sede istituzionale.

I circa 600 Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) sono presidi specialistici ad accesso diretto e gratuito, inseriti nella rete della sanità territoriale; svolgono funzioni di tutela della salute, prevenzione e cura delle molteplici forme di dipendenza, nonché delle problematiche socio-sanitarie correlate. Circa 6.000 operatori di diverse professionalità vi lavorano in équipe multiprofessionali, garantendo ai pazienti risposte personalizzate ed efficaci, in stretta collaborazione con i servizi sanitari e sociali, il terzo settore, i servizi del Ministero della Giustizia, il mondo della scuola e del lavoro. Sono circa 300.000 le persone annualmente in cura per dipendenze comportamentali, da sostanze stupefacenti, da alcol, da tabacco e da farmaci assunti senza prescrizione medica. I Ser.D. assicurano la propria presenza anche negli istituti penitenziari, dove il 34% della popolazione detenuta presenta problematiche correlate all'abuso di sostanze e a reati droga-correlati.

Il momento attuale è segnato da criticità di crescente rilevanza: si registra un progressivo aumento di persone che accedono ai nostri servizi con quadri clinici di complessità sempre maggiore e con bisogni sociali di carattere emergenziale, nonché una quota crescente di adolescenti e giovani adulti con nuove forme di malessere, che richiedono risposte innovative, articolate su diversi livelli di intensità assistenziale ed integrate con i servizi dell'età evolutiva.

Nell'ambito dei lavori dell'ultima Conferenza Nazionale sulle Dipendenze, alla quale Ella ha offerto un'alta ed apprezzata presenza istituzionale, gli operatori e i rappresentanti dei servizi pubblici e del terzo settore hanno concordemente individuato i principali nodi critici da affrontare ai diversi livelli della governance del sistema.

La Relazione al Parlamento, presentata il 24 giugno dal Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio dei Ministri On. Alfredo Mantovano, conferma come tali criticità costituiscano obiettivi prioritari per l'intero sistema dei servizi per le dipendenze nei prossimi anni.

Siamo profondamente preoccupati per le gravi conseguenze derivanti dalla persistente disomogeneità organizzativa tra le Regioni e per il divario nell'offerta prestazionale che, in alcuni territori, non garantisce i Livelli Essenziali di Assistenza previsti dalla normativa vigente. È necessario definire un nuovo assetto del sistema delle dipendenze, che assicuri omogeneità ed equità nell'accesso alle cure su tutto il territorio nazionale. Permane, inoltre, una scarsa conoscenza della disciplina delle dipendenze anche in ambito sanitario, conseguenza dell'assenza di un insegnamento strutturato nei percorsi formativi accademici e nelle scuole di specializzazione post-laurea. A ciò si aggiunge una visione sociale ancora stigmatizzante e colpevolizzante, che acuisce la solitudine e la sofferenza dei pazienti e dei loro familiari, ritardando di molti anni la richiesta di aiuto e l'accesso al trattamento. La presenza strutturata dei professionisti dei Ser.D. anche nelle Case della Comunità potrà rappresentare una scelta strategica per favorire l'intercettazione precoce del disagio e la presa in carico tempestiva.

Da oltre 25 anni la nostra società scientifica promuove la qualità e il valore del lavoro dei servizi pubblici per le dipendenze. FeDerSerD conferma il proprio impegno a collaborare con le Istituzioni nazionali e regionali per contribuire allo sviluppo di una governance efficace, capace di rispondere con concretezza alle sfide che il settore è chiamato ad affrontare.

In tale prospettiva, riveste particolare importanza il lavoro che si sta sviluppando in modo sinergico tra i rappresentanti del Sistema dei Servizi per le dipendenze e il Dipartimento delle politiche contro la droga e le altre dipendenze, con l'obiettivo di dare attuazione agli impegni definiti dalla VII Conferenza Nazionale sulle Dipendenze e di predisporre il nuovo Piano d'Azione Nazionale Dipendenze.

Voglia gradire, Signor Presidente, l'espressione della nostra più alta stima e della nostra considerazione istituzionale.

Con deferente ossequio.

La Presidente Nazionale FeDerSerD
Roberta Balestra



GL Pharma

Il tuo partner per prodotti farmaceutici di prima classe



GL®Pharma

Contaminazioni

Maurizio Fea

Tutto può essere trasformato in numero, finanziarizzato e diventare oggetto di scommesse

Jamie L Pietruska¹ professoressa associata di storia presso la Rutgers University nel New Jersey, Stati Uniti si è occupata dei mercati predittivi che occupano il mondo delle scommesse e alimentano futuri distopici: **il mercato delle catastrofi**.

Un uragano di categoria 5 toccherà terra negli Stati Uniti prima del 2027? Ci sarà un mega terremoto entro il 30 giugno? Il 2026 sarà l'anno più caldo di sempre?

Puoi scommettere su questi e decine di altri disastri nei mercati di previsione online.

Kalshi e Polymarket, dove gli utenti scambiano quote "sì" e "no" sull'esito di eventi futuri in politica, sport, cultura popolare, economia e meteo. Tra le categorie di tendenza come "Ucraina", "Trump" e "Criptovalute" si trovano mercati di eventi su "Uragani", "Disastri naturali" e "Cambiamenti climatici".

Anche i *like* o gli emoticon utilizzati sulle piattaforme social possono essere contati e così generare delle quantità che traducono i sentimenti, le emozioni, le idee in profitto per chi mette all'asta questi dati e li vende al migliore offerente sul mercato. Tutto quello che può essere contato diventa materia di speculazione, strumento di marketing aggressivo, illusione per chi ama scommettere su eventi futuri.

Dopo il terremoto e l'incendio di San Francisco del 1906, il *New York Times* pubblicò un articolo intitolato "Mercati delle catastrofi" che analizzava l'impatto, seppur di breve durata, del disastro sui prezzi delle azioni.

Gli odierni mercati delle catastrofi online sono mercati letteralmente *in preda* al disastro. Le persone scommettono sulla probabilità che si verifichino disastri e sulla loro gravità. Questi mercati sollevano alcuni interrogativi, tra cui: cosa c'è in gioco, oltre al denaro? Che tipo di riflessione sul rischio promuovono e, al contrario, ostacolano nella società?

Il capitalismo ha trasformato l'incertezza meteorologica in un rischio calcolabile, la quantificazione dei sentimenti ed emozioni in una fonte di profitto, i giochi d'azzardo in risorse economiche per governi incapaci di trovare risorse eque.

Le nette distinzioni tra gioco d'azzardo e speculazione spesso appaiono confuse a un'analisi più attenta. Tali

distinzioni sono tipicamente tentativi, basati sulla classe sociale, di legittimare le pratiche finanziarie dell'élite screditando i comportamenti economici, ritenuti irrazionali, dei non appartenenti all'élite.

Nel 1907, il *New York Times* osservò che: "Da un punto di vista filosofico, ogni assicurazione è un gioco d'azzardo". Se il disastro si verifica, gli investitori possono perdere tutto, ma se non si verifica, se ne vanno con rendimenti a doppia cifra. I contratti per eventi catastrofici rappresentano l'ultima e più letterale espressione dei mercati delle catastrofi.

Il co-fondatore di Kalshi, Tarek Mansour ha dichiarato a Bloomberg nel dicembre 2025 che "la visione a lungo termine è quella di finanziarizzare tutto e creare un asset negoziabile da qualsiasi differenza di opinione". Utilizzando un linguaggio populista e neoliberista come "livellemento del campo di gioco" e "mercato delle idee", il sito web di Kalshi esalta la capacità predittiva della gente comune, in contrapposizione all'esperienza dell'élite finanziaria. Si tratta di un classico approccio alla previsione basato sulla "saggezza della folla". Ma la folla non è comunità come dice Naomi Klein.

Scommettere sui disastri potrebbe sembrare un'altra, seppur particolarmente grottesca, versione del capitalismo dei disastri. L'autrice e attivista Naomi Klein ha originariamente individuato questo fenomeno nelle conseguenze di eventi traumatici come guerre e calamità naturali, quando le industrie private emergono per trarre profitto dalla catastrofe e i governi colgono l'occasione per portare avanti le agende economiche neoliberiste di privatizzazione e deregolamentazione. Altri studiosi hanno utilizzato il concetto in senso più ampio per esaminare il business delle catastrofi e come queste avvantaggino il capitalismo.

Il "complesso del capitalismo dei disastri" che Klein identifica all'incrocio tra potere neoliberista e potere aziendale in *The Shock Doctrine* (2007) assume una forma diversa nei mercati online delle catastrofi: questi mercati segnalano una nuova versione del capitalismo dei disastri in cui transazioni finanziarie, visualizzazioni di dati e utenti sono consolidati in un'unica piattaforma, facilitando le scommesse su una serie di impatti climatici in seguito all'anno più caldo mai registrato (2024) e alla prima volta

in cui le temperature medie globali hanno superato l'aumento di 1,5 °C rispetto ai livelli preindustriali.

L'indignazione morale per il gioco d'azzardo sulla morte e sulla distruzione si è rapidamente affievolita con l'evolversi del ciclo di notizie sul disastro successivo.

Ma i mercati degli incendi boschivi raccontano una storia più complessa e forse ancora più inquietante sul capitalismo del disastro, sulla finanziarizzazione della catastrofe e su come gli esseri umani, compresi gli stessi scommettitori degli incendi, cerchino di dare un senso a cosa significhi scommettere sul disastro in criptovaluta mentre il pianeta brucia.

I mercati degli eventi online non si limitano a fare previsioni; possono anche avere un impatto sul nostro futuro ambientale. Gli utenti di Kalshi possono collegare i loro portafogli di criptovalute, insieme a conti bancari e carte di debito, e Polymarket è una piattaforma di scambio basata su blockchain che utilizza esclusivamente criptovalute. L'insaziabile fabbisogno energetico del mining di criptovalute e dei data center che supportano i mercati degli eventi online contribuisce, ironicamente, proprio all'aumento delle temperature su cui scommettono gli speculatori sui disastri. Nei mercati delle catastrofi, gli effetti economici e gli impatti climatici si alimentano a vicenda in un circolo vizioso: più scommettitori producono più dati, che richiedono più energia, che contribuisce a maggiori impatti climatici, che generano più catastrofi su cui scommettere, che attraggono più scommettitori, e così via.

In questo modo, i mercati delle catastrofi possono aumentare le disuguaglianze esistenti tra capitalismo e cambiamento climatico.

Le criptovalute sono ormai considerate una classe di asset importante, con una capitalizzazione di mercato combinata di migliaia di miliardi e una proprietà in gran parte controllata da piattaforme di scambio di criptovalute e dalle cosiddette "balene". Mentre la ricchezza derivante dalle criptovalute si concentra nelle mani dell'élite finanziaria del Nord del mondo, i suoi costi ambientali ricadono in modo sproporzionato sul Sud del mondo, causando ondate di calore, siccità, devastazione dei raccolti e sfollamenti. Il mining di criptovalute è tristemente noto per il suo elevato consumo di energia elettrica e per l'inquinamento atmosferico causato dal particolato fine.

Scommettere su un evento catastrofico come gli incendi di Los Angeles sembra moralmente diverso dal gioco d'azzardo nei casinò o dalle scommesse sportive. Eppure "Incendi" e "Meteo" erano solo due delle 30 categorie di tendenza su Polymarket nel gennaio 2025, normalizzate dalla loro presenza accanto ad altri mercati di attualità, tra cui, nel febbraio 2026, Trump, Iran, Olimpiadi, intelligenza artificiale e blocco del governo. Polymarket e Kalshi offrono diverse visualizzazioni di dati simili a una

dashboard di finanza personale, standardizzando tutte le proposte in una serie di indicatori, ad esempio percentuale di probabilità, volume e potenziale rendimento.

L'effetto è quello di creare l'illusione di un controllo umano su un'incertezza vertiginosa.

Questa illusione è ciò che si impone alla mente sia del giocatore d'azzardo che dello speculatore, quando mettono una posta su un evento (roulette, estrazione di numeri, eventi climatici, risultati elettorali e sportivi) ed è su questa illusione che il capitalismo scommette per alimentare i suoi profitti a danno delle parti più deboli del mondo, sia individui che comunità.

Le dashboard dei mercati predittivi e dei siti di gioco indicano il rischio finanziario individuale mostrando il numero e il valore delle quote "sì/no" rispetto alla massa in un dato mercato delle catastrofi o in un evento sportivo, creando la finzione di un controllo individuale sulla complessità e l'incertezza. Il rischio percepito da uno scommettitore è probabilmente molto distante dal pericolo fisico in sé e dalla comunità più ampia che lo subisce.

I mercati delle catastrofi producono un rischio finanziario individualizzato basato sulla sofferenza collettiva.

Non diversamente accade con i giochi d'azzardo, quando dichiarano le probabilità di vincita ad un determinato gioco: spostano sul comportamento del singolo individuo la responsabilità della scelta, trascurando il fatto che la stessa scelta può influire sulla vita di numerose persone.

Il capitalismo finanziario oscura gli scenari su cui prendono forma quegli eventi (catastrofi, giochi, scommesse), promuove e consente scelte e decisioni individuali di cui ciascuno viene ritenuto responsabile ed allo stesso tempo impotente protagonista in quanto malato, nel caso del gioco d'azzardo e dei social network.

I professionisti della salute sono consapevoli di ciò che il mondo finanziario produce e sanno riconoscere lo scenario entro cui vengono collocati i malati di gioco e i disperati dei social?

Ci puoi scommettere con un Sì o un No.

Referenze

How Prediction Markets Are Taking Control of Everything

Pubblicazione: The New Republic

Data: 11 maggio 2026

Autore: David Futrelle

Note

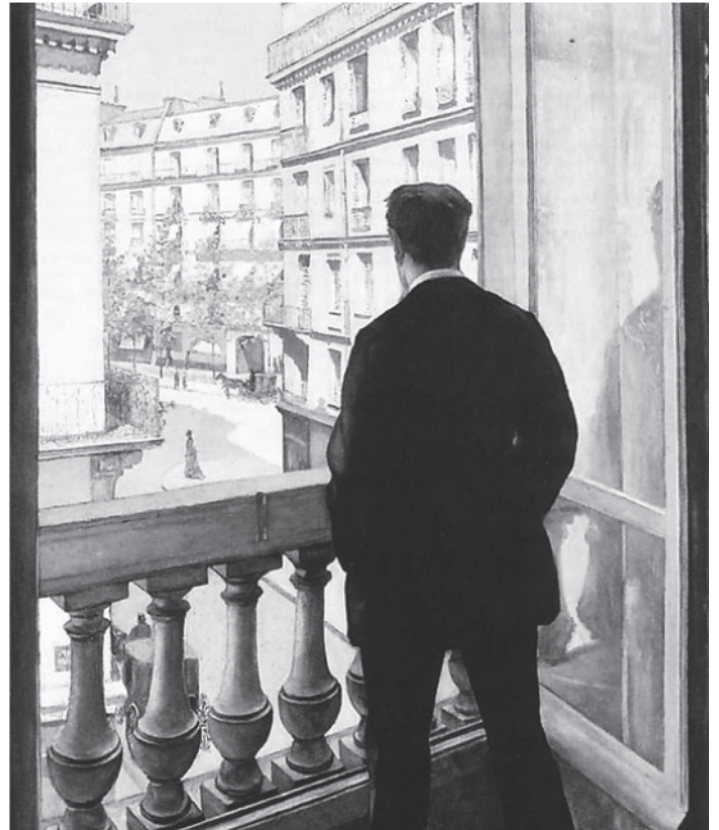
1. https://aeon.co/essays/what-is-the-real-cost-of-betting-on-weather-catastrophes?utm_source=Aeon+Newsletter&utm_campaign=43749ea20c-EMAIL_CAMPAIGN_2026_03_27&utm_medium=email&utm_term=0_-62b901ec41-73492040.

La Finestra dei consumatori

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

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

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



Dottore

vogliamo il dottore vicino
e della sana droga
sotto il suo diretto controllo
buona.
E che ogni tanto
ci controlli la pressione
e ci dica
basta... così può andare avanti.

Vogliamo
un dottore
che ci segua da vicino!
E della sana droga
o droga sana!
O dottoressa

(Anonimo)

Area Dipendenze, ASUGI Trieste

Poetry Corner/Rubrica di poesia

Enzo Lamartora

Bernardo Pacini è nato nel 1987 a Firenze, dove vive.

Si è laureato in Filologia moderna all'Università di Firenze.

Ha pubblicato i libri di poesia *Cos'è il rosso* (Edizioni della Meridiana, 2013), *Per favore rimanete nell'ombra* (Origini Edizioni, 2015), *La drammatica evoluzione* (Oèdipus, 2016), *Fly mode* (Amos Edizioni, 2020) e *Ipotesi sul mio disfacimento* (Mar dei Sargassi, 2024).

Nel 2019 è stato incluso nell'antologia *Poeti italiani nati negli anni '80 e '90* (Interno Poesia).

Ha tradotto con Clarissa Amerini i poeti Bill Knott (*Volarsi dentro*, Italic Pequod, 2022) e Russell Edson (*Il tunnel*, Taut, 2022), con prefazioni di Charles Simic.

Nel 2021 ha cofondato la rivista *layOut magazine*.

Di seguito, quattro poesie tratte dalla raccolta *Ipotesi sul mio disfacimento*, Mar dei Sargassi, Portici, 2024.

Mi piace molto aprire la macchina
quando sono a una certa distanza.
Premo da dove lo permette l'elettronica
lo faccio soprattutto se qualcuno
si trova nei dintorni della macchina
così che sia allertato dal vedere
i fari d'improvviso illuminarsi.
In questo modo riesco a interagire
di nascosto con lo sconosciuto
mi introduco nel suo quotidiano
lo distruggo o infastidisco, gli instillo
un dubbio strisciante, che indaghi
senza un motivo apparente
su chi e dove sia il proprietario dell'auto –
così che gli affiori alla mente
un pensiero infantile di correlazione:
l'ho fatta scattare con gli occhi
ho un grande potere su tutto il reale.

*

Tu, con me, fai come le gattare di paese.
Mi lanci palline, pezzetti di spago, m'inganni
accartocciando la bustina del mangiare, strofini
le dita, zippo irresistibile incendiario.
Fai uno due tre stella, mi incanti con la nenia
coreana che improvvisi, mi spari, poi sparisce.
Tu metti a dura prova la mia mediocrità.
Io ci provo ad avvertire della trappola il respiro
ma tu mi schianti a terra con un powerslam
di grazia – la crepa che spalanco ti permette
di calarti col tuo vero nel mio falso, o viceversa.

*

Quanto a me, oggi ho detto sì al sorriso
sgranato di mio figlio che ha infranto
il mutismo dalla macchina chiedendo
di portarlo dal carwash.
Ho detto sì, stordito come sempre
nell'auto ancora oggi mai lavata
stravolta e polverosa: taralli, fogli vari
frantumi di plastica e cartone
insieme al rifiuto più ingombrante:
io, che comunque ha detto sì.

*

Il mio passato è la luce bianca che illumina
la sala espositiva dei pianoforti
all'ora di chiusura. Una donna coreana
sta suonando, non sa di essere veduta.
La ritraggo malamente con lo smartphone
da dietro la vetrina. Se entrassi
potrei ascoltare quel pezzo di Grieg
che non ho mai finito di studiare
quando al quarto ho abbandonato
velluto e madreperla. Ora che lei se ne è andata
la sala è silenziosa, i tasti e il carapace
dei mezza coda neri luccicano quieti
mentre il vuoto si esibisce.
Il mio passato ora risuona tra la corda
e il feltro del martelletto.

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

Il craving nei resoconti narrativi dei pazienti tra “tentazione” e “pensiero desiderante”

Francesca Costantini*

Riassunto

■ Il craving si riferisce a un'esperienza soggettiva di desiderio intenso, un'urgenza di usare una sostanza o di impegnarsi in un comportamento (Drummon et al., 2001; Drummond et al., 2002). Attualmente, il craving è riconosciuto come uno dei criteri principali per la diagnosi dei disturbi correlati a sostanze e dei disturbi da dipendenza (DSM5, Apa, 2013), incluso nel raggruppamento di criteri relativi alla compromissione del controllo dell'uso di sostanze ed è un fattore centrale nel mantenimento della dipendenza (Hasin et al., 2013; Romanczuk-Seiferth, Van Den Brink & Goudriaan, 2014). Secondo il DSM-5, il craving può essere definito come un'“urgenza o desiderio intenso” prontamente stimolato da fattori interni ed esterni precedentemente associati alla sostanza, elementi in grado di svolgere un ruolo di “trigger”, ovvero di “innesco”, che innesca, attraverso un meccanismo di condizionamento e per associazione di idee, il desiderio di gratificazione ottenuta chimicamente (Tiffany & Conklin, 2000). Due forme distinte di craving dal punto di vista delle aspettative del paziente: da un lato, la preoccupazione di assumere la sostanza per evitare l'astinenza, definita “craving negativo”; dall'altro, la compulsione verso la sostanza guidata dall'aspettativa di incentivi, di gratificazione. In questo caso, la ricerca di una “ricompensa” produrrebbe un “craving positivo” (Tiffany & Conklin, 2000). La ricerca ha dimostrato che il craving è qualitativamente simile in tutti i domini target, inclusi alcol e tabacco (Castellani & Rugle, 1995; Field, Schoenmakers & Wiers, 2008). Negli ultimi 40 anni, sono stati proposti diversi modelli per concettualizzare il craving; i modelli comportamentisti lo hanno concettualizzato come un epifenomeno dei processi di condizionamento classico e operante (ad esempio, Ludwig & Wikler, 1974; Stewart, Dewit & Eikelboom, 1984), mentre i modelli cognitivi hanno sottolineato che il funzionamento cognitivo di ordine superiore e il modo in cui vengono elaborate le informazioni sono centrali nell'attivazione del craving (Tiffany, 1999). Tra i costrutti cognitivi proposti negli ultimi anni vi è quello del “pensiero del desiderio” o pensiero di volere, che sembra svolgere un ruolo nell'escalation e nella persistenza del craving negli individui dipendenti (Caselli & Spada, 2010, 2011; Kavanagh et al., 2009). Lo scopo di questo breve articolo è quello di stimolare, tra i clinici che lavorano con pazienti affetti da disturbi da uso di sostanze (SUD), una riflessione sulle analogie esistenti tra il costrutto e il meccanismo d'azione del “pensiero del desiderio” e quello della “tentazione” così come teorizzato dai Padri della Chiesa. L'analogia e il paragone tra tentazione e pensiero del desiderio vanno qui intesi come del tutto scevri da connotazioni etico-morali e/o religiose e considerati solo ed esclusivamente come un confronto tra due costrutti cognitivo-emotivi ben definiti. Nei resoconti narrativi dei pazienti, sia laici che cattolici, raccolti da terapeuti clinici (sia laici che cattolici), le espressioni “tentazione” e “liberazione” relative al craving sono spesso presenti. Alla fine dell'articolo discuteremo la possibilità di modificare queste strategie di coping disfunzionali e disadattive. ■

Parole chiave: Craving, Modello comportamentale, Modelli cognitivi, Pensiero desiderante, Metacognizione, Tentazione, Psicoterapia.

Summary

■ Craving refers to a subjective experience of intense desire, an urgency to use a substance or to engage in a behavior (Drummon et al., 2001; Drummond et al., 2002). Currently, craving is recognized as one of the main criteria for the Diagnosis of Substance-Related Disorders and Addiction Disorders (DSM5, Apa, 2013), included in the grouping of criteria related to the impairment of substance use control and is a central factor in the maintenance of addiction (Hasin et al., 2013; Romanczuk-Seiferth, Van Den Brink & Goudriaan, 2014). According to the DSM-5, craving can be defined as an ‘intense urgency or desire’ readily stimulated by internal and external factors previously associated with the substance, elements capable of playing a ‘trigger’ role, that is, ‘trigger’, which initiate through a mechanism of conditioning, and by association of ideas, the desire for chemically obtained gratification (Tiffany & Conklin, 2000).

Two distinct forms of craving from the patient's expectations perspective: on one hand, the concern of taking the substance to avoid withdrawal, referred to as “negative craving”; on the other hand, the compulsion towards the substance driven by the expectation of incentives, of gratification. In this case, the search for a “reward” would produce a “positive craving.” (Tiffany & Conklin, 2000) Research has shown that craving is qualitatively similar across all target domains, including alcohol, tobacco (Castellani & Rugle, 1995; Field, Schoenmakers & Wiers, 2008). Over the past 40 years, several models have been proposed to conceptualize craving; behaviorist models have conceptualized it as an epiphenomenon of classical and operant conditioning processes (e.g., Ludwig & Wikler, 1974; Stewart, Dewit & Eikelboom, 1984), while cognitive models have emphasized that higher-order cognitive functioning and the way of processing information is central to the activation of craving (Tiffany, 1999). Among the cognitive constructs proposed in recent years is that of ‘desire thinking’ or wanting thought, which seems to play a role in the escalation and persistence of craving in dependent individuals (Caselli & Spada, 2010, 2011; Kavanagh et al., 2009). The purpose of this brief article is to stimulate, among clinicians working with patients affected by substance use disorders (SUD), a reflection on the existing analogies between the construct and the mechanism of action of ‘desire thinking’ and that of ‘temptation’ as theorized by the Church Fathers. The analogy and comparison between temptation and desire thinking should be understood here as entirely free from ethical-moral and/or religious connotations and considered solely and exclusively as a comparison between two well-defined cognitive-emotional constructs. In the narrative accounts of patients, both lay and Catholic, collected by clinical therapists (both lay and Catholic), the expressions “temptation” and “liberation” related to craving are often present. At the end of the article, we will discuss the role of metacognition on craving and desire thinking and the possibility of modifying such dysfunctional and maladaptive coping strategies. ■

Keywords: Craving, Behavioral model, Cognitive models, Desire thinking, Metacognition, Temptation, Psychotherapy.

Articolo sottomesso: 01/06/2025, accettato: 08/07/2025

* Dirigente psicologo psicoterapeuta. DSM-DP ASL Roma5. Ser.D. Palestrina.

Introduzione

Il craving si riferisce a un'esperienza soggettiva di intenso desiderio, un'urgenza di usare una sostanza o di eseguire un comportamento (Drummon *et al.*, 2001; Drummond *et al.*, 2002). Questo concetto si è evoluto nel tempo ed è stato spiegato secondo diversi modelli teorici (Brousse *et al.*, 2014).

Attualmente, gli autori concordano sul fatto che si tratta di un fenomeno complesso e multidimensionale, che coinvolge componenti cognitive, emotive, sensoriali e fisiologiche (Rosemberg, 2009; Auriacombe *et al.*, 2016).

Il craving è un fenomeno transdiagnostico che si manifesta qualunque sia la sostanza o il comportamento di dipendenza, e trascende la loro specificità (Bosc *et al.*, 2012).

Distinto dalla sindrome da astinenza a causa della sua persistenza nel tempo e delle attività fisiologiche sottostanti (Auriacombe *et al.*, 2018), il craving è oggi al centro della definizione di disturbi da dipendenza (Brousse *et al.*, 2014; Anton, 1999) a causa del suo valore diagnostico e prognostico (Auriacombe *et al.*, 2016; Vafaie *et al.*, 2022).

Dal 2013 è un criterio nosografico che contribuisce alla Diagnosi dei disturbi da uso di sostanze (APA, 2013). Due le forme di craving distinte dal punto di vista delle aspettative del paziente: da un lato la preoccupazione di assumere la sostanza per evitare l'astinenza che viene definita "craving negativo", dall'altro la compulsione nei confronti della sostanza sostenuta dall'aspettativa di una incentivazione, di una gratificazione. In questo caso la ricerca di un "reward" produrrebbe un "craving positivo" (Tiffany & Conklin, 2000). Diverse terapie, ed in particolare le terapie cognitivo-comportamentali, si sono dimostrate efficaci nel ridurre i comportamenti di dipendenza (Carroll, 2000; McCrady, 2000; McGovern & Carroll, 2003), tuttavia alcuni pazienti continuano a manifestare sintomi residui, tra cui il craving, che è stato costantemente ritenuto un fattore predittivo di ricaduta (Anton, 1999; Breese *et al.*, 2011; Drummond, 2001; Marlatt, 1978; Shadel *et al.*, 2011). Affrontare il craving rimane quindi di centrale importanza nel trattamento efficace a lungo termine dei comportamenti di dipendenza (O'malley *et al.*, 2002; Paille *et al.*, 1995; Oei *et al.*, 2010).

Craving: evoluzione ed inquadramento psicologico del costrutto

Nel 1955 Jellinek e colleghi riconobbero per la prima volta il craving come componente centrale della sindrome da dipendenza da alcol.

Nei Disturbi da Uso di Sostanze, secondo la definizione di Cibi (1993), il craving è concettualizzato come un desiderio irrefrenabile di assumere una sostanza, un desiderio che, se non soddisfatto, può provocare sofferenza fisica e psichica, accompagnata da astenia, anoressia, ansia, insonnia, irritabilità, aggressività, depressione o iperattività. Marlatt (1987) ha definito il craving come una esperienza soggettiva che motiva la persona a raggiungere un oggetto desiderato allo scopo di ottenere i suoi effetti piacevoli. Il craving, come confermato da centinaia di ricerche scientifiche, ha un ruolo cruciale sia nello sviluppo delle dipendenze patologiche sia nelle ricadute (Flannery *et al.*, 2003; Gordon *et al.*, 2006) ed è una esperienza qualitativamente simile per la maggior parte di esse.

Verso la metà degli anni '70 del secolo scorso i modelli di tipo comportamentista hanno concettualizzato il craving come

epifenomeno di processi di condizionamento classico e operante (e.g., Ludwig & Wikler, 1974; Stewart, Dewit & Eikelboom, 1984). Il modello più influente di craving condizionato è stato sviluppato da Wikler (1948), il quale ipotizzò che stimoli associati ripetutamente all'astinenza da alcol e/o da altre droghe potessero trasformarsi in stimoli condizionati che inducevano effetti di astinenza condizionati, i quali, a loro volta, avrebbero generato craving. I tossicodipendenti che provavano craving sarebbero stati motivati a cercare e utilizzare alcol o altre sostanze per alleviare gli effetti di astinenza condizionati. Sebbene questo modello fosse stato originariamente sviluppato per spiegare la dipendenza da eroina, i ricercatori lo hanno applicato anche ad altre droghe, tra cui l'alcol (ad esempio, Ludwig & Wikler, 1974). Per quanto riguarda il craving alcolico, un calo dei livelli di alcol nel sangue sarebbe considerato lo stimolo incondizionato che attiva la risposta incondizionata (ovvero l'astinenza da alcol). Stimoli o situazioni associati in modo affidabile a un calo dei livelli di alcol nel sangue diventerebbero stimoli condizionati.

Di seguito riporto lo stralcio di un colloquio clinico di un mio paziente che non beveva da 3 settimane: "negli ultimi giorni il pensiero dell'alcol si è riaffacciato alla mente; mi arrivano ricordi in cui il bere mi appagava. Ieri mi sono ritrovato al bar senza averlo pianificato; dopo essere entrato la vista del bancone mi ha fatto sudare le mani...".

La spiegazione convenzionale per questo scenario, basata sui modelli di condizionamento classico, è relativamente semplice: nel corso di una lunga storia di consumo di alcol, stimoli ed eventi abitualmente associati al consumo di alcol (ad esempio, la vista di un bar) diventano stimoli condizionati, ovvero inducono le stesse risposte prodotte dall'alcol stesso. Questi stimoli condizionati attivano stati motivazionali condizionati che producono esperienze di desiderio, reazioni fisiologiche e comportamenti di ricerca dell'alcol. Numerose componenti dello scenario descritto tuttavia vanno oltre i semplici processi di condizionamento. Ad esempio, la scena immaginaria include descrizioni di *ricordi* specifici legati all'alcol, *aspettative positive* riguardo al consumo di alcol, *difficoltà di concentrazione*, decisioni sul bere, *attenzione focalizzata* sui segnali alcolici, *interpretazioni* di reazioni fisiologiche e *comportamenti automatici* (ovvero, automaticità), tutti concetti cognitivi. I modelli cognitivi sviluppatasi negli anni '80-'90 del secolo scorso suggeriscono che il funzionamento cognitivo ed i processi mentali di ordine superiore implicati nella elaborazione delle informazioni siano centrali nella attivazione e nell'escalation della esperienza del craving, come riportato nella tabella seguente (Tiffany, 1999).

Più recentemente, le ricerche condotte da Kavanagh e collaboratori (Kavanagh, Andrade & May, 2005; Kavanagh, May & Andrade, 2009) hanno definito il craving come un "evento cognitivo carico affettivamente" in cui un oggetto o attività e il piacere o il sollievo ad esso associati sono al centro della attenzione del soggetto (Kavanagh *et al.*, 2005; Kavanagh *et al.*, 2013): la sua durata, la frequenza e intensità sono il risultato della combinazione di processi condizionati (non consapevoli, automatici) e di processi cognitivi volontari.

Secondo questo punto di vista, definito Teoria dell'Intrusione Elaborata, quando una informazione su un obiettivo desiderato si intromette (intrude) nella coscienza, viene percepita come spontanea e induce il craving (Bywaters, Andrade & Turpin, 2004; Witvliet & Vrana, 1995).

La teoria del desiderio dell'IE postula che i trigger interni (ad esempio, lo stress) o esterni (ad esempio, la visualizzazione di un'immagine/stimolo specifico relativo all'obiettivo desiderato) attivano i pensieri individuali su un obiettivo o un'attività desiderata (ad esempio, le sue conseguenze positive o il senso

Tab. 1 - Craving: modelli Cognitivi (Tiffany, 1999), p. 218

Modello	Caratteristiche principali
Cognitive labeling model (Poulos <i>et al.</i> , 1981)	Tale modello è una variante della teoria cognitivo-attivazionale delle emozioni di Schachter Singer (1962). In questo modello il craving è un'emozione generata dopo l'esposizione a segnali legati all'alcol e alle droghe che portano sia a una attivazione fisiologica condizionata che a una risposta cognitiva che identifica ed etichetta cognitivamente tale attivazione come craving; l'intensità del craving dipende dall'intensità dell'attivazione fisiologica.
Outcome expectancy model (Marlatt, 1985; Goldman e Rather 1993)	Il craving è generato dalla esposizione a segnali ambientali legati all'alcol o alle sostanze che scatenano aspettative positive sull'alcol e le sostanze.
Dual affect Model (Baker <i>et al.</i> , 1987)	Il craving può essere generato sia da sistemi emotivi negativi (ad es., stati emotivi negativi, eventi avversi e astinenza) sia da sistemi emotivi positivi (ad es., stati emotivi positivi e consumo di piccole dosi di sostanza o alcol). Il craving da affetto positivo e quello da affetto negativo sono mutuamente esclusivi; l'entità del craving dipende dall'entità attivata dei sistemi affettivi positivi o negativi.
Cognitive processing model (Tiffany & Conklin, 2000)	Il modello di elaborazione cognitiva propone che l'uso di droghe possa avvenire indipendentemente dai processi che controllano il craving. Secondo questo modello, l'uso di droghe psicotrope è regolato da processi cognitivi automatici, mentre il craving rappresenta l'attivazione di processi non automatici. Questi processi non automatici vengono attivati per aiutare a completare l'uso di droghe interrotto o per bloccare le sequenze automatiche di uso di droghe.

di privazione). Quando il piacere associato all'obiettivo/attività desiderata o la sensazione di privazione diventa molto forte, queste associazioni diventano coscienti, vengono elaborate cognitivamente e provocano l'esperienza del craving (Bywaters *et al.*, 2004). L'escalation e la persistenza del craving dipendono dall'attivazione di un processo cognitivo chiamato *desire thinking* o "pensiero desiderante" (Caselli & Spada, 2010, 2011; Kavanagh *et al.*, 2009).

Il pensiero desiderante: cosa è e cosa lo guida

Il pensiero desiderante (*desire thinking*) può essere concettualizzato come una forma volontaria di pensiero perseverante che comporta l'elaborazione di un obiettivo desiderato (uno stato, un oggetto o una attività) sia a livello immaginale che verbale (Caselli & Spada, 2011).

Una caratteristica specifica del pensiero desiderante è la creazione di *immagini mentali* (*imaginal prefiguration*) multisensoriali (che integrano vista, udito, olfatto) positive ed anticipatorie dell'oggetto desiderato, o immagini che rievocano il ricordo piacevole e la gratificazione che l'oggetto o l'attività hanno procurato in passato, cioè la persona crea attraverso l'immagine mentale un'anticipazione delle sensazioni piacevoli che può trarre da quell'attività o target. L'immaginazione può generare una risposta cerebrale di piacere molto simile a quella ottenuta dall'esperienza diretta.

Un recente studio qualitativo svedese (Månsson *et al.*, 2022) ha analizzato l'esperienza di craving in un campione formato da 21 persone, di cui 10 con disturbo da uso di alcol e 11 con diagnosi di gioco d'azzardo patologico (GAP). Attraverso un'intervista semi-strutturata si è cercato di conoscere in modo più preciso il vissuto dei pazienti e nello specifico sono stati esplorati i seguenti elementi caratterizzanti il craving: la modalità di pensiero (immaginativa o verbale); il contenuto; le strategie di *coping*; il contesto. L'analisi tematica ha dimostrato che inizialmente il craving è sostenuto e caratterizzato prioritariamente da immagini relative alle azioni/rituali preparatori che caratterizzano il comportamento di dipendenza e all'anticipazione delle sensazioni percettive legate all'uso della sostanza o al comportamento oggetto della dipendenza.

Un'altra caratteristica del pensiero desiderante è l'attuazione di un *dialogo interiore prolungato* (*verbal perseveration*) sui benefici e l'eventuale gratificazione connessi al raggiungimento dell'obiettivo desiderato ("giocare online mi aiuta a calmare la mente"), con la conseguente attivazione di pensieri ripetitivi su valutazioni, in termini di disponibilità di risorse o capacità necessarie ("ho tempo di giocare online questa sera?"), e piani di azione possibili per raggiungere il fine ("appena uscirò dal lavoro passerò nella sala slot").

Caselli e Spada (2011) sostengono che, nel breve periodo, il pensiero desiderante aiuta a gestire il craving spostando l'attenzione da questa esperienza alla "pregustazione" dell'ottenimento dell'oggetto, attraverso la creazione di immagini mentali, pensieri verbali e ricordi.

Tuttavia, a medio e lungo termine, il pensiero desiderante porta a un'escalation del craving poiché l'obiettivo desiderato viene costantemente immaginato ma non raggiunto. Questo, a sua volta, fa sì che l'obiettivo desiderato venga percepito come una strada sempre più praticabile se non l'unica per ottenere sollievo dall'angoscia crescente. Il pensiero desiderante sembra essere simile, ma in realtà è concettualmente diverso, rispetto ad altri costrutti cognitivi coinvolti nella genesi e nel mantenimento del craving, come i pensieri intrusivi, la ruminazione e la preoccupazione. Il pensiero desiderante, contrariamente ai pensieri o ai ricordi intrusivi legati all'obiettivo, implica un impegno volontario nell'elaborazione del pensiero intrusivo e non è necessariamente associato a un tentativo di sopprimerli. Il pensiero desiderante è una forma di pensiero esteso che condivide con la ruminazione e la preoccupazione caratteristiche come un orientamento attentivo auto-focalizzato, una natura perseverante, e bassi livelli di consapevolezza sulla natura volontaria della sua attivazione (e di conseguenza una bassa percezione di controllo di essa) nonché un impatto negativo sulla regolazione degli stati emotivi, con un forte dispendio energetico, isolamento ed alti livelli di stress.

Nonostante queste somiglianze il pensiero desiderante possiede delle caratteristiche distintive specifiche quali, la maggiore proporzione di elaborazione basata sulla componente immaginativa e un maggior grado di focalizzazione centrato sul processo decisionale e sulla pianificazione del comportamento strumentale piuttosto che sull'impegno nel pensiero astratto.

Nelle addiction il pensiero desiderante appare inoltre produrre outcome emotivi e comportamentali molto diversi dalla ruminazione e dalla preoccupazione: vale a dire il craving rispetto all'esperienza di ansia o depressione e l'impegno/attivazione comportamentale rispetto all'*evitamento comportamentale* (Caselli & Spada, 2010).

Nel breve termine, come sopra anticipato, questo processo aiuterà la persona a spostare l'attenzione da stati mentali dolorosi e spiacevoli, a pensieri, sensazioni, ricordi piacevoli legati all'oggetto ambito, mentre nel medio e lungo termine l'attivazione perseverativa dei pensieri condurrà ad aumentare il desiderio del target e se questo non potrà essere ottenuto, produrrà, come visto, un incremento del desiderio che aumenterà il craving.

Ricerche recenti nel campo delle addiction hanno dimostrato che il pensiero desiderante:

- è positivamente associato ma distinto, come costruito, dal craving (Caselli *et al.*, 2011; Caselli & Spada, 2011; May *et al.*, 2004);
- è attivo durante gli episodi di craving in soggetti con abuso di alcol, dipendenza da nicotina e gioco d'azzardo problematico (Caselli & Spada, 2010), uso problematico di videogiochi (Bonner *et al.*, 2022), uso problematico di Internet (Spada *et al.*, 2013), uso problematico dei social media (Sharifi *et al.*, 2022; Brandtner & Wegmann, 2023), uso problematico di Facebook (Marino *et al.*, 2019);
- predice il craving in abusatori di alcol indipendentemente dal livello di uso di alcol (Caselli & Spada, 2010);
- è il più forte predittore dei livelli di gioco problematico in un campione clinico, indipendentemente dal genere, affettività negativa e craving (Fernie *et al.*, 2014);
- predice, longitudinalmente, il binge drinking in un campione di comunità (Martino *et al.*, 2017);
- varia proporzionalmente nel continuum del comportamento del bere e del fumare, tenendo conto di sesso, età, affetti negativi e craving (Caselli, Ferla, Mezzaluna, Rovetto & Spada, 2012; Caselli, Nikčević, Fiore, Mezzaluna & Spada, 2012);
- predice l'appartenenza alla categoria come utente problematico di Internet e i livelli di utilizzo problematico di Internet in un campione di comunità che controlla l'uso settimanale di Internet, l'affetto negativo e il craving (Spada, Caselli, Slai-fer, Nikčević & Sassaroli, 2014).

Nel complesso questi risultati:

1. evidenziano il ruolo del pensiero desiderante nel generare una escalation nella intensità e nella frequenza del craving;
2. supportano la distinzione tra pensiero desiderante e craving;
3. suggeriscono che il pensiero desiderante possa avere proprietà transdiagnostiche nei comportamenti di dipendenza e potrebbe essere un bersaglio terapeutico nel trattamento delle dipendenze comportamentali.

Alla luce di quanto detto sino ad ora la domanda cruciale è: "Cosa fa sì che il pensiero desiderante diventi perseverante e scarsamente regolato?"

Spada e collaboratori (Caselli & Spada, 2011, 2013; Spada, Caselli & Wells, 2012; Spada, Caselli & Wells, 2013) sostengono che sia la metacognizione a giocare un ruolo centrale nella disregolazione del pensiero desiderante.

Metacognizione, pensiero desiderante e craving

Il pensiero desiderante è problematico e viene considerato disadattivo quando diventa perseverante e disregolato.

Spada, Caselli e Wells (2013) sostengono che la cognizione assume un ruolo centrale nella comprensione della disregolazione del pensiero desiderante.

La metacognizione può essere definita come qualsiasi conoscenza o processo cognitivo coinvolto nella valutazione, nel monitoraggio o nel controllo della cognizione (Flavell, 1979; Wells, 2000). Essenzialmente, la metacognizione è il pensiero sul pensiero e permette ad ogni persona di supervisionare le attività della propria mente. Coerentemente con la teoria metacognitiva, il pensiero desiderante può essere considerato una strategia di coping simile alla ruminazione ed alla preoccupazione e quindi una parte centrale della sindrome cognitiva attentiva (Spada *et al.*, 2013). Da un punto di vista clinico, la *sindrome cognitiva attentiva* (CAS) si riferisce a un modello di pensiero esteso in cui i pensieri negativi sono preservati e più facilmente accessibili (Spada *et al.*, 2013; Wells & Matthews, 1996).

Tale sindrome racchiude quegli stili di pensiero ripetitivi, ciclici, negativi e perseveranti che caratterizzano la ruminazione, il rimuginio e, appunto, il pensiero desiderante, i quali portano allo sviluppo e al mantenimento della patologia (Wells & Matthews, 1996). Nei comportamenti di dipendenza le conseguenze disadattive riguardano in particolar modo: (1) aumento dei livelli di craving e percezione di essere fuori controllo; (2) maggiore accessibilità alle informazioni relative all'obiettivo; e (3) interferenza con la regolazione del craving (Caselli & Spada, 2011; Caselli *et al.*, 2013).

Il pensiero esteso è considerato problematico perché preserva le cognizioni e gli affetti negativi, contribuisce a convinzioni di sé disfunzionali e aumenta l'accessibilità delle informazioni negative (Wells, 2009). I comportamenti di dipendenza caratterizzati dal pensiero desiderante hanno conseguenze disadattive, tra cui un aumento dei livelli craving e percezione di essere fuori controllo, una maggiore accessibilità delle informazioni relative al comportamento e l'interferenza con la regolazione del craving (Caselli & Spada, 2011; Caselli & Spada, 2013).

Le metacognizioni influenzano il pensiero desiderante perché riflettono informazioni positive o negative che un individuo ha sui propri processi di pensiero desiderante (Caselli & Spada, 2010; Caselli & Spada, 2013). Le metacognizioni positive sul pensiero desiderante comprendono l'utilità del pensiero desiderante nel distrarre da pensieri ed emozioni negative (ad esempio, "Ho bisogno di usare sostanze per evitare di sentirmi sopraffatto") e nel migliorare il controllo sulle decisioni e sui comportamenti.

Le metacognizioni negative sul pensiero desiderante incarnano invece l'incontrollabilità dei pensieri legati al comportamento (ad esempio, "quando inizio a pensare di usare sostanze non riesco a smettere" "è segno che sono malato") e la perdita di controllo sul pensiero del desiderio.

Recentemente alcuni ricercatori hanno proposto un modello metacognitivo del pensiero desiderante e del craving (MMDTC) per spiegare la perseveranza del pensiero desiderante e la conseguente escalation della esperienza craving (Caselli & Spada, 2015).

Questo modello postula che le metacognizioni positive sul pensiero desiderante portino a una maggiore propensione all'uso e alla dipendenza dai processi di pensiero desiderante (ad esempio, prefigurazione immaginale e perseveranza verbale) e, quindi, maggiori livelli di craving verso il comportamento addittivo. Si pensa quindi che questa relazione gerarchica che compone i processi di pensiero e che aumenta sia le esperienze cognitive che fisiologiche del craving intensifichi le convinzioni metacognitive negative sull'incontrollabilità e le conseguenze del

pensiero desiderante, aumentando ulteriormente l'attività CAS (ad esempio, il pensiero del desiderio) e un ciclo di feedback avverso (Caselli & Spada, 2015).

In altre parole, secondo questo modello, le metacognizioni positive sul pensiero del desiderio (PMDT) sono associate alla prefigurazione immaginale (in cui le risorse attentive sono dirette alle informazioni relative al bersaglio) e alla perseveranza verbale (che estende il dialogo interiore cosciente sul raggiungimento dell'attività desiderata), segnando l'attivazione del pensiero del desiderio. La perseveranza verbale è associata a metacognizioni negative sul pensiero del desiderio (NMDT) e sul craving, denotando l'escalation patologica del craving e del pensiero desiderante stesso.

Caselli e Spada (2015) hanno scoperto che il modello proposto ha dimostrato un buon adattamento statistico in quattro campioni clinici di diversi comportamenti di dipendenza tra cui l'uso di alcol, il gioco d'azzardo, l'uso problematico di Internet e l'uso di tabacco.

Il concetto e la dinamica della tentazione

Il Dizionario di Psicologia di Galimberti (1992) qualifica la tentazione come una condizione conflittuale suscitata dal desiderio di ottenere una soddisfazione o un vantaggio personale in contrasto con una norma socialmente convenuta o interiorizzata dal soggetto, che avverte l'impulso a trasgredirla.

L'incontro con la tentazione, non diversamente da quanto riferiscono i pazienti che vivono l'esperienza del craving, è una vera battaglia, una guerra a tutto campo nella interiorità di chi la intrattiene, visibile solo nei casi in cui si registra una sconfitta, invisibile in quelli in cui si supera e si vince. Molti pazienti descrivono il fronteggiamento del craving come un conflitto cognitivo-emotivo e dialogico tra diversi Sé o diversi aspetti di un Sé frammentato e scisso; uno, quello istintuale-emotivo che spinge a mettere in atto il comportamento additivo, l'altro, quello razionale, che cerca di "mettere le briglie" al primo ricordando i tanti buoni motivi per non farlo. Tuttavia più si pensa al craving, più ci si intrattiene e si dialoga con esso, più il craving sale di intensità e frequenza non diversamente da quanto San Giovanni Climaco nella sua opera principale, la *Scala del Paradiso* (1874), descriveva a proposito della tentazione. Il monaco la paragonava ad un vento (un'onda diremmo noi oggi a proposito del craving) che arriva creando un turbamento, stabilendo, con fine osservazione psicologica, i vari gradi di penetrazione. Il Santo ne fornisce una accurata analisi fenomenologica distinguendo tra la suggestione o "assalimento di rappresentazioni" (p. 254); il "dimoramento" (p. 254) che consiste nel discutere con la tentazione, il consenso, l'imprigionamento, il combattimento e infine la prigionia, il rimanere schiavi della tentazione (Climaco, 1874).

1. La suggestione o assalto è la prima apparizione di un pensiero o dell'immagine di un "qualcosa" che si presenta nell'anima all'improvviso. Essa è involontaria (automatica diremmo noi) e può venire dall'occhio, dall'orecchio, dalla memoria o dalla immaginazione. Molti nostri pazienti, nella fase iniziale del percorso terapeutico, non ancora alfabetizzati rispetto ai triggers che attivano il loro craving, quando chiediamo loro di iniziare a minitorarlo, lo descrivono in maniera analoga come un assalto improvviso che si insinua nella loro mente.
2. La dimoranza o dialogo: è il parlare della mente con la cosa che ci è apparsa; in questa fase si "riflette" sulla tentazione

ed in qualche modo ci si intrattiene con essa. In maniera analoga, la maggioranza dei nostri pazienti, iniziano ad intrattenersi e dialogare mentalmente con il craving. Abbiamo visto come il pensiero desiderante sia associato ad ogni esperienza di craving, aumentandone l'intensità.

3. Il consenso: nel consenso si accetta di far coincidere il piacere con la tensione disordinata alla quale si aderisce e si opera un atto comportamentale concreto (messa in atto della tentazione e/o del comportamento additivo).
4. Il combattimento: è la resistenza che fa l'anima contro il "piacimento" e la viziosa inclinazione.
5. La prigionia: è un continuo attaccamento (dipendenza di remmonoi) all'oggetto in questione tale da distruggere la buona disposizione della nostra anima.
6. Passione: viene definita "cosa" che per lungo tempo si è annidata nell'anima e che si è quasi convertita in abito, sicché l'anima stessa vi ricorre in maniera automatica e familiare.

Tra i rimedi di "pedagogia monastica", venivano suggeriti la pratica della *apatheia*, per eliminare l'assalto della tentazione e quelle della estrema vigilanza (attenzione) e del discernimento (*diákrisis*) sui propri pensieri sin dal loro primo apparire, sino cioè allo stadio in cui sono semplici suggestioni. La vigilanza, riferita alla gestione del craving, può riferirsi alla capacità di riconoscerne e gestirne i primi segnali, sia fisici che psicologici, al fine di prevenirne o ridurre l'impatto negativo. Se, come affermato da Fumagalli (2020) l'attività immaginativa è alla origine della tentazione e, come abbiamo visto, costituisce un elemento centrale anche del pensiero desiderante, ne consegue che "la strategia migliore per non cadere in tentazione (e gestire la propria esperienza di craving) è quella di vigilare sulla propria immaginazione" (p. 79).

Implicazioni cliniche

Il craving, elemento cardine e fattore di gravità e mantenimento dei diversi disturbi da addiction, deve essere il primo bersaglio nel trattamento psicologico dei pazienti affetti da tali disturbi. Abbiamo visto come le immagini mentali e il dialogo interiore che il paziente sviluppa (elementi centrali del pensiero desiderante e della tentazione) intorno al craving unitamente alle metacognizioni ne comportino un'escalation, in termini di aumento di intensità e di frequenza, che inevitabilmente si traduce poi nel passaggio all'atto. Ne deriva la necessità e utilità di implementare nel trattamento e nella gestione del craving, strategie orientate a lavorare su tali costrutti e, prima ancora, di indagarne la presenza in fase anamnestica. Abbiamo visto come l'aspetto perseverante del pensiero desiderante crea delle conseguenze negative; da una parte fa aumentare il craving attraverso le sensazioni piacevoli delle immagini mentali, dall'altra amplifica la mancanza, ancor di più se non si attiva un'azione pianificata per soddisfare il craving, che crea una intensa sensazione di frustrazione e privazione dando forza ad una necessità incontrollabile di soddisfare quel bisogno nell'immediato, spingendo la persona ad agire per ottenere una gratificazione immediata. Tutto questo passa per un dialogo interiore in cui vengono non solo pianificate le azioni, ma validati tutti i pensieri indulgenti che permettono alla persona di giustificarsi e di convincersi che quella è l'azione corretta, ignorando, invece, tutti quelli che possono essere gli aspetti e le conseguenze negative di quell'agito. Questo perché la mente è tutta concentrata ed intrappolata nell'attuazione di questo processo, che

ricordiamo essere consapevole e volontario, ma che comporta una forte riduzione delle capacità di autocontrollo. È plausibile ipotizzare che la modificazione del pensiero desiderante e delle metacognizioni che lo attivano possano essere un valido intervento aggiuntivo per indebolire l'esperienza del craving e per ridurre il rischio di ricaduta dopo il successo del trattamento. Utili a tale scopo risultano tecniche volte a manipolare le immagini mentali (Bywaters *et al.*, 2004), a modificare le credenze metacognitive disfunzionali, a promuovere nel paziente abilità cognitivo-attentive e di monitoraggio e controllo metacognitivo, ad esplorare nuovi stili di pensiero.

Riferimenti bibliografici

- Anton R.F. (1999). What is craving? Models and implications for treatment. *Alcohol Res Health*, 23(3): 165-73.
- Auriacombe M., Serre F., & Fatséas M. (2016). Le craving: marqueur diagnostique et pronostique des addictions? In: *Traité d'addictologie*. Vol. 2 ed. Cachan: Lavoisier.
- Auriacombe M., Fatséas M., Daulouède J.P., & Tignol J. (2018). Le craving et nouvelle clinique de l'addiction: une perspective simplifiée et opérationnelle [The craving and new clinic of addiction: A simplified and operational perspective.]. *Ann. Méd. Psychol. Rev. Psychiatr.*, 176(8): 746-749.
- Baker T.B., Morse E., & Shermann J.E. (1987). The motivation to use drugs: A psychobiological analysis of urges. In: C. Rivers (Ed.). *The Nebraska Symposium on Motivation: Alcohol Use and Abuse* (34, pp. 257-323). Lincoln, USA: University of Nebraska Press.
- Berridge K.C., & Robinson T.E. (1995). The mind of an addicted brain: Neural sensitization of wanting versus liking. *Current Directions in Psychological Science*, 4(3): 71-76. Doi: 10.1111/1467-8721.
- Bonner J., AKatsikitis M., Love S., & Dymand L.K. (2022). Metacognition, Desire Thinking and Craving in Problematic Video Game Use. *J Technol Behav Sci.*, 22 Aug, 7(4): 532-546. Doi: 10.1007/s41347-022-00272-4.
- Bosc E., Fatséas M., Alexandre J.M., & Auriacombe M. (2012). Similitudes et différences entre le jeu pathologique et la dépendance aux substances: qu'en Est-Il? [Similarities and differences between pathological gambling and substance dependence: A clarification]. *L'Encephale*, October, 38(5): 433-439. Doi: 10.1016/j.encep.2012.02.004.
- Bywaters M., Andrade J., & Turpin G. (2004). Determinants of the vividness of visual imagery: The effects of delayed recall, stimulus affect and individual differences. *Memory*, Jul, 12(4): 479-488. Doi: 10.1080/09658210444000160.
- Brandtner A., & Wegmann E. (2023) The fear in desire: linking desire thinking and fear of missing out in the social media context. *BMC Psychol.*, Jun 3, 11(1): 176. Doi: 10.1186/s40359-023-01216-0.
- Breese G.R., Sinha R., & Heilig M. (2011). Chronic alcohol neuroadaptation and stress contribute to susceptibility for alcohol craving and relapse. *Pharmacol Ther*, Feb, 129(2): 149-71. Doi: 10.1016/j.pharmthera.2010.09.007.
- Brousse G., & de Chazeron I. (2014). Le craving: des clés pour comprendre [Craving: keys to understanding]. *Alcoologie Addictologie*, Juin, 36(2): 105-115.
- Carroll K.M. (2000). Implications of recent research for program quality in cocaine dependence treatment. *Substance Use & Misuse*, 35: 2011-2030. Doi: 10.3109/10826080009148248.
- Caselli G., & Spada M.M. (2011). The Desire Thinking Questionnaire: Development and psychometric properties. *Addictive Behaviors*, 36: 1061-1067. Doi: 10.1016/j.addbeh.2011.06.013.
- Caselli G., Ferla M., Mezzaluna C., Rovetto F., & Spada M.M. (2012). Desire thinking across the continuum of drinking behaviour. *European Addiction Research*, 18: 64-69. Doi: 10.1159/000333601.
- Caselli G., Nikcevic A., Fiore F., Mezzaluna C., & Spada M.M. (2012). Desire thinking across the continuum of nicotine dependence. *Addiction Research & Theory*, 20(5): 382-388. Doi: 10.3109/16066359.2011.644842.
- Caselli G., & Spada M.M. (2013). The metacognitions about desire thinking questionnaire: Development and psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology*, 69(12): 1284-1298. Doi: 10.1002/jclp.21999.
- Caselli G., Soliani M., & Spada M.M. (2013). The effect of desire thinking on craving: an experimental investigation. *Psychology of Addictive behaviors*, 27(1): 301-306. Doi: 10.1037/a0027981.
- Caselli G., & Spada M.M. (2014). Desire thinking: What is it and what drives it? *Addic Behav.*, May, 44: 71-79. Doi: 10.1016/j.addbeh.2014.07.021.
- Caselli G., Gemelli A., & Spada M.M. (2017). The experimental manipulation of Desire Thinking in Alcohol Use Disorder. *Clin Psychol Psychother.*, Mar, 24(2): 569-573. Doi: 10.1002/cpp.2038.
- Climaco G.S. (1874). *La Scala del Paradiso*. Collezione di Opere inedite o rare dei primi tre secoli della lingua. Pubblicata per cura della R. Commissione Pe' Testi di Lingua nelle province dell'Emilia. Bologna. Presso Gaetano Romagnoli. Libraio Editore della R. Commissione Pe' Testi di Lingua.
- Cropley M., Ussher M., & Charitou E. (2007). Acute effects of a guided relaxation routine (bodyscan) on tobacco withdrawal symptoms and cravings in abstinent smokers. *Addiction*, Jun., 102(6): 989-93. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.01832.x.
- Dennis F. (2016). Encountering "Triggers" Drug-Body-World entanglements of injecting drug use. *Contemporary Drug Problems*, 43(2): 126-141. Doi: 10.1177/0091450916636379.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* 5thed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc; 2013.
- Drummond D.C., Litten R.Z., Lowman C., & Hunt W.A. (2000). Craving research: future directions. *Addiction*, Aug., 95, Suppl 2: S247-S255. Doi: 10.1080/09652140050111816.
- Drummond D.C. (2001). Theories of drug craving, ancient and modern. *Addiction*, Jan, 96(1): 33-46. Doi: 10.1046/j.1360-0443.2001.961333.x.
- Ferrario F. (2006). *La lettera di Giacomo*. Editore Claudiana.
- Fraser S. (2016). Articulating addiction in alcohol and other drug policy: A multiverse of habits. *International Journal of Drug Policy*, May, 31: 6-14. Doi: 10.1016/j.drugpo.2015.10.014.
- Fumagalli A. (2ª Edizione 2020). *Il Cristiano nel Mondo. Introduzione alla teologia morale*. Ezioni Ancora. Prima edizione 2010.
- Galimberti U. (1992). *Dizionario di Psicologia*. Torino: UTET.
- Goldman M.S., & Rather B C. (1993). Substance use disorders: cognitive models and architecture. In: K.S. Dobson, & P.C. Kendall (Eds.). *Psychopathology and Cognition* (pp. 246-292). San Diego, USA: Academic Press.
- Green M., Rogers P., & Elliman N. (2000). Dietary restraint and addictive behaviour: The generalisability of Tyffany's cue reactivity model. *International Journal of Eating Disorder*, May, 27(4): 419-427. Doi: 10.1002/(sici)1098-108x(200005)27:4<419::aid-eat6>3.0.co;2-z.
- Hasin D.S., O'Brien C.P., Auriacombe M., Borges G., Bucholz K., Budney A., Compton W.M., Crowley T., Ling W., Petry N.M., Schuckit M., & Grant B.F. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders: Recommendations and rationale. *Am J of Psychiatry*, Aug., 107(8): 834-851. Doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12060782.DSM-5.
- Jellinek E.M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven: Hillhouse Press.
- Kavanagh D.J., Andrade J., & May J. (2004). Beating the urge: Implications of research into substance-related desires. *Addictive behaviors*, 29(7): 1399-1372. Doi: 10.1016/j.addbeh.2004.06.009.
- Kavanagh D.J., Andrade J., & May J. (2005). Imaginary Relish and Exquisite Torture: The Elaborated Intrusion Theory of Desire. *Psychol Rev*, Apr, 112(2): 446-467. Doi: 10.1037/0033-295X.112.2.446.
- Kavanagh D.J., May J., & Andrade J. (2009). Tests of the elaborated intrusion theory of craving and desire: Feature of alcohol craving during treatment for an alcohol disorder. *Br J Clin Psychol*, Sep, 48 (Pt3): 241-254. Doi: 10.1348/014466508X387071.

- Kozlowski L., & Wilkinson D. (1987). Use and misuse of the concept of craving by alcohol, tobacco, and drug researchers. *Br J Addict.*, Jan, 82(1): 31-45. Doi: 10.1111/j.1360-0443.1987.tb01430.x.
- Ludwig A.M., & Wikler A. (1974). "Craving" and relapse to drink. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol.*, Mar, 35(1-A): 108-130.
- Ludwig A.M. (1988). *Understanding the Alcoholic's Mind: The Nature of Craving and How to Control It*. New York: Oxford University Press.
- MacKillop J., & Monti P. (2007). Advances in the scientific study of craving for alcohol and tobacco. In: P. Miller, D. Kavanagh (Eds.). *Translation of Addictions Science into practice* (pp. 189-209). Oxford: Elsevier Science. Doi: 10.1016/B978-008044927-2/50059-6.
- Månsson V., Andrade K., Nitya Jayaram-Lindström N., Anne H., & Berman A.H. (2022). "I see myself": Craving imagery among individuals with addictive disorders. *Journal of Addictive Diseases*, Jan-Mar, 41(1): 64-77. Doi: 10.1080/10550887.2022.2058299.
- Marino C., Caselli G., Lenzi M., Monaci M.G., Vieno A., Nikčević A.V., & Spada M.M. (2019). Emotion regulation and Desire thinking as predictors of problematic Facebook Use. *Psychiatr Q.*, Jun, 90(2): 405-411. Doi: 10.1007/S11126-019-09628-1.
- Martino F., Caselli G., Felicetti F., Rampioni M., Romanelli P., Troiani L., Sassaroli S., Albery I.P., & Spada M.M. (2017). Desire thinking as a predictor of craving and binge drinking. A longitudinal study. *Addict Behav.*, Jan, (64): 118-122. Doi: 10.1016/j.addbeh.2016.08.046.
- May J., Andrade J., Panabokke N., & Kavanagh D. (2004). Images of desire: Cognitive models of craving. *Memory*, Jul, 12(4): 447-461. Doi: 10.1080/09658210444000061.
- Marlatt G.A. (1978). Craving for alcohol, loss of control, and relapse: A cognitive-behavioral analysis. In: P.E. Nathan, G.A. Marlatt, & T. Loberg (Eds.). *Alcoholism: New directions in research and treatment* (pp. 271-314). New York, USA: Plenum Press.
- Marlatt G.A., & Gordon J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York, USA: The Guildford Press.
- Marlatt G.A. (1987). Craving notes. *British Journal of Addiction*, 82(1): 42-44. Doi: 10.1111/j.1360-0443.1987.tb01434.x.
- McCready B.S. (2000). Alcohol use disorders and the Division 12 Task Force of the American Psychological Association. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(3): 267-276. Doi: 10.1037/0893-164X.14.3.267.
- McGovern M.P., & Carroll K.M. (2003). Evidence-based practices for substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am.*, Dec, 26(4): 991-1010. Doi: 10.1016/s0193-953x(03)00073-x.
- O'Malley S.S., Krishnan-Sarin S., Farren C., Sinha R., & Kreek J. (2002). Naltrexone decreases craving and alcohol self-administration in alcohol-dependent subjects and activates the hypothalamo-pituitary-adrenocortical axis. *Psychopharmacology*, Feb., 160(1): 19-29. Doi: 10.1007/s002130100919.
- Oei T.P., Raylu N., & Casey L.M. (2010). Effectiveness of group and individual formats of a combined motivational interviewing and cognitive behavioral treatment program for problem gambling: a randomised controlled trial. *Behav Cogn Psychother.*, Mar, 38(2): 233-238. Doi: 10.1017/S1352465809990701.
- Opuscoli religiosi, letterali e morali.Tomo XII. Fascicolo trigesimo quarto, 1862. Modena. Tipografia degli Eredi Soriani.
- Paille F.M., Guefeli J.D., Perkins A.C., Royer R.J., Stern L., & Parot P. (1995). Double-blind randomised multicentre trial of acamprosate in maintaining abstinence from alcohol. *Alcohol Alcohol.*, Mar, 30(2): 239-247.
- Rankin H., Hodgson R., & Stockwell T. (1979). The concept of craving and its measurement. *Behav Res Ther.*, 17(4): 389-396. Doi: 10.1016/0005-7967(79)90010-X.
- Rosenberg H. (2009). Clinical and laboratory assessment of the subjective experience of drug craving. *Clin Psychol Rev.*, Aug, 29(6): 519-34. Doi: 10.1016/j.cpr.2009.06.002.
- Sayette M.A. (2016). The role of craving in substance use disorders: Theoretical and methodological issues. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12: 407-33. Doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093351.
- Schlam T.R., & Baker T.B. (2020). Playing Around with Quitting Smoking: A Randomized Pilot Trial of Mobile Games as a Craving Response Strategy. *Games Health J.*, Feb 3, 9(1): 64-70. Doi: 10.1089/g4h.2019.003.
- Shadel W.G., Martino S.C., Setodji C., Cervone D., Witkiewitz K., Beckjord E.B., & Shih R. (2011). Lapse-induced surges in craving influence relapse in adult smokers: An experimental investigation. *Health Psychology*, 30(5): 588-596. Doi: 10.1037/a0023445.
- Sharifi B.F., Spada M.M., Khosravani V., & Samimi Ardestani S.M. (2022). The independent contribution of desire thinking to problematic social media use. *Curr Psychol.*, May, 6: 1-10. Doi: 10.1007/s12144-022-03158-z.
- Skorka-Brown J., Andrade J., & May J. (2014). Playing 'Tetris' reduces the strength, frequency and vividness of naturally occurring cravings. *Appetite*, May, 76: 161-165. Doi: 10.1016/j.appet.2014.01.073.
- Skinner M.D., & Aubin H.J. (2010). Craving's place in addiction theory: Contributions of the major models. *Neurosci Biobehav Rev.*, Mar, 34(4): 606-623. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2009.11.024.
- Spada M.M., Caselli G., Slaifer M., Nikčević A.V., & Sassaroli S. (2014). Desire thinking as a predictor of problematic internet use. *Soc Sci Comput Rev.*, Aug, 32(4): 474-483. Doi: 10.1177/0894439313511318.
- Stacy A.W. (1997). Memory activation and expectancy as prospective predictors of alcohol and marijuana use. *J Abnorm Psychol.*, Feb, 106(1): 61-73. Doi: 10.1037//0021-843x.106.1.61.
- Statham D.J., Connor J.P., Kavanagh D.J., Feeney G.F.X., Young R. Mc. D., May J., & Andrade J. (2011). Measuring alcohol craving: development of the Alcohol Craving Experience questionnaire. *Addiction*, Jul, 106(7): 1230-1238. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03442.x.
- Stewart J., Dewit H., & Eikelboom R. (1984). Role of unconditioned and conditioned drug effects in the self-administration of opiates and stimulants. *Psychological Review*, 91(2): 251-268. Doi: 10.1037/0033-295X.91.2.251.
- Tiffany S.T., & Drobes D.J. (1990). Imagery and smoking urges: the manipulation of affective content. *Addict Behav.*, 15(6): 531-539. Doi: 10.1016/0306-4603(90)90053-z.
- Tiffany S.T. (1995). Potential functions of classical conditioning in drug addiction. In: D.C. Drummond, S.T. Tiffany, S.P. Glautier, & B. Remington B. (Eds.). *Addictive Behaviour: Cue Exposure, Theory and Practice* (pp. 47-71). Chichester, England: John Wiley, 1995a.
- Tiffany S.T. (1999). Cognitive Concepts of Craving. *Alcohol Res Health.*, 23(3): 215-224.
- Tiffany S.T., & Wray J.M. (2012). The clinical significance of drug craving. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248(1): 1-17. Doi: 10.1111/j.1749-6632.2011.06298.x.
- Tiffany S.T., & Conklin C.A. (2000). A cognitive processing model of alcohol craving and compulsive alcohol use. *Addiction*, Aug, 95(8 Supplement 2): 145-153. Doi: 10.1080/09652140050111717.
- Vafaie N., & Kober H. (2022). Association of drug cues and craving with drug use and relapse: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, Jul 1, 79(7): 641-50. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2022.1240.
- Valva d'Ayala L. (2009). *Il cammino del monaco. La vita monastica secondo la tradizione dei padri*. Editore: Qiqajon Collana: Padri della Chiesa.
- Wells A., & Matthews G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11-12): 881-888. Doi: 10.1016/S0005-7967(96)00050-2.
- Wikler A. (1948). Recent progress in research on the neurophysiological basis of morphine addiction. *Am J Psychiatry*, Nov, 105(5): 329-338. Doi: 10.1176/ajp.105.5.329.
- Wise R.A. (1988). The neurobiology of craving: Implications for understanding and treatment of addiction. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(2): 118-132. Doi: 10.1037/0021-843X.97.2.118.
- Witvliet C.V., & Vrana S.R. (1995). Psychophysiological responses as indices of affective dimensions, *Psychophysiology*, Sep, 32(5): 436-443. doi: 10.1111/j.1469-8986.1995.tb02094.x.
- Zuppi M. (2019). *Ecco. Sto alla porta e busso: Commento ai vangeli del giorno del Tempo Ordinario I-IX Settimana: Vangeli di Marco*. Independently Published.

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

Stress, shift work and substance use among nurses: A single-centre experimental study

Gloria D'Angelo*, Isabella Baglioni**, Chiara Gatti****, Stefano Marcelli*****,
Jasmine Eddhima*****

Summary

■ **Introduction:** *Burnout is a form of chronic work-related stress characterised by emotional exhaustion, detachment and reduced fulfilment. It can lead to dysfunctional coping mechanisms, such as self-medication for stress, anxiety and insomnia. In the healthcare sector, access to medication can contribute to addiction, posing risks to both healthcare professionals and patients. This study investigates coping mechanisms and addiction among healthcare professionals.*

Materials and methods: *This cross-sectional study was conducted from 12 January to 13 March 2026 at the Local Health Authority (AST) in Ascoli Piceno. The survey involved a sample of 174 nurses using a questionnaire comprising a sociodemographic section and the ASSIST test, ensuring their privacy.*

Results: *The sample was predominantly female (75%), with high heterogeneity (90%) in the reasons for leaving the profession. Although 80% reported strong family support, 59% experienced critical environmental stress and 20% had difficulty separating their private life from work. This is associated with smoking habits: daily use in 37% and cravings in 28%, with moderate risk.*

Discussions: *Significant gender differences emerged, in line with the Glass Escalator Theory and the biological-hormonal component.*

Conclusions: *The ASSIST test identifies tobacco as the most prevalent substance, followed by sedatives, with moderate risk. The study highlights the need for prevention, organisational support and the reduction of stigma.* ■

Keywords: *Nurses, Burnout, ASSIST tool, Coping, Mental health, Patient safety.*

Parole chiave: *Infermieri, Burnout, Strumento ASSIST, Strategie di coping, Salute mentale, Sicurezza del paziente.*

First submission: 21/04/2026, accepted: 25/05/2026

Background

In recent years, the shift in healthcare systems towards management models focused on extreme efficiency, coupled with a chronic shortage of staff, has radically transformed the working environment, exposing professionals to unprecedented levels of

occupational stress. Against this backdrop, burnout no longer appears as an isolated phenomenon or one linked to individual vulnerability, but rather as a genuine structural crisis threatening the very integrity of the healthcare workforce and patient safety. The phenomenon of burnout within the nursing profession reveals an extremely multifaceted reality that goes far beyond a simple feeling of professional fatigue and constitutes a genuine structural crisis in modern healthcare systems. Burnout can be defined as the pathological outcome of a stress-inducing process affecting those in 'helping professions' and personal care roles, where they fail to respond adequately to the excessive stress loads their work imposes on them (Favretto, 1994). 59% of nurses working in Italian hospitals are highly stressed, and 36% feel they have no control over their workload. 47.3% feel 'devoid of energy', and 40.2% show signs of severe emotional exhaustion. 45.4% believe that their professional commitments do not leave enough time for their personal and family lives. In

* *Corso di Laurea Infermieristica UNIVPM, Ascoli Piceno, Italy. Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-2255-4244>.*

** *Direttore Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche ed Osteotriche UNIVPM, Fermo, Italy. Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-4090-9480>.*

*** *IFO SOD Cardiocirurgia e Cardiologia Pediatrica e Congenita AOU delle Marche, AOU, Ancona, Italy.*

**** *Direttore Corso di Laurea Infermieristica UNIVPM Ascoli Piceno. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0511-3448>.*

***** *Corso di Laurea Infermieristica UNIVPM, Ascoli Piceno, Italy.*

a recent national survey, when asked whether they might leave the hospital within the next year due to job dissatisfaction, almost half of nurses answered in the affirmative (45.2%) (FNOPI, 2023). The main aetiological driver lies in the multidimensional workload, often defined by the concept of care intensity. This variable is not limited to the mere sum of technical services provided, but includes the density of care and the complexity of patients' needs, which demand a expenditure of cognitive and emotional energy that frequently exceeds the practitioner's capacity for physiological recovery. In settings characterised by chronic staff shortages and inadequate nursing staffing ratios, there is a reduction in the time available for relational care, which generates a profound sense of ethical and professional frustration in nurses, acting as a catalyst for emotional exhaustion. Alongside purely operational factors, the quality of leadership and the organisational climate play a decisive role in shaping work-related stress. No less significant is the impact of environmental factors linked to the very structure of shift work and the fragmentation of life outside work. The disruption of circadian rhythms and the chronic difficulty in balancing professional and personal demands fuel a vicious circle of physical and mental fatigue that progressively erodes individual resilience. In this scenario, reduced personal fulfilment does not stem from a lack of technical competence, but from the realisation that it is impossible to carry out one's caregiving role to high standards, thus leading to a collapse in professional motivation and an increase in intentions to leave the profession. On the contrary, it is essential to adopt a systemic and paradigmatic view of the workplace, in which the professional's distress is interpreted as a symptom of a structural dysfunction within the entire care ecosystem. From this perspective, burnout ceases to be a matter of 'personal fault' or a weakness of character, and is instead seen as a maladaptive response triggered by a work organisation that has eroded the psychological resilience of those involved (Maslach & Leiter, 2016). The focus must therefore shift towards analysing "contextual variables", such as the intensity of care and the quality of organisational support, recognising that the professional's well-being is inextricably linked to the well-being of the institution in which they work. This systemic view suggests that preventive intervention should not aim merely to 'repair' the individual through coping techniques, but must prioritise the reconfiguration of workplace dynamics. At the national level, various studies confirm that burnout among healthcare professionals in Italy is closely linked to the quality of the working environment (Bagnasco *et al.*, 2020). As highlighted in the INAIL guidelines, this is not a matter of personal vulnerability, but rather a psychosocial risk arising from a work organisation that fails to balance high care demands with adequate support resources (INAIL, 2022). Chronic stress and burnout are among the main triggers that drive individuals towards substance use as a coping mechanism to manage unsustainably difficult emotional and work-related burdens. According to the World Health Organisation (WHO), pathological addiction is defined as a condition, sometimes purely psychological, sometimes also physical, which develops from the interaction between a living organism and a toxic substance. It manifests itself through behavioural responses and other reactions, notably a compulsive need to consume the substance (WHO, 1992). This behaviour is aimed both at experiencing the psychological effects of the substance and, in some cases, at avoiding the discomfort caused by withdrawal. Addiction and substance misuse affect adolescents and adults, all ethnic groups and all socioeconomic levels. More than 132,000 people with substance use

disorders are receiving treatment in Italy through the Public Services for Addiction (Ser.D.), with 85% of all patients being male (Ministry of Health, 2024). The percentage of women with substance dependence, however, is on the rise: they accounted for around 15% of the drug-dependent population until the early 1980s, whilst more recent surveys show an increase to 30% (Istituto Superiore di Sanità, 2003). It is believed that the prevalence of alcohol and drug abuse among the nursing population is similar to that of the general population (Dunn, 2005). Current estimates of rates of substance abuse, misuse and dependence among nurses range from 10% to 16%, and 6% experience difficulties severe enough to interfere with their ability to practise their profession. Impaired nursing practice is defined as a nurse's inability to perform essential job functions due to chemical dependency on drugs or alcohol, or mental illness. Substance misuse among healthcare professionals is a topic which, although still considered taboo, has recently emerged as a subject of study. This phenomenon has been linked to multiple risk factors. The first is family background. Individuals with a complex family history resulting in emotional distress tend to show a propensity to develop disorders linked to alcoholism, drug use or emotional abuse, which manifests as low self-esteem and hyperactivity. Living in an environment with addicted family members can lead to enabling behaviour, often described as 'helping' behaviour. People who fall into this category may be drawn to the nursing profession because of the opportunity to continue in a caring role. Another factor contributing to substance abuse among healthcare workers is work-related stress. With significant staff shortages, increased workloads and a rise in the severity of conditions among hospitalised patients, shift work, overtime and rotation between different wards contribute to stress, fatigue and alienation; substance use may be seen as a coping mechanism to alleviate this stress. Nurses tend to be described as 'workaholics' and may be unable to cope with the considerable strain that the job entails. The availability and accessibility of medicines have also been linked to substance misuse among nurses. Every day, they administer medicines to relieve pain, fight infections, reduce anxiety and depression, and treat conditions such as cancer. Professionals' easy access to medicines can lead to misuse, fuelled by the mistaken belief that they can manage such use thanks to their familiarity with administration and knowledge of the associated risks. Nurses can access medicines through various illicit means. These include the option of requesting a prescription from a colleague or forging one themselves. Another deviant method involves appropriating medicines originally intended for patients. Analysis of the most frequently abused substances reveals a varied picture, with a key distinction that must first be made between so-called legal drugs – which are legally permissible for adults to purchase and consume, such as alcohol and tobacco – and illicit drugs. In terms of prevalence, the data show that alcohol and tobacco dependence statistically affects mortality and morbidity to a greater extent, but that the abuse of illicit substances such as cannabis, cocaine and opiates has highly critical social and criminal impacts.

Aim

The aim of this study is to investigate the coping strategies employed by nursing professionals to maintain their mental and physical well-being. In particular, the study seeks to understand the extent to which these strategies are effective in reducing the

risk of burnout and in fostering a positive organisational climate, thereby contributing to a better quality of working life and the care provided.

Materials and methods

This paper is a descriptive, cross-sectional observational study. The study was conducted from 12 January 2026 to 13 March 2026 at the 'C.&G. Mazzoni' Hospital in Ascoli Piceno, part of the Ascoli Piceno Local Health Authority (AST), using a non-probabilistic convenience sampling technique. The study sample consisted of 174 nurses employed at the "C.&G. Mazzoni" Hospital in Ascoli Piceno, part of the Ascoli Piceno Local Health Authority (AST). Nurses who met the following criteria were included in the study: Holding a qualification to practise the nursing profession; Be in service at the "Mazzoni" Hospital in Ascoli Piceno at the time of data collection; Work in one of the care settings; Have at least one year's service, in order to ensure sufficient experience of the work environment; Have provided informed consent to participate in the study. The following professionals were excluded from the study: nursing staff in training (student nurses); nurses with exclusively administrative or managerial roles, not directly involved in patient care within the clinical unit; nurses absent from duty during the data collection period for reasons such as long-term illness, maternity leave or leave of absence; non-nursing healthcare staff; Failure to sign the informed consent form. Data collection was carried out using a questionnaire based on the World Health Organisation's Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (WHO, ASSIST). The tool was supplemented with an additional section specifically designed to assess psychosocial determinants, such as the relational and social context, psychological well-being and identity, stress management (coping), burnout and stress. This integration allowed for a broader analysis, whilst maintaining the structure and objectives of the original tool. The tool was disseminated digitally, initially involving Nursing Coordinators as facilitators for its distribution. This method involves the initial participants (operational unit coordinators) in the study distributing the questionnaire to other potential participants from the same target population, thereby facilitating a gradual expansion of the sample. The choice of this sampling method was driven by the need to facilitate access to the nursing population and increase the study's response rate, in a context characterised by heavy workloads and limited availability of time. Furthermore, snowball sampling proved particularly suitable for the dissemination of an online data collection tool. In order to encourage participation and counteract non-response, periodic reminders were scheduled and sent out, reiterating the scientific importance of the research and the guarantee of confidentiality, serving as a reminder for professionals who had not yet completed the survey. Monitoring: Automated collection of responses into a database. The survey tool used is a structured research protocol, implemented digitally via the Google Forms platform. It consists of macro-sections designed with items to identify personal details, psychological well-being and substance use patterns:

I. Personal and Professional Profile

The first section aims to define the characteristics of the sample in order to identify any risk clusters, including: Gender, Age, Educational Background and Employment Profile.

II. Relational and Social Context, which examines the professional's quality of life through perception scales and tar-

geted questions on a 5-point Likert scale (strongly agree, agree, neither agree nor disagree, disagree and strongly disagree): Question 1: "I feel that the people I care about (family/partner) support me emotionally." Question 2: "I spend time with people who regularly use substances." Question 3: "I feel pressured by others to use substances so as not to feel excluded." Question 4: "There are unresolved conflicts or constant tensions within my family."

III. Psychological Well-being and Identity: explores the professional's intrapsychic resources and relational vulnerabilities, which are key factors in coping with work-related stress. Question 1: "I feel uncomfortable or inadequate when I am among others." Question 2: "I have a positive view of myself, regardless of my achievements." Question 3: "I find it difficult to manage my emotions (anger, sadness, anxiety) without external help." Question 4: "I feel optimistic about my professional future."

IV. Stress Management (Coping) and Environment, which examines the causal link between the external environment (work and private life) and the individual's response (coping or avoidance strategies). In short, it aims to understand whether the nurse uses substances as a 'solution to problems they are unable to manage in any other way. Question 1: "I use substances to 'switch off' from a reality that is too much to bear." Question 2: "My work/study environment causes me a great deal of stress." Question 3: "I have experienced recent events (bereavements, separations, redundancies) that I cannot get over." Question 4: "I have hobbies or interests that make me feel fulfilled and at peace."

V. Burnout and Occupational Stress, which encompasses the psychosocial risks associated with the profession. The aim is to map the deterioration of organisational and individual health, correlating chronic stress with the clinical symptoms of burnout. Question 1: "I feel emotionally drained and empty right from the start of the working day." Question 2: "I have become more cynical or detached towards colleagues or clients/users." Question 3: "I feel that my work no longer has any real value or positive impact." Question 4: "I use substances to stay awake/alert or to improve my performance." Question 5: "I find it difficult to separate my private life from work-related concerns."

VI. ASSIST Test – Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test to investigate the use of ten categories of substances (Tobacco, Alcohol, Cannabis, Cocaine, Amphetamine-type stimulants, Inhalants, Sedatives/Sleeping pills, Hallucinogens, Opiates and "Other"). For each substance, the participant answers eight questions that measure: Question 1: "Which of the following substances (tobacco, alcohol, cannabis, cocaine, amphetamine-type stimulants, sedatives, hallucinogens, opioids) have you ever used in your lifetime? (FOR NON-MEDICAL USE ONLY)"; Yes (3 points) and No (0 points). Question 2: "How often have you used the substances mentioned in the last 3 months?"; never (0 points), 1 or 2 times (2 points), monthly (3 points), weekly (4 points) and daily or almost daily (6 points). Question 3: "In the last three months, how often have you had a strong desire or craving?"; never (0 points), 1 or 2 times (3 points), monthly (4 points), weekly (5 points) and daily or almost daily (6 points). Question 4: "In the last three months, how often has your substance use caused you health, social, legal or financial problems?"; never (0 points), 1 or 2 times (4 points), monthly (5 points), weekly (6 points), daily or almost daily (7 points). Question 5: "In

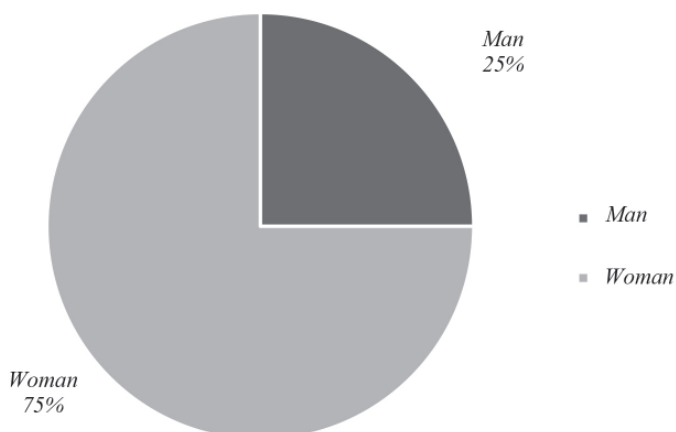
the last three months, how often have you been unable to do what you normally do because of your substance use?"; never (0 points), 1 or 2 times (5 points), monthly (6 points), weekly (7 points), daily or almost daily (8 points) Question 6: "Has your substance use caused concern to any friends, relatives or others?"; No, never (0 points), Yes in the last 3 months (6 points), Yes but not in the last 3 months (3 points). Question 7: "Have you ever tried to cut down on or stop using substances without success?"; No, never (0 points), Yes in the last 3 months (6 points), Yes but not in the last 3 months (3 points). Question 8: "Have you ever injected substances? (Non-medical use only)"; No, never (0 points), Yes in the last 3 months (2 points), Yes but not in the last 3 months (1 point).

The statistical analysis of the collected data was divided into two main phases: a descriptive analysis and an inferential analysis. In the first phase, a descriptive analysis of the variables under consideration was carried out using absolute frequencies (n) and percentages (%), providing a clear representation of the distribution of the categories within the sample. With regard to quantitative variables, measures of central tendency and dispersion were calculated, specifically the mean (μ) and standard deviation (SD). Differences between groups were analysed using t-tests and ANOVA, whilst associations between categorical variables were assessed using Fisher's exact test ($p < 0.05$). The analyses were carried out using Microsoft Excel and Rstudio. The research was conducted in accordance with the fundamental ethical principles for clinical and social research (EU Regulation 679/2016 GDPR and current Italian legislation). Each participant was informed about the nature, aims and methods of the research via an introductory form. Participation was strictly voluntary, subject to digital acceptance of consent. Given the highly sensitive nature of the information processed, the anonymity of the sample was guaranteed by avoiding the collection of identifying data, such as IP addresses or email addresses. Furthermore, participants were guaranteed the option to stop completing the questionnaire at any time.

Results

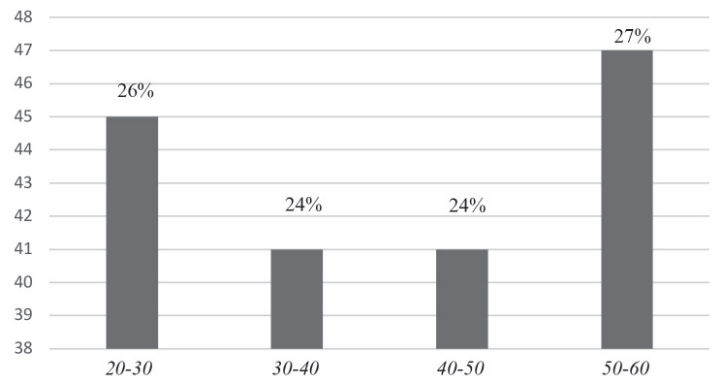
The study yielded 174 responses. These show that the majority of questionnaire respondents were women, accounting for 75% (131), whilst the remaining respondents were men, accounting for 25% (43) (Figure 1).

Fig. 1 - Genre



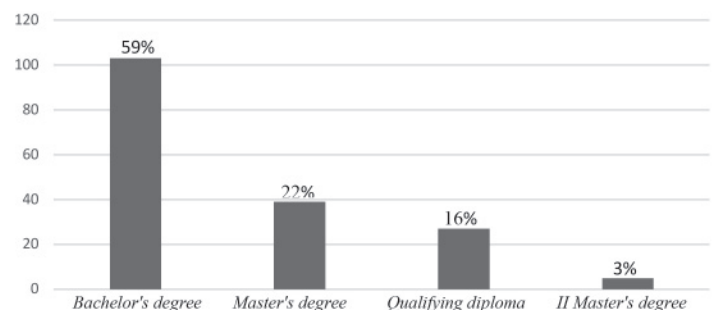
However, when considering the age of the respondents, there is considerable diversity, encompassing various age groups, resulting in a balanced sample across the different age brackets. The 50-60 age group accounts for 27% (n = 45), followed by 24% (n = 41) in the 40-50 age group, 24% (n = 41) in the 30-40 age group and, finally, 26% (n = 45) in the 20-30 age group (Figure 2).

Fig. 2 - Age



Years of work experience were also taken into account. Analysis of the data reveals a wide range, ranging from 1 year of service up to 39 years. The average is therefore 15.96 years (SD = 10.64). Another factor analysed is educational qualification, with the majority of respondents holding a three-year degree (59%, n = 103), followed by a master's degree (22%, n = 39), a vocational diploma (16%, n = 27) and, finally, a second-level master's degree (3%, n = 5) (Figure 3).

Fig. 3 - Qualification



With regard to employment history, the data collected allow for an assessment of work experience across different companies, with an average of 3.41 (SD = 1.69), and operational units, with an average of 5.22 (SD = 2.84). The reasons for leaving the setting were also investigated, revealing the following: interpersonal problems 4% (n = 7), care workload 3% (n = 6), lack of competence 3% (n = 5) and 'other' 90% (n = 156). After outlining the demographic and professional profile, Part II analyses the relational and social context with four questions, the answers to which are linked to a Likert scale designed to assess the level of risk of substance dependence. The analysis aims to investigate the areas set out in Table 1 and outlined below.

Question 1: "I feel that my loved ones (family/partner) support me emotionally", 47% (n = 81) of respondents answered that they completely agreed, 33% (n = 57) agreed, 10% (n = 18) were neutral, 7% (n = 13) disagreed and 3% (n = 5) completely disagreed.

Question 2: "I spend time with people who regularly use substances", 60% (n = 105) strongly disagreed, 17% (n = 30) disagreed, 9% (n = 21) agreed, 9% (n = 16) were neutral and 1% (n = 2) strongly agreed. Question 3: "I feel pressured by others to use substances so as not to feel excluded", 88% (n = 154) strongly disagree, 10% (n = 17) disagree and 2% (n = 3) strongly agree. Question 4: "There are unresolved conflicts or constant tensions within my family", 59% (n = 102) strongly disagree, 16% (n = 28) disagree, 14% (n = 25) neutral, 7% (n = 13) agree and 3% (n = 6) strongly agree.

The results regarding risk levels are as follows: 95% (n = 166) low risk and 5% (n = 8) moderate risk.

Section III of the questionnaire examines and explores the area of individual well-being and comprises four items:

Question 1: "I feel uncomfortable or inadequate when I am among others", 67% (n=117) strongly disagree, 16% (n = 27) disagree, 14% (n = 24) neutral, 2% (n = 4) agree and 1% (n = 2) strongly agree.

Question 2: "I have a good opinion of myself, regardless of my achievements", 34% (n = 60) agree, 20% (n = 35) neutral, 19% (n = 33) strongly agree, 15% (n = 26) strongly disagree and 11% (n = 20) disagree.

Question 3: "I find it difficult to manage my emotions (anger, sadness, anxiety) without outside help", 48% (n = 84) strongly disagree, 26% (n = 46) disagree, 13% (n = 22) neutral, 10% (n = 18) agree and 2% (n = 4) strongly agree.

Question 4: "I feel optimistic about my professional or personal future", 34% (n = 60) agreed, 20% (n = 35) strongly agreed, 20% (n = 34) disagreed, 15% (n = 26) disagreed and 11% (n = 19) strongly disagreed.

The results regarding risk levels obtained in this section are: 81% (n = 141) low risk and 19% (n = 33) moderate risk.

Section IV, on the other hand, concerns coping strategies and occupational/personal stress, and also comprises four items:

Question 1: "I use substances to 'switch off' from a reality that is too overwhelming", 84% (n = 147) strongly disagree, 9% (n = 16) disagree, 4% (n = 7) agree, 2% (n = 3) are neutral and 1% (n = 1) strongly agree.

Question 2: "My work/study environment causes me a great deal of stress", 38% (n = 66) agree, 27% (n = 47) neutral, 21% (n=36) strongly agree, 7% (n = 13) strongly disagree and 7% (n = 12) disagree.

Question 3: "I have experienced recent events (bereavements, separations, redundancies) that I cannot get over", 56% (n = 97) strongly disagree, 21% (n = 36) disagree, 20% (n = 18) neutral, 20% (n = 18) agree and 3% (n = 5) strongly agree.

Question 4: "I have hobbies or interests that make me feel fulfilled and content", 82 respondents (47%) agreed, 42 (24%) were neutral, 35 (20%) strongly agreed, 8 (5%) disagreed and 7 (4%) strongly disagreed.

The risk level results for this section are as follows: 86% (n = 150) low risk and 14% (n = 24) moderate risk

Section V, on the other hand, comprises five items assessing emotional exhaustion, depersonalisation, dysfunctional coping and work-life spillover:

Question 1: "I feel emotionally exhausted and drained right from the start of the working day", 39% (n = 68) strongly disagree, 23% (n = 40) neutral, 17% (n = 30) disagree, 13% (n = 23) agree and 7% (n = 13) strongly agree.

Question 2: "I have become more cynical or detached towards colleagues or clients/users", 39% (n = 67) strongly disagree, 21% (n = 36) neutral, 18% (n = 31) disagree, 16% (n = 28) agree and 7% (n = 12) strongly agree.

Question 3: "I feel that my work no longer has any real value or positive impact", 48% (n = 84) strongly disagree, 21% (n = 37) disagree, 13% (n = 22) neutral, 13% (n = 22) agree and 5% (n = 9) strongly agree.

Question 4: "I use substances to stay awake/alert or to improve my performance", 82% (n = 142) strongly disagree, 14% (n = 24) disagree, 3% (n = 6) agree, 1% (n = 1) strongly agree and 1% (n = 1) are neutral.

Question 5: "I find it difficult to separate my private life from work-related concerns", 51% (n = 88) strongly disagree, 16% (n = 28) disagree, 16% (n = 27) agree, 14% (n = 24) neutral and 4% (n = 7) strongly agree. The results for risk levels in Section V are as follows: 64% (n = 112) low risk, 31% (n = 54) moderate risk and 5% (n = 8) high risk.

Tab. 1 - Epidemiological Analysis of Psychosocial Determinants

Questions	Answers	Absolute frequency N.	Percentage frequency %
II section			
I feel that the people I care about (family/partner) support me emotionally	Strongly agree	81	47%
	Agree	57	33%
	Neutral	18	10%
	Disagree	13	7%
	Strongly disagree	5	3%
I spend time with people who regularly use drugs	Strongly agree	2	1%
	Agree	21	12%
	Neutral	16	9%
	Disagree	30	17%
	Strongly disagree	105	60%
I feel pressured by others to take drugs so that I don't feel left out	Strongly agree	3	2%
	Agree	0	0%
	Neutral	0	0%
	Disagree	17	10%
	Strongly disagree	154	89%
There are unresolved conflicts or constant tensions within my family	Strongly agree	6	3%
	Agree	13	7%
	Neutral	25	14%
	Disagree	28	16%
	Strongly disagree	102	59%
Risk level	Low risk	166	95%
	Moderate risk	8	5%
	High risk	0	0%

<i>Questions</i>	<i>Answers</i>	<i>Absolute frequency N.</i>	<i>Percentage frequency %</i>
<i>III section</i>			
I feel uncomfortable or out of place when I'm around other people	Strongly agree	2	1%
	Agree	4	2%
	Neutral	24	14%
	Disagree	27	16%
	Strongly disagree	117	67%
I have a positive view of myself, regardless of my achievements	Strongly agree	33	19%
	Agree	60	34%
	Neutral	35	20%
	Disagree	20	11%
	Strongly disagree	26	15%
I find it difficult to manage my emotions (anger, sadness, anxiety) without outside help	Strongly agree	4	2%
	Agree	18	10%
	Neutral	22	13%
	Disagree	46	26%
	Strongly disagree	84	48%
I feel optimistic about my professional and personal future	Strongly agree	35	20%
	Agree	60	34%
	Neutral	34	20%
	Disagree	26	15%
	Strongly disagree	19	11%
Risk level	Low risk	141	81%
	Moderate risk	33	19%
	High risk	0	0%
<i>IV section</i>			
I use drugs to "switch off" from a reality that's too much to bear	Strongly agree	1	1%
	Agree	7	4%
	Neutral	3	2%
	Disagree	16	9%
	Strongly disagree	147	84%
My work/study environment causes me a great deal of stress	Strongly agree	36	21%
	Agree	66	38%
	Neutral	47	27%
	Disagree	12	7%
	Strongly disagree	13	7%
I have recently been through some difficult times (bereavements, break-ups, redundancies) that I am struggling to get over	Strongly agree	5	3%
	Agree	18	10%
	Neutral	18	10%
	Disagree	36	21%
	Strongly disagree	97	56%
I have hobbies or interests that make me feel fulfilled and content.	Strongly agree	35	20%
	Agree	82	47%
	Neutral	42	24%
	Disagree	8	5%
	Strongly disagree	7	4%
Risk level	Low risk	150	86%
	Moderate risk	24	14%
	High risk	0	0%
<i>V section</i>			
I feel emotionally drained and hollow right from the start of the working day	Strongly agree	13	7%
	Agree	23	13%
	Neutral	40	23%
	Disagree	30	17%
	Strongly disagree	68	39%
I have become more cynical or detached towards my colleagues or clients/users	Strongly agree	12	7%
	Agree	28	16%
	Neutral	36	21%
	Disagree	31	18%
	Strongly disagree	67	39%
I feel that my work no longer has any real value or positive impact	Strongly agree	9	5%
	Agree	22	13%
	Neutral	22	13%
	Disagree	37	21%
	Strongly disagree	84	48%
I use substances to stay awake or alert, or to improve my performance	Strongly agree	1	1%
	Agree	6	3%
	Neutral	1	1%
	Disagree	24	14%
	Strongly disagree	142	82%
I find it hard to separate my private life from my work concerns	Strongly agree	7	4%
	Agree	27	16%
	Neutral	24	14%
	Disagree	28	16%
	Strongly disagree	88	51%
Risk level	Low risk	112	64%
	Moderate risk	54	31%
	High risk	8	5%

Section VI, on the other hand, begins with an analysis of the results of the ASSIST test (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), which assesses the levels of risk associated with substance use (Table 2).

Tab. 2 - Test ASSIST

<i>Substances</i>	<i>Answers</i>	<i>Absolute frequency N.</i>	<i>Percentage frequency %</i>
<i>Which of the following substances have you ever used in your life? (For non-medical use)</i>			
Tobacco	Yes	92	53%
	No	82	47%
Alcohol	Yes	89	51%
	No	85	49%
Cannabis	Yes	136	78%
	No	38	22%
Opioids	Yes	6	3%
	No	168	97%
Amphetamines	Yes	11	6%
	No	163	94%
Sedatives/Sleeping pills	Yes	31	18%
	No	143	82%
Cocaine	Yes	5	3%
	No	169	97%
Hallucinogens	Yes	15	9%
	No	159	91%
<i>How often have you used the substances listed below in the last three months?</i>			
Tobacco	Every day or almost every day	64	37%
	Once a week	5	3%
	Once a month	3	2%
	Once or twice	10	6%
	Never	92	53%
Alcohol	Every day or almost every day	12	7%
	Once a week	46	26%
	Once a month	20	11%
	Once or twice	27	16%
	Never	69	40%
Cannabis	Every day or almost every day	13	7%
	Once a week	3	2%
	Once a month	1	1%
	Once or twice	12	7%
	Never	145	83%
Opioids	Every day or almost every day	1	1%
	Once a week	1	1%
	Once a month	0	0%
	Once or twice	1	1%
	Never	170	98%
Cocaine	Every day or almost every day	2	1%
	Once a week	1	1%
	Once a month	0	0%
	Once or twice	0	0%
	Never	171	98%
Hallucinogens	Every day or almost every day	1	1%
	Once a week	1	1%
	Once a month	0	0%
	Once or twice	9	5%
	Never	163	94%
<i>Over the last three months, how often have you had a strong craving?</i>			
Tobacco	Every day or almost every day	48	28%
	Once a week	4	2%
	Once a month	3	2%
	Once or twice	9	5%
	Never	110	63%

<i>Substances</i>	<i>Answers</i>	<i>Absolute frequency N.</i>	<i>Percentage frequency %</i>
Alcohol	Every day or almost every day	3	2%
	Once a week	3	2%
	Once a month	2	1%
	Once or twice	6	3%
	Never	160	92%
Cannabis	Every day or almost every day	12	7%
	Once a week	1	1%
	Once a month	0	0%
	Once or twice	3	2%
	Never	158	91%
Opioids	Every day or almost every day	2	1%
	Once a week	1	1%
	Once a month	0	0%
	Once or twice	0	0%
	Never	171	98%
Amphetamines	Every day or almost every day	2	1%
	Once a week	1	1%
	Once a month	0	0%
	Once or twice	1	1%
	Never	170	97%
Sedatives/Sleeping pills	Every day or almost every day	5	3%
	Once a week	2	1%
	Once a month	0	0%
	Once or twice	2	1%
	Never	165	95%
Cocaine	Every day or almost every day	2	1%
	Once a week	1	1%
	Once a month	0	0%
	Once or twice	0	0%
	Never	171	98%
Hallucinogens	Every day or almost every day	1	1%
	Once a week	2	1%
	Once a month	0	0%
	Once or twice	0	0%
	Never	171	98%
<i>Over the last three months, how often has your substance use caused you health, social, legal or financial problems?</i>			
Tobacco	Every day or almost every day	5	3%
	Once a week	2	1%
	Once a month	0	0%
	Once or twice	4	1%
	Never	163	94%
Alcohol	Every day or almost every day	1	1%
	Once a week	1	1%
	Once a month	0	0%
	Once or twice	2	1%
	Never	170	97%
Cannabis	Every day or almost every day	2	1%
	Once a week	1	1%
	Once a month	0	0%
	Once or twice	1	1%
	Never	170	97%
Opioids	Every day or almost every day	2	1%
	Once a week	1	1%
	Once a month	0	0%
	Once or twice	1	1%
	Never	170	97%
Amphetamines	Every day or almost every day	2	1%
	Once a week	2	1%
	Once a month	0	0%
	Once or twice	1	1%
	Never	169	97%

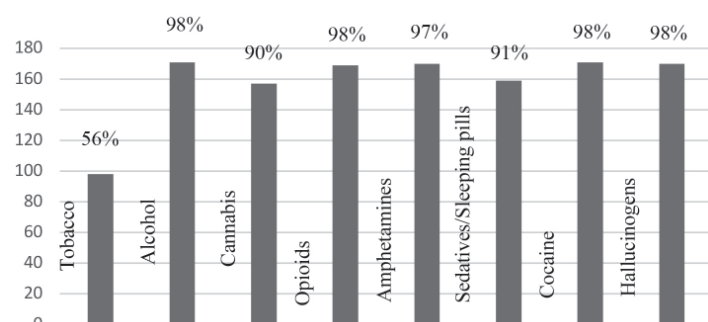
<i>Substances</i>	<i>Answers</i>	<i>Absolute frequency N.</i>	<i>Percentage frequency %</i>
Sedatives/Sleeping pills	Every day or almost every day	2	1%
	Once a week	2	1%
	Once a month	0	0%
	Once or twice	1	1%
	Never	169	97%
Cocaine	Every day or almost every day	2	1 %
	Once a week	1	1%
	Once a month	0	0%
	Once or twice	0	0%
	Never	171	98%
Hallucinogens	Every day or almost every day	1	1%
	Once a week	2%	1%
	Once a month	0	0%
	Once or twice	0	0%
	Never	171	98%
<i>Over the last three months, how often have you been unable to do what you normally do because of your substance use?</i>			
Alcohol	Every day or almost every day	0	0%
	Once a week	2	1%
	Once a month	1	1%
	Once or twice	1	1%
	Never	170	98%
Cannabis	Every day or almost every day	2	1%
	Once a week	1	1%
	Once a month	0	0%
	Once or twice	1	1%
	Never	170	98%
Opioids	Every day or almost every day	2	1%
	Once a week	1	1%
	Once a month	0	0%
	Once or twice	0	0%
	Never	171	98%
Amphetamines	Every day or almost every day	2	1%
	Once a week	1	1%
	Once a month	0	0%
	Once or twice	0	0%
	Never	171	98%
Sedatives/Sleeping pills	Every day or almost every day	1	1%
	Once a week	2	1%
	Once a month	0	0%
	Once or twice	0	0%
	Never	171	98%
Cocaine	Every day or almost every day	2	1%
	Once a week	1	1%
	Once a month	0	0%
	Once or twice	0	0%
	Never	171	98%
Hallucinogens	Every day or almost every day	2	1%
	Once a week	1	1%
	Once a month	0	0%
	Once or twice	0	0%
	Never	171	98%
<i>Has your use of substances caused concern among any of your friends, relatives or others?</i>			
Tobacco	Never	158	91%
	Yes, in the last 3 months	9	5%
	Yes, but not in the last 3 months	7	4%
Alcohol	Never	170	98%
	Yes, in the last 3 months	2	1%
	Yes, but not in the last 3 months	2	1%

<i>Substances</i>	<i>Answers</i>	<i>Absolute frequency N.</i>	<i>Percentage frequency %</i>
Cannabis	Never	169	97%
	Yes, in the last 3 months	2	1%
	Yes, but not in the last 3 months	3	2%
Opioids	Never	171	98%
	Yes, in the last 3 months	1	1%
	Yes, but not in the last 3 months	2	1%
Amphetamines	Never	171	98%
	Yes, in the last 3 months	0	0%
	Yes, but not in the last 3 months	3	2%
Sedatives/Sleeping pills	Never	170	98%
	Yes, in the last 3 months	1	1%
	Yes, but not in the last 3 months	3	2%
Cocaine	Never	171	98%
	Yes, in the last 3 months	1	1%
	Yes, but not in the last 3 months	2	1%
Hallucinogens	Never	170	97%
	Yes, in the last 3 months	1	1%
	Yes, but not in the last 3 months	3	2%
<i>Have you ever tried to cut down on or stop using substances without success?</i>			
Tobacco	Never	135	78%
	Yes, in the last 3 months	20	11%
	Yes, but not in the last 3 months	19	11%
Alcohol	Never	168	97%
	Yes, in the last 3 months	3	2%
	Yes, but not in the last 3 months	3	2%
Cannabis	Never	168	97%
	Yes, in the last 3 months	4	2%
	Yes, but not in the last 3 months	2	1%
Opioids	Never	170	98%
	Yes, in the last 3 months	2	1%
	Yes, but not in the last 3 months	2	1%
Amphetamines	Never	169	97%
	Yes, in the last 3 months	1	1%
	Yes, but not in the last 3 months	2	2%
Sedatives/Sleeping pills	Never	169	97%
	Yes, in the last 3 months	0	0%
	Yes, but not in the last 3 months	5	3%
Cocaine	Never	170	98%
	Yes, in the last 3 months	2	1%
	Yes, but not in the last 3 months	2	1%
Hallucinogens	Never	171	98%
	Yes, in the last 3 months	0	0%
	Yes, but not in the last 3 months	3	2%
<i>Risk level</i>			
Tobacco	Low risk	98	56%
	Moderate risk	74	43%
	High risk	2	1%
Alcohol	Low risk	171	98%
	Moderate risk	1	1%
	High risk	2	1%
Cannabis	Low risk	157	90%
	Moderate risk	15	9%
	High risk	3	1%

Substances	Answers	Absolute frequency N.	Percentage frequency %
Opioids	Low risk	170	98%
	Moderate risk	1	0,5%
	High risk	3	1,5%
Amphetamines	Low risk	169	97%
	Moderate risk	4	2%
	High risk	1	1%
Sedatives/Sleeping pills	Low risk	159	91%
	Moderate risk	12	7%
	High risk	3	2%
Cocaine	Low risk	171	98%
	Moderate risk	0	0%
	High risk	3	2%
Hallucinogens	Low risk	170	98%
	Moderate risk	3	1%
	High risk	1	1%
<i>Have you ever injected substances for non-medical purposes?</i>			
Never		167	96%
Yes, in the last 3 months		0	0%
Yes, but not in the last 3 months		7	4%

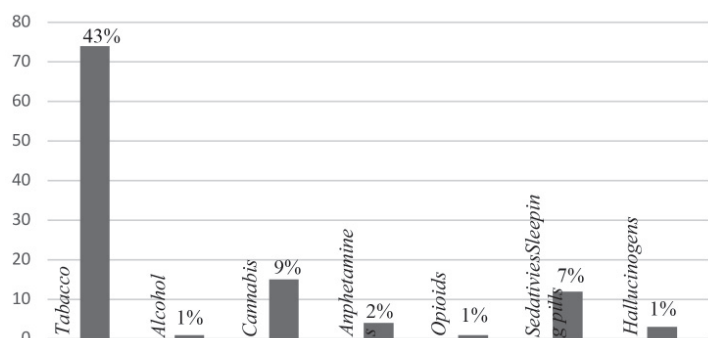
Analysis of the results shows that the low-risk category accounts for 56% (n = 98) for tobacco, 90% (n = 157) for cannabis, 91% (n = 159) for sedatives/sleeping pills, 97% (n = 169) for amphetamines, and 98% for alcohol (n = 171), opioids (n = 170), cocaine (n = 171) and hallucinogens (n = 170) (Figure 4).

Fig. 4 - Low Risk



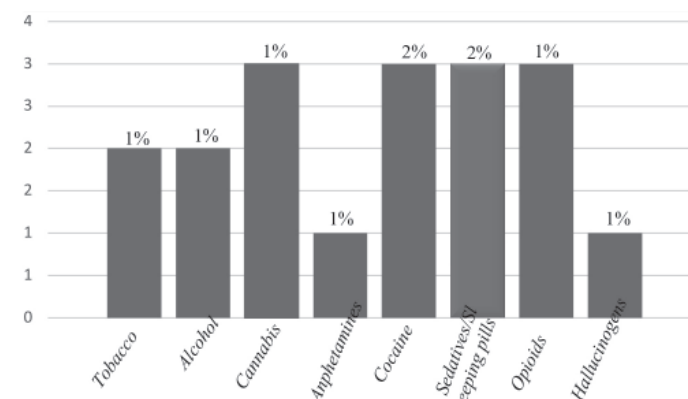
For moderate risk, the figures are 43% (74 cases) for tobacco, 1% (1 case) for alcohol, 9% (15 cases) for cannabis, 2% (4 cases) for amphetamines, 1% (1 case) for opioids, 7% (n = 12) for sedatives/sleeping pills and 1% (n = 3) for hallucinogens (Figure 5).

Fig. 5 - Moderate risk



Taking into account the high-risk category, tobacco accounts for 1% (2 cases), alcohol for 1% (2 cases), cannabis for 1% (3 cases), amphetamines for 1% (1 case), opioids for 1% (3 cases), 2% (n = 3) for sedatives/sleeping pills, 2% (n = 3) for cocaine and 1% (n = 1) for hallucinogens (Figure 6).

Fig. 6 - High Risk



A preliminary analysis was conducted to test the assumption of homogeneity of variances using Levene's test, which was found to be violated, $F(1, 172) = 11.43, p < .001$. Consequently, the t-test for independent samples with Welch's correction was used. The test results revealed a statistically significant difference in the number of companies in which participants had worked during their careers between men and women, $t(56.71) = -2.47, p = .016$. Specifically, men ($M = 4.05$) reported having worked in a greater number of companies than women ($M = 3.20$). The 95% confidence interval for the difference between the means is $[-1.53, -0.16]$, suggesting that the observed difference is substantial and not attributable to chance. The effect size, calculated using Cohen's d , was found to be -0.66 , indicating a moderate effect (Figure 7).

To assess whether there were differences in the number of settings changed between participants who reported never having used substances by injection and those who had used them, but not in the last 3 months, a two-sample Welch's t-test (un-

equal variances) was conducted. Thus, the experience of never having used substances is associated with higher values for this indicator. Levene's test did not detect any violations of the homogeneity of variances, $F(1,172) = 3.03$, $p = 0.083$. Welch's t-test revealed a significant difference between the two groups, $t(8.99) = 4.23$, $p = 0.002$, $p = 0.002$, with participants who had never used substances by injection showing higher mean values for changed settings (mean = 6.29) compared to those who had used them in the past, but not in the last three months (mean = 4.14). The 95% confidence interval for the difference between the means was between 1.00 and 3.30, confirming the significant effect.

Fig. 7 - Box plot Number of companies surveyed by gender

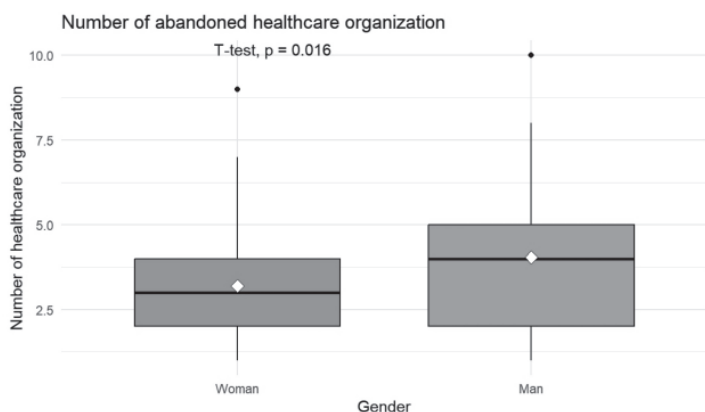
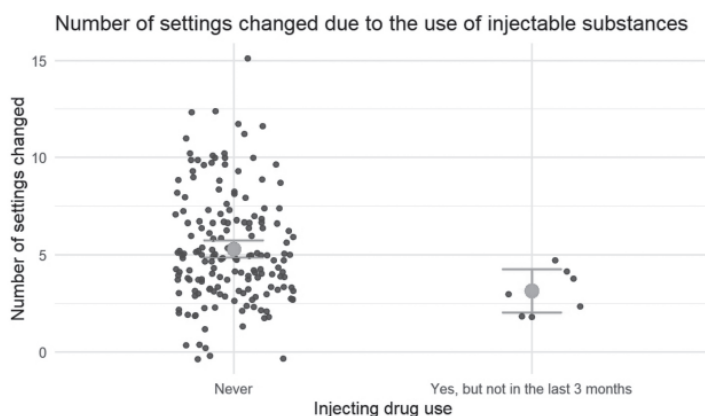
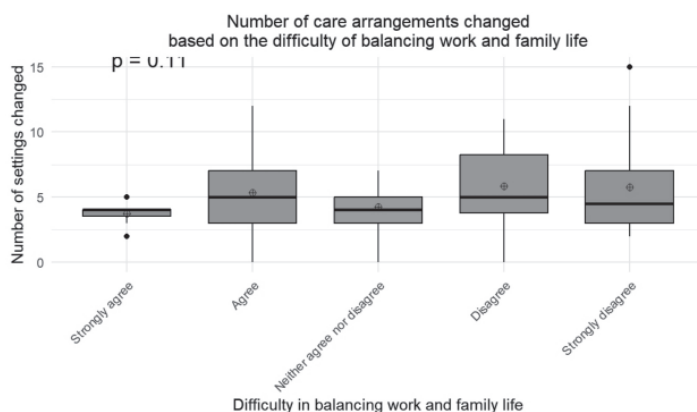


Fig. 8 - Scatter plot showing the number of settings changed according to the use of injectable substances



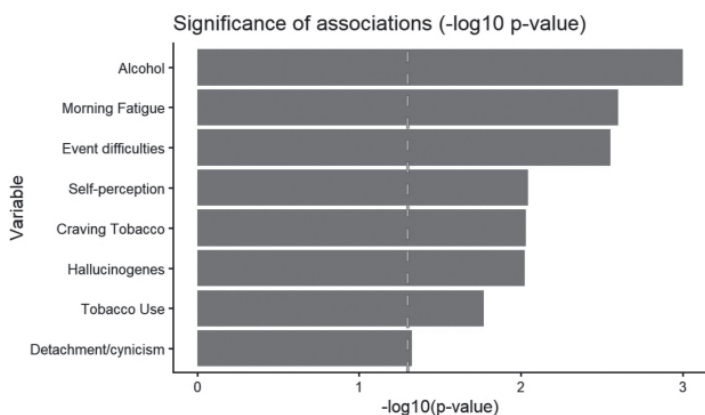
A Welch's ANOVA was conducted to examine differences in the number of care settings changed according to the perceived difficulty in balancing work and family life. Levene's test revealed a violation of the assumption of homogeneity of variances, $F(4, 169) = 3.34$, $p = .012$; therefore, Welch's correction was applied. The results showed a statistically significant difference between the groups, $F(4, 42.18) = 4.68$, $p = .003$. Post-hoc analyses, conducted using t-tests for independent samples with Bonferroni correction and without assuming homogeneity of variances, revealed significant differences between the 'Strongly agree' group and the 'Agree' ($p = .037$) and 'Disagree' ($p = .037$) groups. No further statistically significant differences emerged between the other pairs of groups ($p > .05$).

Fig. 9 - Boxplot ANOVA Care settings modified due to family circumstances



A statistically significant association emerged between gender and the perception of having a positive self-image (Fisher's Exact Test, $p = 0.009$). In particular, females exhibited a more heterogeneous distribution of responses, with a greater presence even in the most extreme categories (e.g. 'Strongly disagree'), whilst males tended to cluster predominantly in the intermediate categories, such as 'Neutral'. This result highlights gender differences in self-representation. A significant association was also found between gender and the perception of difficulty in overcoming critical events (Fisher's Exact Test, $p = 0.0028$). Females more frequently report high levels of difficulty, with responses concentrated in the negative categories ("Disagree" and "Strongly disagree"), whilst males show a more balanced distribution, also leaning towards more positive categories. This suggests a different perception of the ability to cope with stressful situations. With regard to feelings of tiredness upon waking, the analysis revealed a significant difference between the genders (Fisher's Exact Test, $p = 0.0025$). Females more often report high levels of morning fatigue, whilst males tend to report more moderate or favourable conditions, indicating a different subjective experience of rest. A significant difference was also observed in the level of cynicism and detachment in professional relationships (Fisher's Exact Test, $p = 0.047$). In this case, females showed a greater polarisation of responses, whilst males were predominantly concentrated in the central categories, suggesting different ways of perceiving and experiencing working relationships. With regard to substance use over the past three months, the results indicate a significant variation by gender (Fisher's Exact Test, $p < 0.001$). Males report high-frequency use more frequently, with a greater presence in the 'Daily or almost daily' category, whilst females are more represented in the 'Never' category and also distributed across the intermediate frequencies. This highlights different patterns of use between the groups. Similarly, significant differences emerged in the frequency of craving (Fisher's Exact Test, $p = 0.0093$). Females show greater variability in their responses, alternating between the absence and presence of craving – including frequent craving – whilst males tend to cluster more at the extremes of the distribution, indicating a more defined pattern. Finally, a further significant association was found for the frequency of recent substance use (Fisher's Exact Test, $p = 0.0095$). Females were predominantly in the 'Never' category, whilst males were more frequently found in the categories of occasional use, suggesting a more pronounced tendency towards sporadic use among males (Figure 10).

Fig. 10 - Fisher's significance test



Discussions

Analysis of the data from the questionnaire shows that the majority of respondents are women, accounting for 75% (131), whilst the remaining respondents are men, accounting for 25% (43). According to the National Federation of Nursing Associations, the profession is predominantly female, with women accounting for 76% (339,470) of those registered with the associations; this statistic also holds true at European level (FNOPI, 2024). The ANOVA analysis confirms that there is a significant correlation (p -value = 0.012) between the number of settings and the difficulty professionals face in balancing private life and work; the results show that the perception of certain difficulties leads to compensatory behaviour adopted to cope with work-related or personal challenges, such as changing department or operational unit. Post-hoc analyses revealed significant differences between the 'Strongly agree' group and the 'Agree' and 'Disagree' groups. This ambivalence is consistent with the literature, specifically the study conducted by Dr Söderberg, who states that, compared to women, men experience greater job mobility when exposed to high demands or a significant effort-reward imbalance (Söderberg *et al.*, 2014). Deng *et al.* also state that men working in the healthcare sector tend to leave the sector due to a lower tolerance for environments that are not meritocratic or are excessively routine, seeking out more dynamic settings that offer greater decision-making autonomy (Deng *et al.*, 2024). This phenomenon can be interpreted through the 'Glass Escalator' theory, which suggests that, in predominantly female environments, men tend to change jobs more frequently in order to reach leadership or better-paid positions more quickly (Williams, 1992).

Using the Fisher Test, the respondents' self-perception and self-assessment were examined. The results show that women tend to place themselves more at the extremes of the response scales (e.g. 'Strongly disagree'), whilst men show a greater propensity for neutral responses. These data highlight gender differences in self-representation and confirm the findings of numerous studies: on average, men exhibit higher self-esteem, whilst women tend to underestimate their own abilities. The gap is particularly pronounced in affluent Western societies, where cross-gender comparisons subject women to typically male standards. In such a context, women often start out with a 'perception deficit' regarding their own skills, which they

must compensate for with a double psychological effort. In the long term, this situation can contribute to a gradual erosion of self-esteem, negatively affecting self-perception and confidence in one's abilities (Bleidorn *et al.*, 2015). The scientific literature suggests that gender differences in self-esteem and self-perception are the result of complex processes of socialisation and the internalisation of cultural models. The gap emerges strongly during adolescence and tends to persist into adulthood, also influencing approaches and working styles (Kling, 1999). This phenomenon ties in perfectly with 'Impostor Syndrome', which explains how cultural contexts that reward humility and modesty convey the message that professional women's achievement of their goals is solely linked to luck or misjudgements. Consequently, women are more prone to perfectionism and harbour a fear of not being up to the task, which drives them to live in a constant state of alert, reducing their propensity for risk-taking and negotiation (Young, 2011).

Another aspect analysed concerns the difficulty in coping with stressful events and the perception of tiredness upon waking. The data show that women report greater difficulty in managing stressful situations (p = 0.0028), with responses concentrated in the negative categories ('Disagree' and 'Strongly disagree'), whilst men tend to fall more into the positive categories. At the same time, it emerges that women report a greater sense of fatigue upon waking (p = 0.0025), whilst men report more favourable conditions. Overall, these results suggest a consistent picture: women, compared to men, perceive greater limitations in managing daily stress and a higher level of physical fatigue, with possible repercussions on general well-being and resilience. A significant difference was also found in the level of cynicism and detachment in professional relationships (p = 0.047); indeed, women show a greater polarisation of responses, whilst men are predominantly concentrated in the central categories, suggesting different ways of perceiving and experiencing work relationships. Substance use emerges as a coping mechanism to alleviate these conditions, facilitated by the constant availability and accessibility of medicines, which may lead healthcare professionals to misuse them based on the belief that they can manage the risks thanks to their knowledge and technical expertise. Data from the ASSIST test reveal widespread tobacco use (53%), with daily use (37%), often accompanied by cravings reported by users (28%). Noteworthy is the figure relating to sedatives and sleeping pills, used by 18% of the sample, with daily use (5%), highlighting a self-medication strategy to cope with symptoms such as anxiety or insomnia. Although the majority of the sample falls into a low-risk category, 43% of participants are nevertheless at moderate risk for tobacco use and 7% for sedatives. Alcohol consumption, whilst presenting a low risk in 98% of cases, nevertheless shows weekly use in 26% of participants. These figures further illustrate that the risk of addiction is not only linked to the availability of the substance, but is also interlinked with organisational health and the professional's perception of competence, making it necessary to adopt an approach that integrates health surveillance with psychological support to promote professional well-being.

The survey also confirms that nurses are vulnerable to developing addictions, a phenomenon which the literature links to a prevalence of substance misuse ranging from 10% to 16%

(Dunn, 2005). This risk stems from increased workloads, as also demonstrated by the fact that 59% of the sample report critical levels of stress due to their work or study environment.

With regard to substance use, the data show significant gender differences. Men are more frequently exposed to high levels of use, characterised mainly by sporadic but recurrent use, suggesting the presence of a problem linked both to frequency and to the development of a habit. Women, on the other hand, are predominantly in the 'Never' category and experience intermittent cravings, indicating that the main difficulty lies in managing the urge to use rather than the actual frequency. These gender differences in addiction can also be explained at a biological level: gonadal hormones directly influence brain plasticity and modulate the way neurons communicate in the presence of substances of abuse. Consequently, the brain's response to stimuli associated with drug use or cravings differs between men and women, contributing to distinct behavioural patterns and different prevention and treatment strategies (Becker & Chartoff, 2018). Another study, using positron emission tomography (PET), demonstrated that men release a greater amount of dopamine in response to pharmacological stimuli than women. This demonstrates and supports the idea that male drug use is driven by more pronounced pleasure/euphoria, whilst female drug use is more closely linked to the management of negative states or cravings (Munro, 2006). Furthermore, male substance use is often viewed as an extension of 'masculinity', exhibitionism and strength, which encourages sporadic yet recurrent use linked to socialising. Conversely, substance use among women is burdened by a deep-seated social stigma. Since substance abuse is perceived as a violation of the caregiver role, in a traditionally patriarchal society, women are driven to conceal their addiction to avoid external judgement. The need to hide their condition confines their distress and significantly hinders their ability to seek help and access support services (Ettorre, 1992).

This study has certain limitations, despite the significant results obtained and the insights provided into the phenomenon under analysis. First and foremost, the cross-sectional nature of the research design must be taken into account; whilst this allows data to be collected over a defined period, it does not permit the establishment of definitive causal links between burnout and the onset of addictive behaviours. A further limitation concerns the sample, which was selected using a non-probabilistic convenience sampling method and restricted to 174 nurses at the 'Mazzoni' Hospital in Ascoli Piceno. This choice limits the analysis to a single healthcare setting, making it difficult to generalise the results to other healthcare facilities or organisations. Furthermore, the risk of bias linked to 'social desirability' must be considered: given the sensitive nature of the issues, participants may have underestimated their own behaviours, despite the measures taken to ensure confidentiality. Finally, the study excluded staff absent due to long-term illness or on leave, potentially excluding those who might have exhibited more acute forms of burnout or issues related to substance abuse, thereby limiting the overall representativeness of the data.

Conclusions

The issue of substance use and medication misuse among nurses is a complex problem that is still considered taboo

within the community. The literature shows that chronic stress and burnout are not merely signs of individual vulnerability, but rather the root of an organisational and structural crisis that threatens the well-being of staff and patient safety. The study presented here, conducted at the Local Health Authority at the 'C&G Mazzoni' Hospital in Ascoli Piceno, aims to examine these dynamics and identify the psychosocial determinants that drive individuals to resort to dysfunctional coping mechanisms. The results obtained confirm a heterogeneous reality; whilst, on the one hand, professionals report strong family support, on the other, a significant proportion of the sample reports critical levels of stress. The survey, carried out using the ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Screening Test), highlighted that tobacco is the most commonly used substance, followed by a concerning use of sedatives and sleeping pills, placing the sample in a moderate-risk category. The inferential analysis also revealed statistically significant gender differences, with men exhibiting greater mobility and a tendency towards sporadic consumption, whilst women reported higher levels of fatigue upon waking and greater difficulty in coping with critical events, suggesting the need for preventive interventions. The study highlights the central role of nurses in the care relationship, emphasising the importance of promoting a support-oriented culture, combating stigma and developing prevention strategies based on scientific evidence. From this perspective, the request for help should increasingly be recognised not as a sign of weakness, but as an expression of responsibility and professional awareness. It is therefore hoped that future research will explore the effectiveness of interventions aimed at organisational well-being and psychological support programmes, with the aim of ensuring the safe and sustainable management of healthcare professionals' mental and physical well-being. The findings suggest the need to introduce counselling and psychotherapeutic programmes aimed at strengthening self-esteem, particularly during the most critical stages of a professional career or whilst recovering from debilitating illnesses. In this context, the establishment of mutual support groups could prove to be an effective tool for encouraging the sharing of work experiences and personal stories, helping to normalise the phenomenon and reduce levels of anxiety and feelings of inadequacy. From a human resources management perspective, it is essential to adopt strategies aimed at preventing pathological staff turnover. In this regard, the creation of mentorship programmes, in which senior professionals support new recruits, can foster the development of trust, a sense of belonging and professional skills. It is also important to promote organisational policies based on flexibility and the recognition not only of results but also of personal growth processes. Finally, healthcare organisations that invest in the mental health of their staff not only improve the quality of care provided but also reap benefits in terms of reducing the costs associated with staff turnover and replacement. In this context, the National Action Plan for Mental Health (PANSM) provides a fundamental framework for guiding structured and sustainable interventions, promoting an integrated approach that takes into account the needs of both service users and staff. In light of the findings, it is clear that we need to move beyond a still-limited view of organisational wellbeing – often confined to one-off interventions – and instead adopt systemic and ongoing strategies. Although the PANSM focuses

primarily on the general population, it can also be effectively applied in the healthcare workplace, promoting the adoption of organisational models that place greater emphasis on the prevention of psychological distress, the promotion of resilience and support in situations of heightened vulnerability. A crucial aspect concerns overcoming the stigma associated with seeking help, which remains widespread among healthcare professionals. In this regard, integrating the recommendations of the PANSM with organisational policies aimed at safeguarding mental health can help to create safer and more inclusive working environments, in which psychological well-being is recognised as an integral part of professional practice. In conclusion, investing in the mental health of healthcare workers is not only an ethical duty, but also a strategic choice to ensure the sustainability of the healthcare system. The alignment between scientific evidence and the PANSM guidelines therefore presents a concrete opportunity to develop effective interventions capable of improving both the working conditions of professionals and overall care outcomes.

References

- Bagnasco A., Dasso N., Rossi S., Timmins F., Watson R., Aleo G., Catania G., Zanini M., & Sasso L. (a cura di) (2020). A cross-sectional multisite exploration of Italian paediatric nurses' reported burnout and its relationship to perceptions of clinical safety and adverse events using the RN4CAST@IT-Ped. *J Adv Nurs*, 76(8): 2072-2081.
- Becker J.B., & Chartoff E. (a cura di) (2018). Sex differences in neural mechanisms mediating reward and addiction. *Neuropsychopharmacology*, 44(1): 166-183.
- Bleidorn W., Arslan R.C., Denissen J.J.A., Rentfrow P.J., Gebauer J.E., Potter J., & Gosling S.D. (a cura di) (2015). Age and gender differences in self-esteem – A cross-cultural window. *Journal of Personality and Social Psychology*, 111(3): 396-410.
- Deng J., Wang P., Tian X., Li K., Yang L., & Ding S. (a cura di) (2024). Turnover intention and its influencing factors among male nurses in China: a national-scale descriptive study. *BMC Nurs*, 14, 23(1): 833.
- Dunn D. (a cura di) (2005). Substance abuse among nurses: Defining the issue. *AORN Journal*, 82(4): 573-596.
- Ettore E. (a cura di) (1992). *Women and Substance Use*.
- Favretto G. (a cura di) (1994). *Lo stress nelle organizzazioni*. Bologna: il Mulino.
- Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche [FNOPI] (a cura di) (2023). *Studio BENE: burnout, intenzione di lasciare e sicurezza delle cure. I primi dati*. -- Disponibile al sito: <https://www.fnopi.it/2023/12/13/studio-bene-burnout/>. Consultato il 10/02/2026.
- Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche [FNOPI] (a cura di) (2024). *Le donne puntano sull'Infermieristica: in Italia sono il 76% degli iscritti*. Fnopi. -- Disponibile al sito: <https://www.fnopi.it/2024/03/08/8-marzo-infermiere-3/>. Consultato il 30/03/2026.
- Giorgi F., Mattei A., Notarnicola I., Petrucci C., & Lancia L. (2018). Can sleep quality and burnout affect the job performance of shift-work nurses? A hospital cross-sectional study. *J Adv Nurs*, Mar, 74(3): 698-708. Doi: 10.1111/jan.13484.
- Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro [INAIL] (a cura di) (2022). *La gestione dello stress lavoro-correlato: strumenti e metodologie di intervento nel settore sanitario*. -- Disponibile al sito: <https://www.inail.it/portale/it/inail-comunica/news/notizia.2025.05.piattaforma-inail-per-la-valutazione-e-gestione-del-rischio-stress-lavoro-correlato.html>. Consultato il 15/02/2026.
- Istituto Superiore di Sanità (a cura di) (2003). *La tutela della salute della donna. Rapporti ISTISAN*. Istituto Superiore di Sanità. -- Disponibile al sito: <https://www.iss.it/documents/20126/955767/0328.1109159497.pdf/21abdeec-641d-d883-0309-a739bf2ee3b9?t=1575578494070>. Consultato il 15/02/2026.
- Kling K.C., Hyde J.S., Showers C.J., & Buswell B.N. (a cura di) (1999). Gender differences in self-esteem: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125(4): 470-500.
- Maslach C., & Leiter M.P. (a cura di) (2016). Understanding the burnout experience: some comparative transitions. *Current Directions in Psychological Science*, 25(2): 103-111.
- Ministero della Salute (a cura di) (2024). *I servizi per le tossicodipendenze in Italia: i dati del 2023*. -- Disponibile al sito: <https://www.salute.gov.it/new/it/news-e-media/notizie/i-servizi-le-tossicodipendenze-italia-i-dati-del-2023/>. Consultato il 15/02/2026.
- Munro C.A., McCaul M.E., Wong D.F., Oswald L.M., Zhou Y., Brasic J., Kuwabara H., Kumar A., Alexander M., Ye W., & Wand G.S. (a cura di) (2006). Sex differences in striatal dopamine release in healthy adults. *Biol Psychiatry*.
- Söderberg M., Härenstam A., Rosengren A., Schiöler L., Olin A., Lissner L., Waern M., & Torén, K. (a cura di) (2014). Psychosocial work environment, job mobility and gender differences in turnover behaviour: a prospective study among the Swedish general population. *BMC Public Health*, 14(1), 605.
- Williams C.L. (a cura di) (1992). The Glass Escalator: Hidden Advantages for Men in the "Female" Professions. *Social Problems*. -- Disponibile al: <https://xyonline.net/sites/xyonline.net/files/Williams%2C%20The%20Glass%20Escalator%201992.pdf>. Consultato il 30/03/2026.
- World Health Organization [WHO] (a cura di) (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. 289-292. -- Disponibile al sito: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf. Consultato il 15/02/2026.
- Young V. (a cura di) (2011). *The secret thoughts of successful women: Why capable people suffer from the impostor syndrome and how to thrive in spite of it*. Crown Business.

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

Il gioco d'azzardo patologico e il senso di appartenenza. Un confronto tra modalità differenti di “fare” gruppo nell'esperienza campana e molisana

Iolanda Anna Baccigalupi*, Mariangela Acernese**, Giuseppe Antonio Scioli***, Luigi Perna****

Riassunto

■ Nella complessa dimensione della ludopatia, il gruppo apre un nuovo capitolo, con pagine da riscrivere con la premessa necessaria della diffidenza, della cautela, della profezia che si autoavvera.

Il giocatore si sperimenta su un terreno che non ha mai conosciuto, lo ha fatto in parte o che deve ritrovare nella memoria degli affetti. Uscire dall'isolamento vuol dire mettersi a nudo e questo richiede, in primis, accettare gli “abiti” in cui è costretto dal gioco. Armonizzare quelle parti stridenti degli affetti spontanei con tutte quelle volte in cui ha tradito le sue priorità è mettersi allo specchio e guardare e sfidare l'immagine che tanto si sforza di rinnegare. Il gruppo farà da cassa di risonanza aprendo tutte le ferite ignorate e nel contempo, una sorta da “ammortizzatore” perché contatta la condivisione, l'assenza di giudizio l'empatia tra simili. Riemerge la rassicurazione del senso di appartenenza e la prospettiva di un tessuto sociale in cui ritrovare la voce e un ruolo, mette il giocatore nella condizione di ascoltare ed essere ascoltato.

Si esplorano tre differenti modi di condurre il gruppo di auto-aiuto, due delle quali su territori diversi (Campania e Molise); si delineano, così, risorse e limiti di percorsi in presenza dei familiari, con i soli giocatori ludopatici e di una graduale evoluzione da una modalità all'altra. ■

Parole chiave: DGA/GAP, Gruppo di auto aiuto, Famiglia e dipendenze, Caratteristiche di personalità (chiusura relazionale, isolamento), Bambini, Disturbo da gioco d'azzardo, Carriere di gioco, Credenze, Coinvolgimento della comunità, Funzionamento familiare, Comorbidità, Dipendenza comportamentale, Emozioni di base.

Summary

■ In the complex dimension of gambling addiction, the group opens a new chapter, with pages to be rewritten with the necessary premise of mistrust, caution, and self-fulfilling prophecy.

The gambler is testing himself on a terrain he has never known, has only partially experienced, or must rediscover in the memory of his loved ones.

Emerging from isolation means laying himself bare, and this requires, first and foremost, accepting the “habits” in which gambling forces him.

Harmonizing those jarring parts of spontaneous affections with all those times he has betrayed his priorities means standing in the mirror and looking at and challenging the image he tries so hard to deny.

The group will act as a sounding board, opening all the ignored wounds and, at the same time, a sort of “shock absorber” because it fosters sharing, the absence of judgment, and empathy among similar people.

The reassurance of a sense of belonging and the prospect of a social fabric in which to rediscover a voice and a role resurface, enabling the player to listen and be listened to.

Three different ways of conducting the self-help group are explored, two of which are in different regions (Campania and Molise); thus, the resources and limitations of programs in the presence of family members, with only the compulsive gamblers, and a gradual evolution from one modality to another are outlined. ■

Keywords: DGA/GAP, Self-help group, Family and addictions, Personality characteristics (relational withdrawal, isolation), Children, Gambling disorder, Gambling careers, Beliefs, Community involvement, Family functioning, Comorbidity, Behavioral addiction, Basic emotions.

Articolo sottomesso: 28/07/2025, accettato: 21/10/2025

* Assistente Sociale, Ser.D. di Termoli.

** Dirigente psicologa/psicoterapeuta Ser.D. di Termoli.

*** Responsabile UOS Ser.D. Regionale, Molise.

**** Sostituto Direttore UOC, Ser.D. Alcologia ASL Avellino.

Il bambino che non sa cadere

Il bambino, nel gioco (ludus), tesse intorno a lui una ragnatela entro uno spazio riconosciuto e rassicurante. Ogni nodo è un modo, sempre più solido e strutturato, di appartenere al mondo emotivo in cui si muove; ogni nodo una tappa in direzione di tutte quelle certezze di cui deve nutrirsi per appagare la fame di affetti e di esperienze. Quella piccola e generosa “stanza” avrà sempre meno angoli bui: più è rassicurante e accogliente più sarà disponibile nell’espandere le sue pareti.

Immaginiamo che quella stanza resti immutata, che le sue finestre siano chiuse perché fuori, i confini ancora inesplorati, siano oscuri, minacciosi. Il mondo interiore entro cui si muove chi ha ancora la “missione” di esplorare è conquistato da più zone d’ombra che da chiarori, che invitano alla curiosità. Allora si resta immobili, in attesa di uno stimolo che distragga, che rapisca, che scriva sempre la stessa storia, già nota, prevedibile.

E la storia non la riscrive il protagonista, la subisce fino a divenire una comparsa in quel mondo di affetti che restano “fuori dalla finestra”. Sa che esiste un abbraccio, ma non ha il coraggio di andarselo a prendere, perché non lo riconosce come un bisogno, perché non lo percepisce come diritto. Così la conquista di quel mondo non è più una missione, ma un’opportunità che non ha saputo conquistare.

Si apre il “famelico” capitolo delle colpe, della frustrazione, del senso di inadeguatezza nella pelle che costringe ad un’identità “so-spesa”. Tutta l’ambiguità delle aspettative disattese, delle risposte inevase, dei dolori senza abbraccio alimenterà un senso di appartenenza che non è più “radice”, ma “colpa”, senza estinzione.

La capacità di essere aiutato, accolto, ascoltato deriva dalla possibilità di percepire sia qualcuno disposto a rispondere al bisogno espresso, altrimenti il dolore perde la voce e gli affetti i loro volti.

Se cade non chiede di essere sorretto, ma si rialza da solo. Se ha fame aspetterà che il pranzo sia pronto per tutti, perché i suoi bisogni “speciali” sono inopportuni. Se ha paura piangerà in silenzio. E indosserà gli stessi abiti, perché sapranno di una storia a cui non sente di appartenere.

Osservate un bambino che non ha imparato a cadere e chiedere che sia un bacio a guarire le ferite; regalategli un sonaglino e avrà paura di farlo suonare e se dovesse suonare da solo lo ascolterà per ore, in una sorta di “gelida” ipnosi.

Il tempo rinnegato

Il bambino sa di essere a casa sua, ma la vive con la cautela di chi sia aspetta di essere ignorato e, ancor più grave, tradito. In quel *loop* relazionale in cui chiede senza essere ascoltato e smette di reclamare arrendendosi al ruolo del “bambino senza bisogni”, quello che sa stare al suo posto, senza dar fastidio; si insinua il desiderio di costanza e prevedibilità di una rigidità tale da restituire una gabbia.

Così le scene di un cartone che si ripetono, una melodia che non cambia registro, un rumore cadenzato e una stanza senza finestra creano quella “culla senza scossoni” in cui il bambino trova giaciglio. Questa immagine vi ricorda qualcosa?

Resta un bambino in quella stanza con una sola porta di accesso, le luci che si accendono cadenzate non lasciando scampo all’attenzione, quel tintinnio mascherato da musicchetta da luna-park, ma che è sempre la stessa patetica nota che inciampa sulla noia, le scene in cui ci si crede protagonista, un “terminator con le bolle di sapone”, i corridoi scuri e i separé che ti urlano in faccia “il mondo è superfluo, ti basto io!”

Il tempo. Fuori scorre, rotola sui marciapiedi calpestati dalla vita. Scivola e raccoglie ricordi, rimpianti, risate, foto di famiglia.

Altrove il tempo non aspetta, ma nella stanza senza orologi ti attende, sornione, beffardo, sadico. Non entrano le attese della famiglia in pena, gli impegni quotidiani, le difficoltà dell’economia domestica, le ambizioni professionali, i malumori del partner, le lacrime dei cari. Chiusa la porta dei giochi alle spalle, si diventa un automa in un percorso noto che, senza accorgersi dei passi compiuti, sa esattamente dove dirigersi.

Il bambino non possiede il senso del tempo, l’adulto lo rinnega perché ha un tempo tutto suo che spera di riavvolgere e riconquistare, perdendo anche ciò che non ha; il tempo che vince nelle tasche deve essere reinvestito perché possa essere perso ancora, e ancora.

L’adulto che gioca (*agon*) non ama vincere come il bambino che mostra, con orgoglio, il suo premio alla mamma; la vincita equivale alla colpa di nascondere il premio a se stesso e ai suoi cari, è una preda che mangerà da solo per poi vomitarla. Sa di essere nel luogo e nel momento sbagliato, ma si racconta di essere un eroe che deve ammorbidire una catastrofe. È lucido nel senso di colpa, capace di intendere, ma ferocemente incapace nel volere; la volontà vince sulla necessità e mette un argine alle priorità negate. Mente a se stesso, sapendo di mentire, ma non riesce a fare a meno di accordare il suo castello di bugie.

Il giocatore ha smesso di giocare quando ha dimenticato il suo bambino interiore che sa divertirsi.

Il senso di appartenenza del gruppo

Quel bambino senza branco diventerà un uomo senza radici, con una casa solida solo nelle abitudini; i legami deve rinegoziarli in un dare e avere senza sosta. Probabilmente avrà imparato che è ciò che ha, che “sentire” ti lascia senza fiato e senza certezze.

Quel bambino che ha imparato a cadere senza piangere, non saprà accorrere all’ennesimo “al lupo, al lupo!”. Non avrà imparato che chi chiede attenzione, può anche fare richieste irrazionali; all’amore, risponderà con il sospetto e negozierà le attenzioni con la manipolazione.

Il giocatore è quel bambino che ha trovato una soluzione che anestetizza le mancanze, che si riappropria di quell’egocentrismo in cui al dolore risponde con la negazione. Allontana il senso di solitudine dalla sua mente con l’agito in cui risucchia la sua intera esistenza e quella dei suoi cari.

“Se non appartengo agli affetti devo negoziare con il denaro le emozioni”.

Qui il gruppo apre un nuovo capitolo, con pagine da riscrivere con la premessa necessaria della diffidenza, della cautela, della profezia che si autoavvera.

Il giocatore si sperimenta su un terreno che non ha mai conosciuto, o che ha conosciuto in parte, o che deve ritrovare nella memoria degli affetti. Uscire dall’isolamento vuol dire mettersi a nudo e questo richiede, *in primis*, accettare gli “abiti” in cui è costretto dal gioco. Armonizzare quelle parti stridenti degli affetti spontanei con tutte quelle volte in cui ha tradito le sue priorità è mettersi allo specchio e guardare e sfidare l’immagine che tanto si sforza di rinnegare. Il gruppo farà da cassa di risonanza aprendo tutte le ferite ignorate e nel contempo, da “ammortizzatore” contattando la condivisione, l’assenza di giudizio l’empatia tra simili.

Fa riemergere la rassicurazione del senso di appartenenza e la prospettiva di un tessuto sociale in cui ritrovare una voce e un ruolo, mette il giocatore nella condizione di ascoltare ed essere ascoltato.

L'esperienza del Gruppo di Auto Mutuo Aiuto presso il Ser.D. di Termoli

Popolazione target e metodologia

Il gruppo di Auto Mutuo Aiuto per i soli giocatori d'azzardo ha avuto inizio a ottobre 2022, in seguito ad una fase preliminare di raccolta dei dati attraverso questionari volti ad esplorare la motivazione, la struttura di personalità e la tipologia di gioco ed il grado di intensità della dipendenza¹. L'utenza è stata, inoltre, contattata anche mediante incontri sul territorio sui diversi target suddivisi per fasce di età; per cui, oltre a coloro che già afferivano al servizio, è stata coinvolta la popolazione "anziana", riconosciuta tra le fasce più sensibili al gioco d'azzardo patologico, raggiunta con un ciclo di incontri presso circoli, comuni, associazioni, ecc. o materiale di divulgazione strategicamente distribuito.

La scelta di non coinvolgere le famiglie nel progetto (almeno nella fase iniziale) va nella direzione di aderire e modificare, con cauta gradualità, quella totale assenza di coesione tra gli utenti giocatori, ognuno inteso come monade in una "bolla" di solitudine condivisa. Altra motivazione deriva dal timore di esporsi, da parte del giocatore, data la totale assenza di comunicazione all'interno del sistema familiare.

Per chiara scelta operativa, il target su cui ci siamo concentrati aveva già intrapreso un percorso multidisciplinare individuale e familiare; in questa fase, come opportunità totalmente nuova sul territorio, abbiamo condotto, gradualmente, l'utenza verso gli incontri settimanali spiegando loro il potenziale disponibile nelle dinamiche insite nel gruppo quale strumento fondamentale nella riattivazione della condivisione, complice e funzionale, con i propri cari.

Nelle prime fasi del lavoro, il gruppo rispondeva, come esigenza emergente, ad una condizione di solitudine paralizzante che incastrava gli utenti in una totale e feroce mancanza di proiezione nel futuro e di contenimento da parte del loro tessuto familiare e sociale. Iniziare con un impegno settimanale ha condotto i partecipanti, piano piano, ad un rientro in quella piccola porzione di realtà esterna alle stanze solitarie del gioco. Quasi nell'immediato si è palesato un bisogno di complicità e condivisione, che ha raccontato quanto il giocatore si senta incompreso nella sua rigida e totalizzante "incapacità nel volere", resa ancor più dolorosa dalla lucida e sofferta "capacità di intendere".

Anche la scelta degli spazi, in questa esperienza molisana, non è dettata dal caso. In un contesto in cui il giocatore non dispone di alcuna dimensione di accoglienza, né di un'opportunità chiara di definirsi nella sua difficoltà, ma soprattutto nella patologia di cui è affetto, abbiamo messo a disposizione i locali dello stesso Ser.D.; ciò allo scopo di lanciare un messaggio chiaro a coloro che (gli stessi utenti *in primis*) si sentivano imbrigliati in un pregiudizio, secondo il quale il gioco è associato a un "brutto vizio". Il Servizio ha restituito loro la dignità di "pazienti" e, in quando tali, di destinatari di attenzione, cura e comprensione "propositiva".

Non abbiamo raccolto particolare resistenza nell'adesione al lavoro di gruppo, se non in quel che sopravviveva al retropensiero primordiale del giudizio da parte del contesto sociale in cui gran parte di loro lavorano. Nello stesso servizio, abbiamo comunque predisposto uno spazio dedicato, distante dall'area di somministrazione e con un ingresso differente dall'utenza con una dipendenza da sostanze; questo, non per evidenziare una distanza, inesistente, tra le tipologie di pazienti affetti da dipendenza, ma perché abbiamo ritenuto opportuno differenziare gli spazi predisposti per le dipendenze comportamentali che, sempre più frequentemente, interessano un'utenza giovane e che non ha mai avuto contatto con alcol o sostanze.

Gli incontri, differentemente da quanto è previsto, sono totalmente privi di rituali o momenti scanditi da scelte operative prevedibili; lo scopo è quello di spezzare tutte quelle dinamiche di cui i giocatori sono vittime, i passaggi obbligati dall'anteprima del pensiero al passaggio all'atto (stessa strada, stesso bar, indumenti indossati durante l'ultima vincita, la medesima postazione, il giorno prescelto).

Il messaggio veicolato è stato di libero arbitrio, di libertà nella scelta degli impegni quotidiani in assenza del vincolo del "pensiero" coartato dal gioco. Lo spazio ha raccontato "qui potete sedervi dove volete e pensare al domani senza tradire le vostre radici!". In questa scelta ci siamo persi, in modo del tutto consapevole e controllato, il conforto del "prevedibile", il contenimento di una stanza in cui è tutto noto e facilmente controllabile; di contro, abbiamo ottenuto la percezione di autonomia nel riconoscere e stabilire le priorità della giornata, di accordare le esigenze emotive emergenti in assenza delle rigidità di un copione.

Al primo incontro sono state presenti 7 utenti che, nel corso dei dodici mesi, sono arrivati a 15, con una media di 11 persone per gruppo. Le assenze sono state, perlopiù, motivate da impegni lavorativi, familiari o per salute. Molti di loro (almeno 6) avevano già intrapreso un percorso per abuso di sostanze o alcol pregresso o concomitante. Altri (3 persone) avevano appreso dell'opportunità che nasceva sul loro territorio attraverso locandine e *brchure* opportunamente distribuite nei luoghi sensibili; questi ultimi mostravano dapprima un'emergenza nell'intraprendere un percorso e, nel contempo, maggiori resistenze nel riconoscersi come persona affetta da dipendenza che necessita di un aiuto strutturato e multidisciplinare.

Principali tematiche

Il gruppo, con il passare del tempo, si è allontanato, gradualmente, dalle esigenze legate al gioco e si è addentrato nell'emotività legate alla patologia di dipendenza.

I vissuti di isolamento e solitudine hanno trovato spazio immediato e si sono proposti come terreno fertile per il consolidarsi di una sana complicità che si esprime anche al di fuori dell'incontro settimanale.

Quel che sembra avere la priorità è stata la tematica economica, come "emergenza" in cui converge la complessità della tematica di dipendenza. Più facile, per il giocatore, rispondere (o richiedere) una soluzione concreta (rinegoziazione del debito, amministrazione di sostegno, ecc.) che accogliere la dimensione emotiva con cui deve fare i conti. Le difese si attivano, dopo aver esplorato il senso di isolamento in cui versano, rimodulando le tematiche con quesiti puramente pragmatici.

In molti (almeno 7) erano in una fase di disvelamento sofferto dell'entità del danno economico ai familiari, vissuto come prioritario rispetto ai vissuti depressivi e di inadeguatezza del paziente. La discussione verteva, nella maggioranza dei casi, sulle opportunità negate alla famiglia, sul senso di colpa, sulla necessità di soluzione pragmatica della patologia. La condivisione di realtà comuni affrancava il singolo da quel macigno emotivo che sentiva di sopportare in totale solitudine; la consapevolezza di non essere soli e incompresi, liberava spazi impensabili di ridefinizione di un sé che può essere "riparato" nel proprio mondo ma pure nel contatto con altri mondi percepiti come non più ostili e rifiutanti.

È emerso un senso di appartenenza nuovo o ritrovato e l'entusiasmo iniziale di un cammino che non sia totalmente al buio. La complicità totale, gradualmente, prepara alle divergenze di opinioni rese accettabili dalla percezione di assenza del giudizio.

È emerso l'utente "alpha" che si riconosce come trainante, quello capace di mettere al servizio la sua esperienza e i suoi conflitti riconosciuti e elaborati, quello che "sta più avanti"; il gruppo gli riconosce un ruolo e la capacità di essere di supporto in assenza del facilitatore.

Il gruppo si avviato verso una sorta di autonomia, nella definizione di un'"entità" con una personalità propria, un umore soffuso, un'atmosfera che permea l'intero andamento. Come la personalità che emerge in modo più "esuberante", c'è l'utente che si "accomoda" in risposta ad una dipendenza affettiva irrisolta e altri due che rispondono ad un loro bisogno interno di fornire un contesto relazionale di riferimento.

Gruppo con i familiari

Il gruppo ha avuto durata di 12 mesi ed è stato interrotto per altrettanti 12 mesi (periodo di ripresa del progetto entro il quale nasceva il gruppo), pur mantenendo un contatto frequente con l'utenza. Due pazienti hanno intrapreso un percorso comunitario.

Ad oggi il gruppo di soli giocatori è pronto a mettere in crisi gli equilibri, ad aprire le porte ai familiari. Una "barriera corallina" che non fa più resistenza perché ha acquisito la capacità, nell'anno di lavoro precedente, di parlare ed essere ascoltato. I partecipanti, infatti, hanno lavorato sui segreti e sulle mezze verità. In quella stessa stanza del Ser.D. hanno ricostruito, a fatica, la loro identità, hanno significato gli eventi lontani dal conflitto e il giudizio che incontrano in famiglia. Hanno ritrovato la dignità di chi merita sostegno e comprensione. La complicità con gli altri compagni di viaggio ha smesso di farli sentire solo sbagliati, solo colpevoli, seppur non distanti dalle responsabilità. Quel senso di appartenenza ha condotto verso una "famiglia" possibile, quella di origine.

Pronti ad affrontare i legami perché degni di essere riparati, amati e compresi.

In questo contesto si uniscono nuovi utenti e fanno il loro ingresso direttamente con la moglie, il marito, una sorella, i genitori. L'"altra barricata" (la famiglia) entra in punta di piedi perché ha, comunque, lavorato fuori da quella stanza. Ha accolto i segnali di cambiamento ed è cambiata a sua volta, in alcuni casi senza accorgersene, in altre attraverso una terapia familiare parallela. Pazienti e familiari non si schierano più uno di fronte all'altro, ma accanto; non aprono con il conflitto, ma con il desiderio di cambiamento.

L'anno precedente li ha preparati a nuovi mondi possibili, al "riparare" insieme, a mettere in discussione il giudizio rancoroso. Questa è la prova che il cambiamento del singolo, seppur lento e complicato, costringe alla messa in discussione del sistema anche se fisicamente assente.

I familiari sono spugne, di rado attivano una coriacea resistenza; avviene solo nella ridistribuzione delle responsabilità e dei ruoli. Entrano pensando di essere "intoccabili" e virtuosi, ne escono con le stesse "crepe" dell'ingranaggio da riparare affidato al gruppo, le stesse crepe in cui accedono nuovi modi possibili di stare insieme.

Il gruppo, ripopolato e rinnovato, è più consapevole della necessità del tempo che lo caratterizza. La fiducia nel percorso è quasi un punto di partenza e non una meta.

Sembrerebbe una favola a lieto fine, ma è semplicemente un nuovo capitolo, non sempre facile da leggere o da riscrivere. Ad oggi il gruppo è attivo e l'utente "alpha" ha addirittura ceduto i suoi privilegi per consentire ad altri di emergere dal loro silenzio.

L'esperienza di gruppo di Avellino

Il gruppo di Auto-Mutuo Aiuto di Avellino si propone come un interessante confronto con l'esperienza di Termoli così diversa. Innanzitutto nasce al di fuori dal contesto sanitario, in una cornice neutra. Uno stanzone luminoso con tante sedie, molte delle quali restano vuote. È un locale in prestito dall'oratorio, presto riconosciuto da tutti i partecipanti come "il luogo dell'aiuto".

Qui il giocatore è stato accolto, sin dai primi contatti, insieme alla famiglia. In tutto una ventina, costanti nel tempo, con sporadici abbandoni e ritorni. Quasi sempre tutti presenti, in caso contrario era un'assenza preannunciata nel gruppo whatsapp che faceva rete attiva e rassicurante.

C'era l'attesa, fuori dai locali, un'attesa preziosa perché premessa del gruppo e anticamera degli umori che si sarebbero espressi dentro. Poi la scelta delle sedie, mai casuale, che raccontava talvolta di una moglie agguerrita, di malumori familiari, di attriti manifesti e sotterranei, di complicità da esplorare; queste le prime, importanti informazioni che prendevano una piega non sempre positiva.

Poi i rituali, gli assenti giustificati e le fughe preoccupanti, il diario di bordo e quella frase che spesso inchiodava alle colpe, alle aspettative disattese, di rado al giudizio da riconoscere ed elaborare: "Non gioco da 230 giorni".

In caso contrario la conta ricominciava da zero, un "riavvolgere" che pesava più della ricaduta. Poi le discussioni in cui si ribadivano le regole (rispetto dei turni, assenza di giudizio, accoglienza, rispetto), poche ed essenziali.

In principio le fazioni familiari/giocatori erano palesi e conflittuali; qualcuno restava in silenzio in attesa di verità centellinate. Il gruppo era numeroso ed in crescita rapida in risposta ad un bisogno crescente ed un efficace passaparola. Arriva il momento di duplicare il gruppo, si spezzano i legami, soffrono le complicità, si attivano le resistenze.

Le dinamiche che emergono mettono in luce antiche fragilità legate ad un feroce bisogno di appartenenza che si era consolidato nel tempo.

Ma anche questa è l'evoluzione che nasce dalla crisi.

Si lavora sulla necessità di ristrutturare i legami familiari, di riattivare una comunicazione che "dica" e che non riempia solo spazi. I familiari, a quel punto, si riappropriano del protagonismo, nascono i primi cenni di comprensione, tenerezza, complicità dimenticate. Si notano i primi sguardi di intesa, nuove promesse, equilibri rinnovati, decisioni consapevoli seppur dolorose. Alcuni si ritrovano, altri scelgono la distanza, altri ancora persistono nel silenzio e nel segreto. Anche lacrime, urla e accuse aprono la strada al cambiamento.

In due casi, quelli più resistenti, famiglia e giocatore decidevano, con lucida complicità, di mantenere intatte le aree di segreto perché incapaci di affrontare l'alternativa e di esplicitare il ruolo della "bugia" in quel sistema, troppo antico, troppo consolidato: la resistenza.

Il gruppo, oggi, ha una vita intensa e di crescita condivisa di oltre sei anni.

È un gruppo con ricadute preziose, ma perlopiù con un percorso consolidato nel tempo: un gruppo che resiste oltre la terapia. Famiglia laddove la famiglia è troppo fragile.

Conclusioni

Si raccontano due esperienze differenti, forse tre. La differenza più eclatante è stata la gestione del conflitto: nella prima, quella moli-

sana il conflitto è stato un punto di arrivo perché accettabile, capace di esplodere senza distruggere. Famiglie e giocatori, nell'ultima fase erano su un terreno noto e rassicurante, capace di accogliere e sopportare gli stridori e di sostenerne anche una soluzione possibile. Gli utenti si sono sentiti liberi di rivelarsi, sostenuti dal lavoro di complicità precedente, attivata tra i soli utenti.

Il giudizio dei familiari faceva meno paura, razionalizzato e contestualizzato in una cornice relazionale meno spaventante.

Quel bambino che sapeva cadere aveva anche imparato a riconoscere che gli ostacoli non erano solo suoi e che poteva chiedere aiuto.

Nel gruppo di Avellino il conflitto è stato lo "start" necessario per attivare tutte quelle dinamiche sotteranee che diventavano dolore sordo. Si trattava di un tappeto emotivo differente, fatto di colpe inestinte e mai significate, di proiezioni, di segreti, di resistenze. Non è stato facile districare la matassa di chi voleva essere accolto per primo perché più sofferente degli altri, delle proiezioni che rendevano più accettabili le responsabilità individuali.

Non si partiva da un gruppo, ma da monadi sofferenti ed egocentrate.

Altra differenza era nel ruolo di facilitatore, più osservante nel primo, decisamente più attivo nel secondo restando, mio malgrado, il riferimento più pregnante anche nel tentativo di fare un passo indietro.

Comune a tutte le tipologie di gruppo è stata l'espressione della rabbia che prendeva la forma di accusa; rabbia che smuoveva quel che troppo tempo era rimasto "immobile" per il timore di essere affrontato. In quel contesto tale sentimento si accomodava, diventava legittimo e meno spaventante perché ridistribuito tra le parti: ognuno dei partecipanti se ne riappropriava come se gli appartenesse di diritto. Così i non detti trovavano lo spazio emotivo per essere espressi.

Ricordo di una mamma alla quale si restituiva un'immagine che ha accettato con tanta fatica; il legame morboso e di codipendenza che contraddistingueva la diade motivava l'immaturità affettiva del figlio. Ogni volta la mamma, per difendersi dalla parte di responsabilità inaccettabile, diceva: "Io non l'ho mai trattenuto, io voglio che esca con i suoi amici". La donna aveva quasi 80 anni e suo figlio 58. Che la famiglia compartecipi al percorso di "guarigione", come a quello di corresponsabilizzazione, non è cosa facile; del resto nel complesso mondo delle dipendenze patologiche è quasi un copione che si conduca al Servizio un figlio da "riparare".

Non so quale sia stata l'esperienza più pregnante, ma so quanto siano nutrienti le relazioni nuove e ritrovate; so quanto il senso di appartenenza è più potente della tendenza all'isolamento perché, in quest'ultima sopravvive una mano tesa, una speranza. Nell'appartenere germoglia una speranza con cui ribattere alla frustrazione di non essere sempre accolti.

Note

1. SOGS, CRAVING sì SCALE, BARRATT IMPULSIVENESS SCALE, DERS, SENSATION SEEKING SCALE, SCL-90-R, MMPI-2.

Riferimenti bibliografici

- Baroncelli E. (2003). Ricerca bibliografica sul gioco d'azzardo patologico. *Attualità in psicologia*, 18(1-2): 107-138.
- Bellio G., & Fiorin A. (2003). Il trattamento del gioco d'azzardo patologico: una nuova sfida per i SER.T. *Personalità dipendenze*, 9(1): 71-82.
- Capitanucci D. (2000). Il gioco d'azzardo problematico. *Prospettive sociali e sanitarie*, 30(15-16): 9-14.

- Capitanucci D., & Biganzoli (2000). Tossicodipendenza e gioco d'azzardo: risultati di una ricerca preliminare. *Personalità dipendenze*, 6(3): 23-33.
- Capitanucci D. (2001). I Ser.T e l'ultima cenerentola delle dipendenze: ipotesi di un intervento istituzionale nell'ambito del gioco d'azzardo patologico. *Itaca*, 5(15): 68-73.
- Capitanucci D., & Marino V. (a cura di) (2002). *La vita in gioco? il gioco d'azzardo tra divertimento e problema*. Milano: FrancoAngeli.
- Caroni U. (2002). Gioco compulsivo e vite in azzardo. *Personalità dipendenze*, 8(3): 375-380.
- Colli C. (2003). Modello di protocollo d'intervento finanziario per sconfiggere la crisi economica del Gambler. *Personalità dipendenze*, 9(1): 83-107.
- Croce M. (2001). Il caso del gioco d'azzardo: una droga che non esiste, dei danni che esistono. *Personalità dipendenze*, 7(2): 225-243.
- Croce M. (2001). L'offerta di gioco in un mondo privo di passioni. *Itaca*, 5(15): 29-34.
- Croce M. (2003). Le difficoltà nel riconoscere e trattare le dipendenze non da sostanze. *Personalità dipendenze*, 9(1): 43-53.
- Croce M., Zerbetto R. (a cura di) (2001). *Il gioco e l'azzardo: il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento*. Con contributi di T. Carlevaro et al. Milano: FrancoAngeli.
- Del Miglio C., & Corbelli S. (2003). Le nuove dipendenze. *Attualità in psicologia*, 18(1-2): 9-36.
- Del Miglio C., & Vallecoccia S. (2003). Il gioco d'azzardo patologico: inquadramento diagnostico e valutazione. *Attualità in psicologia*, 18(1-2): 37-56.
- De Luca R. (2001). La psicoterapia di gruppo per giocatori d'azzardo e le loro famiglie: l'esperienza di Campoformido. *Itaca*, 5(15): 35-44.
- Dickerson M.G. (1993). *La dipendenza da gioco: come diventare giocatori d'azzardo e come smettere*; a cura di Mauro Croce; presentazione di Gaetano De Leo. Torino: Edizioni Gruppo Abele (trad. di Cristina Naldoni, rev. di Claire-Lise Vuadens).
- Fiasco M. (2001). Bingo e videopoker: azzardo autorizzato e azzardo criminalizzato: una convenzione legale che non separa i due ambienti. *Itaca*, 5(15): 45-54.
- Fiorino V. (2002). Gioco compulsivo e vite in azzardo. *Personalità dipendenze*, 8(3): 361-373.
- Giannelli G., & Smeraldi G. (2003). Fenomenologia, ipotesi biologiche e trattamento farmacologico del gioco d'azzardo patologico (GAP). *Personalità dipendenze*, 9(1): 23-32.
- Guerreschi C., Renzi D., & Vita M. (2003). La S.I.I.PaC. nel trattamento del gioco d'azzardo patologico. *Attualità in psicologia*, 18(1-2): 77-86.
- Guerreschi C. (2000). *Giocati dal gioco: quando il divertimento diventa una malattia: il gioco d'azzardo patologico*. Cinisello Balsamo: San Paolo.
- Iraci Sareri G. (2002). Giocarsi... la vita: L'azzardo, il rischio, la sfida ed il pericolo: combinazione magica o tragica? *Personalità dipendenze*, 8(1): 381-387.
- Ladouceur R. et al. (2003). *Il gioco d'azzardo eccessivo: vincere il gambling*. Edizione italiana a cura di Tazio Carlevaro, Daniela Capitanucci. Torino: Centro scientifico editore.
- Lavanco G. (2001). *Psicologia del gioco d'azzardo: prospettive psicodinamiche e sociali*. Con i contributi di Mauro Croce et al. Milano: MacGraw-Hill.
- Perinelli S. (2003). Il gioco d'azzardo patologico. *Personalità dipendenze*, 9(1): 55-70.
- Posa M.F. (2003). La persona nell'interazione dipendente con il gioco d'azzardo. *Attualità in psicologia*, 18(1-2): 87-94.
- Reda M.A., & Pilleri M.F. (2003). Gioco d'azzardo ed organizzazioni cognitive. *Personalità dipendenze*, 9(1): 33-41.
- Sevirio L. (2003). Il modello sistemico con il paziente dipendente da gioco d'azzardo: un esempio di intervento. *Attualità in psicologia*, 18(1-2): 95-106.
- Spazzapan B. (2001). Il gioco d'azzardo patologico e la formazione, *Itaca*, 5(15): 55-58.
- Toniaccini S., Paolieri E., & Iraci Sareri G. (2001). Dipendenze: l'azzardo come stile di vita. *Itaca*, 5(15): 59-67.
- Zerbetto R. (2001). Il gioco tra libertà e condanna. *Itaca*, 5(15): 14-27.
- Willans A. (2000). *Gioco d'azzardo*. Roma: Editori riuniti.

Il posizionamento strategico dei Ser.D. nelle Case di Comunità: modelli di governance, stratificazione della domanda e sfide organizzative nell'era del DM 77/22

Felice Alfonso Nava*

Riassunto

■ Il DM 77/22 individua nelle Case di Comunità (CdC) il fulcro dell'assistenza territoriale. In un contesto di scarsità di risorse, l'inserimento dei Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) nelle CdC è una leva manageriale strategica per gestire i bisogni di "primo livello" (bassa intensità) nei consumatori di sostanze non complessi. Il lavoro analizza la skill mix dell'équipe di prossimità (psicologi, educatori, assistenti sociali, infermieri) e l'uso della telemedicina nel raccordo Hub-and-Spoke con il Ser.D. specialistico. Vengono infine confrontati quattro modelli operativi di clinical governance (Referral, Consultation-Liaison, Stepped-Care e Collaborativo) per orientare le Direzioni Generali e strategiche dell'Aziende Sanitarie tra strategie verticali (per patologia) o orizzontali (Population Health), ottimizzando l'appropriatezza. ■

Parole chiave: DM 77/22, Case di Comunità, Ser.D., Integrazione Sociosanitaria, Stratificazione della Domanda, Management Sanitario.

Summary

■ The Ministerial Decree 77/22 establishes Community Houses (Case di Comunità - CdC) as the cornerstone of primary and community care. Facing resource scarcity, integrating Substance Use Disorder Services (Ser.D.) within these facilities serves as a strategic managerial lever to address "first-level" (low-intensity) needs among non-complex substance users. This paper analyzes the optimal skill mix for proximity multi-disciplinary teams (psychologists, educators, social workers, nurses) and the enabling role of telehealth in supporting Hub-and-Spoke coordination with specialized secondary care. Finally, four operational clinical governance models (Referral, Consultation-Liaison, Stepped-Care, and Collaborative) are evaluated to guide healthcare executives between vertical disease-specific pathways or horizontal population health strategies, aimed at improving clinical appropriateness and reducing waiting lists. ■

Keywords: DM 77/2022, Community Health Centers, Addiction Services (Ser.D.), Health and Social Care Integration, Population Needs Stratification, Healthcare Management.

Introduzione e background normativo: la rete territoriale come Hub del cambiamento

Il Decreto Ministeriale 77/22 ha tracciato il nuovo perimetro strutturale e organizzativo dell'assistenza territoriale, ponendo le **Case di Comunità (CdC) HUB** come baricentro di un sistema sanitario basato sulla prossimità, sull'orientamento e sull'appropriatezza clinico-organizzativa. Nelle linee di indirizzo definite dall'AGENAS, la CdC HUB non viene configurata come un semplice contenitore di servizi fisicamente co-localizzati, ma come una vera e propria piattaforma di integrazione sociosanitaria.

* Direttore dei Servizi Sociosanitari – Azienda ULSS 9 Scaligera Verona. Direttore del Comitato Scientifico Nazionale FeDerSerD.

In questo scenario, il mandato gestionale delle Case di Comunità si articola su due macro-obiettivi strategici:

1. **L'ottimizzazione dei flussi assistenziali:** decongestionare il circuito specialistico di secondo livello (sia territoriale che ospedaliero), abbattere le liste d'attesa e ridurre i tassi di ospedalizzazione o di accesso improprio ai Pronti Soccorsi (gatekeeping assistenziale).
2. **La gestione precoce della domanda:** intercettare i bisogni di salute prima della loro cronicizzazione o acutizzazione attraverso attività di screening strutturate.

Tuttavia, l'implementazione del DM 77/22 si scontra oggi con due variabili macroeconomiche esogene che mettono a rischio la sostenibilità della riforma: la **scarsità strutturale di risorse finanziarie** e il **mismatch nel reclutamento del personale sanitario**, con una carenza medica e infermieristica

che impone un ripensamento radicale dei modelli organizzativi e delle *skill mix* all'interno delle aziende sanitarie. In questa cornice di vincoli e opportunità, il posizionamento dei **Servizi per le Dipendenze (Ser.D.)** all'interno delle CdC non è più solo un'opzione logistica "raccomandata", ma una necessità manageriale per ridefinire i livelli di intensità di cura nell'ambito della salute mentale e delle dipendenze patologiche.

La stratificazione del bisogno nelle Dipendenze: l'emergenza del "primo livello"

Dal punto di vista della clinica manageriale (*clinical governance*), "l'errore storico" da non ripetere dei servizi specialistici per le dipendenze è stato l'applicazione di un modello di offerta indifferenziato: accogliere e trattare in uno stesso setting e con una medesima équipe sia il consumatore occasionale/sperimentale sia il paziente cronico, anche con severa comorbidità psichiatrica (doppia diagnosi).

La letteratura scientifica internazionale (Rombouts et al., 2020; Taylor et al., 2023) evidenzia l'efficacia epidemiologica ed economica degli **interventi di primo livello (o a bassa intensità)**. Questo target è costituito da soggetti che non presentano una dipendenza strutturata o cronica, ma che esprimono un bisogno di salute intercettabile tramite azioni di prevenzione selettiva e indicata.

L'attività in setting non specialistici (come la CdC) permette di focalizzarsi su tre direttrici clinico-gestionali:

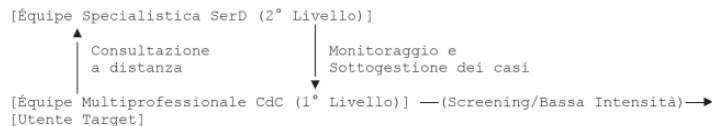
- **potenziamento motivazionale:** interventi brevi e *counseling* mirato;
- **sviluppo di life skills:** programmi standardizzati di *Life Skills Training (LST)* per la gestione del disagio e dello stress;
- **clinical management iniziale:** monitoraggio clinico a bassa intensità per contenere i fattori di rischio.

Il presupposto manageriale per il funzionamento di questo livello è l'adozione di strumenti di **screening e assessment standardizzati** (es. AUDIT per l'alcol, DAST per le sostanze, ASSIST dell'OMS) e di valutazioni brevi e strutturate. Tali strumenti agiscono come filtri operativi: trattengono nel setting di prossimità i pazienti "non complicati" (*low-risk*) e indirizzano tempestivamente i casi complessi (*high-risk*) al secondo livello specialistico del SerD di riferimento.

L'équipe multiprofessionale di primo livello: skill mix e modelli di lavoro

Il disegno organizzativo dell'équipe di primo livello operante nella CdC richiede una ridefinizione della *skill mix* professionale. Non si tratta di trasferire *in toto* l'organico del Ser.D. nella Casa di Comunità, operazione insostenibile sotto il profilo delle risorse umane, bensì di distaccare nuclei flessibili dotati di elevate competenze di screening e di processi clinici *evidence-based*.

Le figure centrali per questo livello assistenziale sono lo **psicologo psicoterapeuta**, l'**educatore professionale**, l'**assistente sociale** e l'**infermiere**.



Sotto il profilo organizzativo, questo modello si regge su due pilastri gestionali:

1. **flessibilità strutturale:** capacità di adattare l'offerta in base alla demografia del territorio e ai bisogni emergenti della comunità di riferimento;
2. **integrazione Hub-and-Spoke supportata dalla sanità digitale:** l'équipe di primo livello della CdC (Spoke) opera in costante raccordo con l'équipe di secondo livello del Ser.D. (Hub). Questa interazione avviene sia tramite protocolli clinici codificati, sia attraverso strumenti di **telemedicina e teleconsulto** (Molfenter et al., 2021), ottimizzando i tempi di cura ed evitando spostamenti inutili al paziente. Il secondo livello mantiene la regia dei casi complessi, ma può delegare e retrocedere al primo livello le attività di monitoraggio e *follow-up* dei pazienti stabilizzati.

Architetture di servizio: analisi comparativa dei 4 modelli operativi

Per dare concretezza manageriale alla presenza dei Ser.D. nelle CdC, si propongono quattro modelli organizzativi alternativi o integrabili, derivati dall'analisi della letteratura internazionale di management sanitario basato sui modelli di *primary care* per la presa in carico di persone con dipendenza patologica in terapia agonista e/o anche in doppia diagnosi basati anche sulla telemedicina (Loven Wickman, Schmidt, 2023; Panagiotoglou et al., 2020; Rombouts et al., 2020; Villanueva-Blasco et al., 2024).

Modello dell'invio (Referral Pathway Model)

È il modello lineare standard basato sui flussi di segnalazione della rete dei servizi (es. Medici di Medicina Generale, PLS, Servizi Sociali).

- **Aspetti manageriali:** richiede una forte standardizzazione formale, l'adozione di linee guida cliniche condivise per l'invio e sistemi informativi integrati.
- **Meccanismi di controllo:** è fondamentale introdurre processi di *audit* clinico e sistemi di misurazione degli esiti (*outcome assessment*). L'efficacia dell'intervento (strutturato in cicli brevi di massimo 6 sedute per la bassa intensità, contro le 12-20 dell'alta intensità) viene valutata tramite scale psicometriche validate somministrate *ante* e *post* trattamento, monitorando tre dimensioni: benessere soggettivo, riduzione della sintomatologia e funzionamento sociale. Il modello prevede inoltre la somministrazione di questionari di *customer satisfaction* sia all'utente che al professionista inviante, per correggere eventuali asimmetrie informative nel processo di *referral*.

Modello Consultation-Liaison

Mutuato dalla psichiatria di collegamento (Oldham et al., 2021), questo modello sposta il focus dall'erogazione diretta della cura al supporto della rete.

- **Aspetti manageriali:** l'équipe del Ser.D. opera all'interno della CdC come consulente strategico e formatore per gli altri attori del territorio (MMG, infermieri di famiglia e comunità). Offre supervisione clinica e assistenza tecnica sulla gestione delle problematiche correlate all'uso di sostanze.
- **Impatto sul sistema:** consente un'elevata scalabilità degli interventi. Le azioni sono brevi, collettive e comunitarie, finalizzate a incrementare l'empowerment e l'educazione alla salute della popolazione, riducendo lo stigma e intercettando la domanda sommersa.

Modello Stepped-Care (Cure graduali)

È un modello dinamico e meritocratico di allocazione delle risorse assistenziali, basato sulla gravità clinica.

- **Aspetti manageriali:** il paziente accede inizialmente al livello di trattamento meno invasivo e meno costoso tra quelli efficaci (es. *self-help* guidato o intervento breve nella CdC). Il monitoraggio dell'efficacia terapeutica è continuo e standardizzato.
- **Dynamic Routing:** se l'assessment periodico evidenzia un mancato raggiungimento degli obiettivi (*clinical failure*), il paziente viene "scalato" (*stepped up*) verso un livello di intensità maggiore (Ser.D. specialistico di secondo livello). Questo garantisce un utilizzo efficiente delle risorse, allocando i costi dello specialista solo dove strettamente necessario.

Modello collaborativo (Collaborative Care Model)

Rappresenta l'evoluzione massima dell'integrazione clinico-organizzativa (Kates et al., 2011). L'équipe della CdC non agisce da consulente esterno, ma co-gestisce il paziente in modo integrato con la medicina generale.

- **Aspetti manageriali:** gli elementi cardine sono la **co-localizzazione fisica** (i professionisti condividono gli stessi spazi fisici nella CdC), la condivisione della cartella clinica elettronica e l'istituzione di canali di comunicazione formali e informali continui.
- **Fattori critici di successo:** questo modello si basa sul capitale relazionale e sulla fiducia interprofessionale. La gestione del paziente è flessibile e modulata in tempo reale in base alle risorse effettivamente disponibili all'interno della comunità, riducendo al minimo i tempi di latenza nel passaggio tra i nodi della rete.

Conclusioni

La scelta del modello organizzativo non può prescindere da un'attenta analisi del contesto epidemiologico e strutturale dell'Azienda Sanitaria di riferimento. I manager sanitari dovranno bilanciare e integrare due diversi approcci di programmazione:

- **Approccio Verticale (specializzazione per linee di prodotto):** utile nei contesti ad alta densità o con elevata prevalenza di specifiche dipendenze (es. dipendenza da oppioidi o gioco d'azzardo patologico), dove il percorso della CdC funge da sotto modulo sequenziale strettamente legato a protocolli terapeutici verticalizzati ed *evidence-based*.
- **Approccio Orizzontale (gestione della salute della popolazione):** orientato alla logica della *Population Health Management*, mira a una capillarizzazione di interventi brevi e a bassa intensità per migliorare il benessere generale e lo

stato di salute di ampie fasce di popolazione target, massimizzando l'efficacia dei determinanti sociali di salute.

Dimensione	Approccio Verticale	Approccio Orizzontale
Focus strategico	Appropriatezza del percorso per patologia specifica	Accessibilità e reach di popolazione
Intensità clinica	Sequenziale (1° e 2° livello integrati)	Bassa intensità / Interventi brevi (max 6 sedute)
Obiettivo manageriale	Riduzione delle complicanze e della cronicità	Promozione della salute, screening e prevenzione

In conclusione, l'integrazione delle équipe dei Ser.D. nelle Case di Comunità HUB rappresenta una leva strategica fondamentale per dare concreta attuazione al dettato del DM 77/22. Solo superando la tradizionale separatezza istituzionale dei servizi specialistici e adottando modelli di gestione della domanda flessibili, stratificati e collaborativi, le Direzioni Strategiche delle Aziende Sanitarie potranno governare la complessità dei nuovi bisogni di salute, garantendo al contempo la sostenibilità economica e l'equità d'accesso del sistema sociosanitario territoriale anche alla fascia di popolazione più fragile.

Riferimenti bibliografici

Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77: *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 144.

Du C.X., Shi J., Tetrault J.M., Madden L.M., & Barry D.T. (2022). Primary care and medication management characteristics among patients receiving office-based opioid treatment with buprenorphine. *Family Practice*, 39(2): 234-240.

Kates N., Mazowita G., Lemire F. et al. (2011). The evolution of collaborative mental health care in Canada: a shared vision for the future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5): 1-10.

Lovén Wickman U., & Schmidt M. (2023). Experiences of primary care among young adults with mental illness – A systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37(3): 628-641.

Molfenter T., Roget N., Chaple M., Behlman S., Cody O., Hartzler B., Johnson E., Nichols M., Stilen P., & Becker S. (2021). Use of telehealth in substance use disorder services during and after COVID-19: online survey study. *JMIR Mental Health*, 8(2), e25835.

Oldham M.A., Desan P.H., Lee H.B., Bourgeois J.A., Shah S.B., Hurley P.J., Sockalingam S., Council on Consultation-Liaison Psychiatry (2021). Joint Commission Requirements and Consultation-Liaison Psychiatry. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 62(2): 169-185.

Panagiotoglou D., McCracken R., Lavergne M.R., Strumpf E.C., Gomes T., Fisher B., Brackett A., Johnson C., & Kendall P. (2020). Evaluating the intended and unintended consequences of opioid-prescribing interventions on primary care in British Columbia, Canada: protocol for a retrospective population-based cohort study. *BMJ Open*, 10(11), e038724.

Rombouts S.A., Conigrave J.H., Saitz R., Louie E., Haber P., & Morley K.C. (2020). Evidence-based models of care for the treatment of alcohol use disorder in primary health care settings: a systematic review. *BMC Family Practice*, 21(2): 260.

Taylor J.L., Wakeman S.E., Walley A.Y., & Kehoe L.G. (2023). Substance use disorder bridge clinics: models, evidence, and future directions. *Addiction Science & Clinical Practice*, 18(1): 23.

Villanueva-Blasco V.J., Eslava D., Olave L., & Torrens M. (2024). Electronic interventions in primary care to address substance use: a systematic review. *Addictive Behaviors*, 156, 108073.

Il “last mile” della sospensione metadonica: utilizzo della *Passiflora incarnata* 600 mg/die in tre pazienti con terapia sostitutiva di lunga durata

Giovanna Crespi*

Riassunto

■ La sospensione completa della terapia metadonica nei pazienti con disturbo da uso di oppioidi in trattamento sostitutivo di lunga durata rappresenta una delle fasi più complesse del percorso terapeutico.

Nella pratica clinica il tapering progressivo del metadone risulta frequentemente ben tollerato fino a dosaggi molto bassi, mentre la fase terminale della sospensione definitiva appare spesso caratterizzata dalla comparsa di sintomi soggettivi residui che impediscono il completamento del trattamento, configurando il cosiddetto “last mile” della sospensione metadonica.

Obiettivo del presente lavoro è descrivere tre pazienti seguiti presso il Ser.D. di Monza, in trattamento metadonico da molti anni, nei quali la riduzione progressiva del dosaggio risultava sostanzialmente arrestata ai bassissimi dosaggi, senza possibilità di raggiungere la completa sospensione nonostante ripetuti tentativi.

In tutti i casi i pazienti presentavano stabilità clinica e tossicologica, assenza di ricadute e buona tollerabilità delle progressive riduzioni posologiche.

Le difficoltà emergevano esclusivamente nella fase terminale dello scalaggio ed erano caratterizzate prevalentemente da sintomi soggettivi quali irrequietezza interna, agitazione, insonnia, discomfort psicofisico e instabilità emotiva, in assenza di una sindrome astinenziale oppioide maggiore.

Durante la fase conclusiva del tapering veniva introdotta *Passiflora incarnata* e.s. alla dose di 600 mg/die per tre mesi.

Nei casi osservati tale intervento risultava associato al completamento della sospensione della terapia metadonica, con buona tollerabilità clinica, mantenimento della stabilità tossicologica e follow-up negativo su matrice cheratinica protratto per sei mesi dopo la sospensione completa del metadone.

Alla luce delle proprietà modulatorie gabaergiche della *Passiflora incarnata*, i dati osservati suggeriscono una possibile utilità della fitoterapia nella gestione dei sintomi residui che caratterizzano la fase terminale della sospensione metadonica di lunga durata. ■

Parole chiave: Metadone, Tapering, *Passiflora incarnata*, Disturbo da uso di oppioidi, Trattamento sostitutivo, Craving, GABA, fitoterapia.

Summary

■ Complete discontinuation of methadone maintenance therapy in patients with opioid use disorder undergoing long-term substitution treatment represents one of the most challenging phases of the therapeutic pathway.

In clinical practice, progressive methadone tapering is often well tolerated down to very low dosages, whereas the final phase of complete discontinuation is frequently characterized by the emergence of residual subjective symptoms preventing treatment completion, thus configuring the so-called “last mile” of methadone discontinuation.

The aim of the present study is to describe three patients followed at the Monza Addiction Service (SerD), who had been receiving methadone treatment for many years and in whom progressive dose reduction had substantially stalled at extremely low dosages, making complete discontinuation impossible despite repeated attempts.

In all cases, patients showed clinical and toxicological stability, absence of relapse, and good tolerability of progressive dose reductions. Difficulties emerged exclusively during the terminal phase of tapering and were mainly characterized by subjective symptoms such as inner restlessness, agitation, insomnia, psychophysical discomfort, and emotional instability, in the absence of a major opioid withdrawal syndrome.

During the final tapering phase, *Passiflora incarnata* dry extract was introduced at a dosage of 600 mg/day for three months.

In the observed cases, this intervention appeared to be associated with successful completion of methadone discontinuation, good clinical tolerability, and six-month negative toxicological follow-up on keratin matrix analysis.

In light of the GABAergic modulatory properties of *Passiflora incarnata*, the observed findings suggest a possible role for phytotherapy in the management of residual symptoms characterizing the terminal phase of long-term methadone discontinuation. ■

Keywords: Methadone, Tapering, *Passiflora incarnata*, Opioid use disorder, Replacement therapy, Craving, GABA, Herbal medicine.

* Dirigente Medico Specialista in Psichiatria, Ser.D. Monza, ASST Brianza (MB).

Introduzione

Il trattamento sostitutivo con metadone rappresenta ancora oggi uno degli strumenti terapeutici principali nel trattamento del disturbo da uso di oppioidi.

Nato inizialmente come strategia di riduzione del danno, il trattamento metadonico si è progressivamente trasformato in un intervento terapeutico complesso, finalizzato non soltanto al controllo dell'astinenza e del craving, ma anche alla stabilizzazione psicopatologica, relazionale e sociale del paziente.

Uno degli aspetti più problematici del trattamento sostitutivo riguarda la sospensione definitiva della terapia dopo molti anni di assunzione continuativa.

Sebbene numerosi pazienti riescano a tollerare adeguatamente le progressive riduzioni posologiche, nella pratica clinica appare frequentemente osservabile una difficoltà specifica nella fase terminale dello scalaggio, soprattutto ai dosaggi estremamente bassi.

Tale fenomeno, che nel presente lavoro definiamo metaforicamente "last mile", sembra caratterizzato non tanto dalla comparsa di severe sindromi astinenziali oppioidi quanto da sintomi soggettivi residuali persistenti ma specifici, quali irrequietezza interna, agitazione, insonnia, tensione soggettiva, discomfort psicofisico e instabilità emotiva.

L'estratto secco standardizzato di *Passiflora incarnata* L. è herba, è utilizzato in ambito clinico nei disturbi caratterizzati da iperarousal, insonnia e sintomi ansioso-disforici residuali.

La monografia EMA/HMPC relativa alla *Passiflora incarnata* riconosce l'utilizzo tradizionale dei preparati a base di passiflora per il sollievo dei lievi sintomi di stress mentale e come supporto nei disturbi del sonno.

Dal punto di vista farmacologico, la *Passiflora incarnata* presenta documentate proprietà ansiolitiche e sedative lievi prevalentemente mediate dalla modulazione del sistema gabaergico centrale.

Studi sperimentali hanno evidenziato che i flavonoidi presenti nella pianta possono modulare l'attività dei recettori GABA-A, inducendo effetti funzionali associati alla riduzione dell'iperarousal neurovegetativo, dell'insonnia e della tensione soggettiva.

Ulteriori dati sperimentali suggeriscono inoltre un possibile ruolo adiuvante della *Passiflora incarnata* nei modelli di dipendenza da oppioidi e nella modulazione dei sintomi associati all'astinenza da morfina.

Sebbene tali dati non consentano di considerare la passiflora un trattamento dell'astinenza oppioide maggiore, essi forniscono un razionale biologico plausibile per il suo utilizzo come supporto nei sintomi residuali soggettivi e neurovegetativi che caratterizzano la fase terminale della sospensione metadonica.

Negli ultimi anni alcuni lavori clinici hanno inoltre suggerito una possibile utilità della *Passiflora incarnata* nelle fasi di tapering farmacologico.

In particolare Zanardi e collaboratori hanno documentato l'utilizzo della *Passiflora incarnata* come trattamento

aggiuntivo durante la sospensione graduale delle benzodiazepine in pazienti con disturbi depressivi e d'ansia, osservando una buona tollerabilità clinica e una riduzione dei sintomi ansiosi e dell'insonnia associate al tapering farmacologico.

Analogamente, precedenti osservazioni cliniche del gruppo di Monza hanno evidenziato una possibile utilità della *Passiflora incarnata* nei disturbi da uso di cocaina, soprattutto nella gestione dell'iperarousal ansioso e del craving residuo.

Il presente lavoro descrive tre pazienti seguiti presso il SerD di Monza nei quali l'introduzione di *Passiflora incarnata* e.s. 600 mg/die durante la fase terminale del tapering risultava associata al completamento della sospensione della terapia sostitutiva.

Materiali e metodi

Sono stati inclusi tre pazienti con diagnosi di disturbo da uso di oppioidi in trattamento sostitutivo metadonico di lunga durata che presentavano:

- stabilità clinica;
- remissione protratta dal consumo di oppioidi;
- monitoraggi tossicologici negativi;
- difficoltà persistenti nella sospensione definitiva del metadone ai bassissimi dosaggi.

I pazienti sono stati trattati con *Passiflora incarnata* e.s. alla dose complessiva di 600 mg/die, somministrata secondo schema frazionato di una compressa al mattino e due compresse la sera, per un periodo medio di circa tre mesi durante la fase terminale del tapering metadonico.

Gli outcome clinici sono stati valutati mediante monitoraggio clinico longitudinale, controlli tossicologici urinari seriati, valutazione clinica mediante Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS) e follow-up tossicologico su matrice cheratinica eseguito a sei mesi dalla sospensione completa del metadone.

In tutti i casi il mantenimento dell'astinenza da oppioidi è stato confermato dai controlli tossicologici longitudinali, consentendo successivamente la dimissione dei pazienti dal programma terapeutico specialistico del Ser.D.

Descrizione del campione

Il campione era costituito da tre pazienti maschi di età compresa tra 57 e 60 anni, seguiti presso il Ser.D. di Monza con follow-up pluriennale.

Tutti i soggetti presentavano una storia di disturbo da uso di oppioidi di lunga durata trattato mediante terapia sostitutiva metadonica protratta per oltre vent'anni.

In tutti i casi il tapering risultava clinicamente ben tollerato fino ai dosaggi minimi di metadone, mentre le principali difficoltà emergevano nella fase terminale della sospensione definitiva.

La sospensione completa della terapia metadonica è stata seguita da un follow-up clinico e tossicologico pro-

tratto per sei mesi mediante monitoraggio su matrice cheratinica.

I controlli eseguiti confermavano il mantenimento dell'astinenza da oppioidi e la stabilità clinica dei pazienti, consentendo la successiva dimissione dal programma terapeutico specialistico.

Presentazione dei casi clinici

Paziente n. 1

Paziente maschio nato nel 1968, in carico presso il Ser.D. di Monza dal 2006.

Presentava una storia di disturbo da uso di oppioidi iniziata all'età di 19 anni con consumo di eroina prevalentemente per via inalatoria e fumata, senza utilizzo endovenoso.

Il paziente risultava in trattamento metadonico da circa 37 anni, con dosaggio massimo documentato di 40 mg/die.

A partire dal 2016 veniva avviato un lento programma di tapering con riduzioni progressive di circa 5 mg ogni sei mesi.

Nel 2020 il paziente raggiungeva il dosaggio di 20 mg/die.

Successivamente, tra il 2023 e il 2024, veniva effettuata una ulteriore riduzione da 9 mg a 5 mg/die fino al raggiungimento del dosaggio di 2 mg/die.

Durante le fasi finali dello scalaggio emergevano insonnia, irrequietezza interna e instabilità emotiva tali da impedire il completamento della sospensione.

Al momento dell'introduzione della *Passiflora incarnata* e.s. il paziente presentava un punteggio COWS pari a 7, compatibile con una sintomatologia astinenziale lieve.

Veniva quindi introdotta *Passiflora incarnata* e.s. 600 mg/die durante gli ultimi tre mesi del tapering, consentendo il completamento della sospensione della terapia metadonica con buona tollerabilità clinica.

Al termine del percorso il punteggio COWS risultava pari a 0.

Il follow-up tossicologico su matrice cheratinica protratto per sei mesi confermava il mantenimento dell'astinenza da oppioidi e la successiva dimissione dal programma terapeutico specialistico.

Paziente n. 2

Paziente maschio nato nel 1967, in carico presso il Ser.D. di Monza dal 2005 per disturbo da uso di oppioidi.

Presentava una storia di consumo di eroina per via endovenosa iniziata all'età di 21 anni.

Il paziente era stato trattato con terapia metadonica sostitutiva protratta per oltre vent'anni, con dosaggio massimo documentato di 80 mg/die.

A partire dal 2019 veniva avviato un lento programma di tapering con riduzioni progressive di circa 5 mg ogni sei mesi.

Nel 2020 il paziente raggiungeva il dosaggio di 20 mg/die.

Successivamente, tra il 2023 e il 2024, veniva effettuata una ulteriore riduzione da 9 mg a 5 mg/die fino al raggiungimento del dosaggio di 2 mg/die.

Nonostante la buona tollerabilità generale dello scalaggio, le principali difficoltà emergevano nella fase terminale della sospensione definitiva, con comparsa di agitazione interna, insonnia, discomfort psicofisico e marcata vulnerabilità emotiva.

Al momento dell'introduzione della *Passiflora incarnata* e.s. il paziente presentava un punteggio COWS pari a 8.

L'introduzione di *Passiflora incarnata* e.s. 600 mg/die durante gli ultimi tre mesi del tapering risultava associata al completamento della sospensione della terapia sostitutiva con buona tollerabilità clinica.

Al termine del percorso il punteggio COWS risultava pari a 0.

Il follow-up clinico e tossicologico successivo, comprensivo di monitoraggio su matrice cheratinica protratto per sei mesi, confermava il mantenimento dell'astinenza da oppioidi e la stabilità clinica del paziente, consentendo la dimissione dal Servizio specialistico.

Paziente n. 3

Paziente maschio nato nel 1966, in carico presso il Ser.D. di Monza dal 1997.

Presentava una lunga storia di disturbo da uso di oppioidi iniziata all'età di 17 anni con consumo endovenoso di eroina; successivamente compariva anche consumo secondario di cocaina fumata a partire dai 24 anni.

Il paziente risultava in trattamento metadonico dal 2006 con dosaggio massimo documentato di 80 mg/die mantenuto fino al 2008.

Dal 2008 veniva avviato un programma di progressivo tapering che tuttavia procedeva con notevoli difficoltà.

Nel 2019 il paziente raggiungeva il dosaggio di 60 mg/die.

Successivamente veniva effettuata una ulteriore riduzione fino a 50 mg nel corso di circa un anno.

Dal 2021 il tapering proseguiva con ulteriore riduzione fino a 34 mg/die.

Dal 2022 veniva impostato uno scalaggio di 2 mg ogni 15 giorni fino al raggiungimento dei 10 mg/die nel 2024.

Successivamente lo scalaggio rallentava ulteriormente con riduzione di 1 mg/mese fino al raggiungimento dei 2 mg/die.

Anche in questo caso il tapering risultava ben tollerato fino ai dosaggi minimi di metadone, mentre le difficoltà emergevano nella fase terminale della sospensione, caratterizzata da insonnia, agitazione interna e discomfort psicofisico persistente.

Al momento dell'introduzione della *Passiflora incarnata* e.s. il paziente presentava un punteggio COWS pari a 9.

L'introduzione di *Passiflora incarnata* e.s. 600 mg/die negli ultimi tre mesi del tapering risultava associata al comple-

tamento della sospensione della terapia metadonica con buona tollerabilità clinica.

Al termine del percorso il punteggio COWS risultava pari a 0.

Il follow-up tossicologico su matrice cheratinica protratto per sei mesi confermava il mantenimento dell'astinenza da oppioidi e la stabilità clinica del paziente, consentendo la dimissione dal programma terapeutico specialistico.

Tabella Andamento COWS durante la fase terminale del tapering

Paziente	Dose metadone al momento introduzione Tractana®	COWS iniziale	Sintomatologia prevalente	COWS finale dopo sospensione MTD	Outcome clinico
Pz n. 1	2 mg/die	7	Insonnia, irrequietezza interna, lieve ansia, tensione soggettiva	0	Completa sospensione del metadone con stabilità clinica
Pz n. 2	2 mg/die	8	Agitazione interna, discomfort psicofisico, insonnia, irritabilità	0	Completa sospensione del metadone con mantenimento compenso clinico
Pz n. 3	2 mg/die	9	Disturbi del sonno, tensione interna, irrequietezza motoria lieve, vulnerabilità emotiva	0	Completa sospensione del metadone senza sintomi astinenziali residui

Discussione

I dati osservati suggeriscono come la fase più complessa della sospensione metadonica nei trattamenti sostitutivi di lunga durata non coincida necessariamente con le prime fasi del tapering, ma piuttosto con la fase terminale della sospensione completa ai dosaggi minimi.

Nel presente campione i pazienti risultavano infatti in grado di tollerare adeguatamente progressive riduzioni posologiche anche significative, permanendo tuttavia stabilizzati per lungo tempo su dosaggi molto bassi senza riuscire ad interrompere definitivamente il trattamento sostitutivo.

Dal punto di vista clinico, le difficoltà emerse non apparivano riconducibili a severe sindromi astinenziali oppioidi maggiori, bensì a sintomi soggettivi residui quali irrequietezza interna, agitazione, insonnia, tensione psicofisica, discomfort persistente e instabilità emotiva.

Le manifestazioni cliniche osservate sembravano maggiormente compatibili con una condizione di iperarousal residuo, vulnerabilità ansiosa e dipendenza psicologica dal sostitutivo.

L'introduzione della valutazione clinica mediante COWS consentiva inoltre di osservare come i pazienti presentassero punteggi iniziali compatibili con quadri di astinenza lieve, prevalentemente caratterizzati da sintomi soggettivi piuttosto che da importanti manifestazioni neurovegetative.

Tale dato appare particolarmente rilevante poiché suggerisce che la principale criticità della fase terminale del tapering metadonico nei trattamenti sostitutivi di lunga durata possa non essere rappresentata dalla severità dell'astinenza oppioide classica, bensì dalla persistenza di uno stato di iperarousal residuo, insonnia, tensione interna e discomfort psicofisico.

Il possibile ruolo della *Passiflora incarnata* in questo contesto trova un fondamento nella letteratura farmacologica e clinica.

Studi sperimentali hanno documentato una modulazione del sistema gabaergico centrale, con possibili effetti su ansia, sedazione lieve e regolazione dell'arousal.

Ulteriori dati sperimentali suggeriscono un possibile ruolo adiuvante della *Passiflora incarnata* nei modelli di dipendenza da oppioidi e nella modulazione dei sintomi associati all'astinenza da morfina.

Tali dati non consentono di definire la passiflora come trattamento dell'astinenza oppioide maggiore, ma offrono un razionale plausibile per il suo utilizzo come supporto nei sintomi residui soggettivi e neurovegetativi che possono comparire durante la fase finale della sospensione.

Il parallelo più convincente, sul piano clinico, appare tuttavia quello con il tapering delle benzodiazepine. Zanardi e collaboratori hanno descritto l'impiego della *Passiflora incarnata* come trattamento aggiuntivo durante il tapering benzodiazepinico in pazienti con disturbi depressivi e ansiosi, riportando un possibile beneficio sulla sintomatologia ansiosa e sull'insonnia.

Nel presente lavoro il razionale di utilizzo della *Passiflora incarnata* nel "last mile" del metadone nasce proprio da questa convergenza fenomenologica: nella fase terminale della sospensione metadonica i pazienti non presentavano una grave astinenza oppioide, ma sintomi soggettivi simili a quelli osservabili nel tapering terminale di sedativi cronici, quali insonnia, agitazione interna, vulnerabilità emotiva e discomfort psicofisico.

L'introduzione di *Passiflora incarnata* e.s. 600 mg/die si associava al superamento dello stallo ai bassissimi dosaggi e al completamento della sospensione metadonica, mantenendo buona tollerabilità clinica e stabilità tossicologica.

Un ulteriore elemento di interesse è rappresentato dalla stabilità dell'outcome clinico nel follow-up successivo alla sospensione del metadone.

In tutti i pazienti il mantenimento dell'astinenza è stato confermato mediante monitoraggio tossicologico su matrice cheratinica protratto per sei mesi dopo la sospensione completa della terapia sostitutiva.

Tale dato appare particolarmente rilevante poiché suggerisce non soltanto il superamento transitorio della fase terminale del tapering, ma il mantenimento nel tempo della stabilità clinica e tossicologica, fino alla dimissione dal Servizio specialistico.

Conclusioni

Il presente lavoro descrive tre pazienti con disturbo da uso di oppioidi in trattamento sostitutivo metadonico di lunga durata nei quali il tapering risultava clinicamente ben tollerato fino ai dosaggi minimi, mentre le principali difficoltà emergevano nella fase terminale della sospensione definitiva, configurando quello che può essere definito il "last mile" della sospensione metadonica.

Le manifestazioni cliniche osservate non risultavano caratterizzate da severe sindromi astinenziali oppioidi, bensì da sintomi soggettivi residui prevalentemente rappresentati da irrequietezza interna, agitazione, insonnia, discomfort psicofisico e instabilità emotiva, fenomenologicamente simili a quelli osservabili nelle fasi terminali del tapering cronico da benzodiazepine.

Nel presente campione l'introduzione di *Passiflora incarnata* e.s. 600 mg/die durante la fase finale dello scalaggio si associava alla possibilità di completare la sospensione della terapia metadonica, con buona tollerabilità clinica, stabilità tossicologica e assenza di significative manifestazioni astinenziali maggiori.

Il mantenimento dell'astinenza da oppioidi è stato confermato mediante follow-up tossicologico su matrice cheratinica protratto per sei mesi successivamente alla sospensione completa del metadone, consentendo in tutti i casi la dimissione dei pazienti dal programma terapeutico specialistico.

Alla luce delle proprietà modulatorie gabaergiche della *Passiflora incarnata*, tali osservazioni suggeriscono un possibile ruolo della fitoterapia nella gestione dei sintomi residui di iperarousal che caratterizzano la fase terminale della sospensione metadonica nei trattamenti sostitutivi di lunga durata.

Consenso informato ed aspetti etici

Tutti i pazienti hanno fornito consenso informato all'utilizzo anonimo dei dati clinici a fini scientifici e di pubblicazione.

Il lavoro è stato condotto nel rispetto dei principi etici della Dichiarazione di Helsinki.

Il presente studio non ha ricevuto finanziamenti dedicati.

Riferimenti bibliografici

- Akhondzadeh S., Naghavi H.R., Vazirian M., Shayeganpour A., Rashidi H., & Khani M. (2001). Passionflower in the treatment of generalized anxiety: a pilot double-blind randomized controlled trial with oxazepam. *J Clin Pharm Ther.*, 26(5): 363-367.
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. Washington DC: APA Publishing.
- Appel K., Rose T., Fiebich B., Kammler T., Hoffmann C., & Weiss G. (2011). Modulation of the γ -aminobutyric acid (GABA) system by *Passiflora incarnata* L. *Phytother Res.*, 25(6): 838-843.
- Brett J., & Murnion B. (2015). Management of benzodiazepine misuse and dependence. *Aust Prescr.*, 38(5): 152-155.
- Carminati M., Tondello M., Zappia M., & Zanardi R. (2024). *Passiflora incarnata* L., herba, in benzodiazepine tapering: long-term safety and efficacy in a real-world setting. *Front Psychiatry*.
- Crespi G., Moretti F., Giampieri E., Galimberti G.L., & Zanalda E. (2024). Use of *Passiflora incarnata* L. Herba in the Treatment of Cocaine Use Disorders: The Experience of an Addiction Center in Monza, Italy. *Journal of Psychiatry Research*.
- Dole V.P., & Nyswander M.E. (1965). A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. *JAMA*, 193: 646-650.
- Dhawan K., Kumar S., & Sharma A. (2001). Anti-anxiety studies on extracts of *Passiflora incarnata* Linneaus. *J Ethnopharmacol.*, 78(2-3): 165-170.
- Elsas S.M., Rossi D.J., Raber J., & White G. (2010). *Passiflora incarnata* extracts elicit GABA currents in hippocampal neurons. *Phytomedicine*, 17(12): 940-949.
- EMCDDA (2025). *European Drug Report 2025: Trends and Developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Jawna-Zbońska K., Blecharz-Klin K., Joniec-Maciejak I. et al. (2022). *Passiflora incarnata* in neuropsychiatric disorders: a systematic review. *Nutrients.*, 14(23), 4987.
- Koob G.F., & Volkow N.D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry*, 3(8): 760-773.
- Kosten T.R., & Baxter L.E. (2019). Effective management of opioid withdrawal symptoms: a gateway to opioid dependence treatment. *Am J Addict.*, 28(2): 55-62.
- Kreek M.J. (2000). Methadone-related opioid agonist pharmacotherapy for heroin addiction. *JAMA*, 283(10): 1335-1336.
- Lader M. (2014). Benzodiazepine harm: how can it be reduced? *Br J Clin Pharmacol.*, 77(2): 295-301.
- Miyasaka L.S., Atallah A.N., & Soares B.G.O. (2007). Passiflora for anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev.*, (1), CD004518.
- Zanalda E. (2021). Uso cronico di benzodiazepine e demenza senile. *Rivista Società Italiana di Medicina Generale*, 28(4): 22-27.
- Zanardi R., Carminati M., Fazio V., Maccario M., Verri G., & Colombo C. (2023). Add-On Treatment with *Passiflora incarnata* L., herba, during Benzodiazepine Tapering in Patients with Depression and Anxiety: A Real-World Study. *Pharmaceuticals (Basel)*, 16(3): 426.
- World Health Organization (2009). *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*. Geneva: WHO.

Naltrexone come trattamento off-label delle compulsività in pazienti con disturbi del neurosviluppo: descrizione di due casi clinici

M. Marsetti*, L.S. Novel*, M. Campana**

Riassunto

■ **Introduzione:** Il naltrexone è un antagonista dei recettori oppioidi approvato per il trattamento del disturbo da uso di alcol e oppioidi. È stato esplorato off-label per la modulazione di comportamenti compulsivi e del discontrollo degli impulsi.

Nei disturbi dello spettro autistico (ASD), gli studi controllati non hanno dimostrato benefici consistenti sui sintomi nucleari; sono stati invece riportati risultati eterogenei su manifestazioni comportamentali associate.

Presentazione dei casi: Riportiamo due casi.

Il Caso 1 riguarda un adulto con ASD e disabilità intellettiva con grave compulsività alimentare, con riduzione clinicamente significativa delle abbuffate e del peso dopo introduzione di naltrexone 50 mg/die e peggioramento riproducibile durante sospensioni programmate.

Il Caso 2 riguarda un giovane adulto con ADHD dell'adulto e comportamenti compulsivi sessuali e ruminativi percepiti come invalidanti, con netto beneficio dopo introduzione di naltrexone 50 mg/die.

Conclusioni: In pazienti selezionati con disturbi del neurosviluppo e compulsività clinicamente rilevanti, il naltrexone può rappresentare un'opzione adiuvante off-label orientata al sintomo; sono necessari studi prospettici con misure standardizzate. ■

Parole chiave: Naltrexone, Disturbo dello spettro autistico, Disabilità intellettiva, ADHD adulto, Binge eating, Comportamento sessuale compulsivo, Compulsività, Trattamento off-label.

Summary

■ **Introduction:** Naltrexone is an opioid receptor antagonist approved for the treatment of alcohol and opioid use disorder. It has been explored off-label for the modulation of compulsive behaviors and impulse control.

In autism spectrum disorders (ASD), controlled studies have not shown consistent benefits on core symptoms; instead, heterogeneous results have been reported on associated behavioral manifestations.

Case presentation: We report two cases.

Conclusions: In selected patients with neurodevelopmental disorders and clinically significant compulsivity, naltrexone may be an off-label, symptom-targeted adjunct option; prospective studies with standardized measures are needed. ■

Keywords: Naltrexone, Autism spectrum disorder, Intellectual disability, Adult ADHD, Binge eating, Compulsive sexual behavior, compulsivity, Off-label treatment.

Introduzione

Il sistema oppioide endogeno modula i circuiti della ricompensa e interagisce con vie dopaminergiche coinvolte nei processi di wanting e craving [1].

* Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze, ASST Bergamo Est, S.C. Psichiatria.

** Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze, ASST Bergamo Est, S.C. Ser.D.

L'antagonismo dei recettori oppioidi mediante naltrexone può ridurre la salienza motivazionale degli stimoli appetitivi e favorire un miglior controllo top-down sui comportamenti impulsivi e compulsivi.

In ambito ASD, i trial randomizzati e controllati non supportano benefici robusti sui sintomi nucleari; alcuni studi riportano miglioramenti parziali su iperattività e irritabilità [2-4].

Le evidenze sono limitate da campioni piccoli e dalla scarsa rappresentazione dei quadri più gravi; i dati negli adulti con disabilità intellettiva restano scarsi [5].

Naltrexone è stato inoltre descritto come opzione off-label in alcune condizioni caratterizzate da compulsività (ad es. binge eating, comportamento sessuale compulsivo e disturbi del controllo degli impulsi) [6-10].
Presentiamo due casi con target sintomatologico definito e follow-up longitudinale.

Presentazione dei casi

Caso 1

Uomo adulto (30+ anni) con diagnosi di disturbo dello spettro autistico associato a disabilità intellettiva e storia di disregolazione comportamentale.
Compulsività alimentare severa con abbuffate e persistente ricerca di cibo.
Prima dell'introduzione del naltrexone, le abbuffate erano presenti quotidianamente, spesso più volte al giorno.
Peso massimo riportato: 111 kg.
In trattamento con politerapia psicofarmacologica con beneficio parziale.
Nel 2018 è stato introdotto naltrexone 50 mg/die; successivamente è stato adottato uno schema ciclico (3 mesi ON/1 mese OFF).
Con il trattamento si è osservata una riduzione delle abbuffate a pochi episodi a settimana e una riduzione ponderale fino a 105 kg.
Durante le sospensioni programmate si è osservato peggioramento (maggiore attivazione/reattività) con necessità di incremento del diazepam.
Sicurezza: presenti iperglicemia, ipertrigliceridemia e ipercolesterolemia; minimo rialzo delle transaminasi, non univocamente attribuibile al naltrexone in contesto di politerapia e comorbilità metaboliche.

Caso 2

Uomo giovane adulto (20+ anni) con diagnosi di ADHD dell'adulto (presentazione combinata) e quadro di ansia/di-regolazione emotiva.
Comportamenti compulsivi sessuali e ruminativi riferiti come invalidanti (self-reported as disabling) con impatto sul funzionamento.
Nel febbraio 2025 è stato introdotto naltrexone 50 mg/die.
Nel follow-up febbraio-dicembre 2025 il paziente ha riportato marcata riduzione delle compulsività sessuali e mentali/ruminative, miglioramento del funzionamento globale e migliore adesione a strategie comportamentali.
Sicurezza: nessuna alterazione delle transaminasi riportata nel follow-up disponibile. Registrato accesso in PS per tachicardia insorto dopo ripresa autonoma di metilfenidato, farmaco già precedentemente assunto in terapia.
Il pz riferiva di aver sospeso autonomamente il trattamento e di averlo successivamente riassunto al dosaggio di 40 mg/die (formulazione rilascio prolungato), senza consultazione medica.
Dopo aggiustamento di Metilfenidato (riduzione del dosaggio con supplementazione di basso dosaggio di metilfenidato a rilascio immediato) il quadro clinico si è stabilizzato.

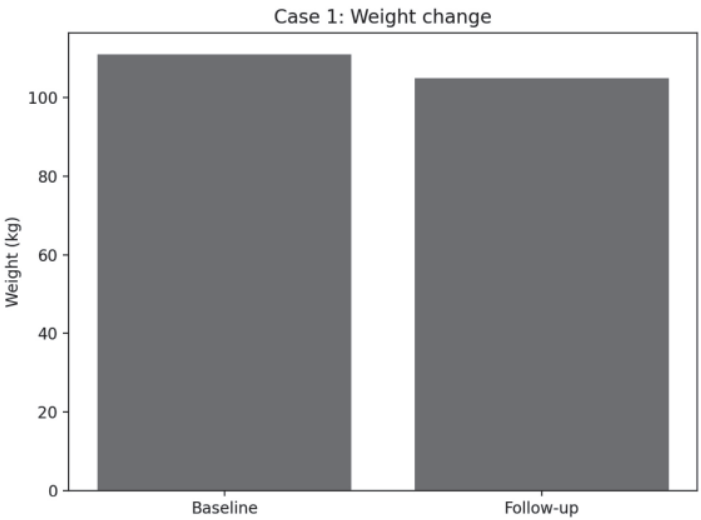
Tab. 1 - Caratteristiche cliniche ed esiti

Caratteristica	Caso 1	Caso 2
Diagnosi	ASD + disabilità intellettiva	ADHD dell'adulto
Target sintomatologico	Binge eating / compulsività alimentare	Compulsività sessuali e mentali
Schema naltrexone	50 mg/die; 3 mesi ON/1 mese OFF	50 mg/die
Esito principale	Quotidiane (spesso multiple/dì) → poche/settimana; peso 111→105 kg	Netto miglioramento (baseline self-reported as disabling)
Sicurezza	Minimo rialzo transaminasi; alterazioni metaboliche	Nessuna alterazione transaminasi riportata

Tab. 2 - Caso 1: confronto ON/OFF naltrexone

Dominio	ON naltrexone	OFF naltrexone
Binge eating / abbuffate	Poche volte a settimana	Peggioramento
Attivazione comportamentale	Miglior controllo	Maggiore reattività
Necessità benzodiazepine	Stabile	Incremento diazepam

Fig. 1 - Caso 1: variazione ponderale (baseline vs follow-up)



Nota: la frequenza delle abbuffate è passata da quotidiana (spesso con episodi multipli/dì) a pochi episodi/settimana dopo l'introduzione del naltrexone.

Discussione

I casi suggeriscono un potenziale ruolo del naltrexone come trattamento adiuvante off-label mirato a specifiche compulsività in disturbi del neurosviluppo.
Nel Caso 1, la presenza di un pattern challenge-dechallenge (peggioramento in OFF e miglioramento in ON) e di indica-

tori oggettivabili (peso; frequenza delle abbuffate) rafforza la plausibilità dell'associazione trattamento-beneficio, pur nei limiti intrinseci di un case report.

Nel Caso 2, il beneficio su compulsività sessuali e ruminative è coerente con la letteratura emergente sui comportamenti reward-driven.

Limiti: natura osservazionale, assenza di scale standardizzate (es. BES, CSBD-19, Y-BOCS), possibile confondimento da co-terapie e interventi psicologici/comportamentali.

Punti di forza: target sintomatologico definito, follow-up longitudinale e, nel Caso 1, osservazione ripetuta ON/OFF.

Conclusioni

Naltrexone 50 mg/die può rappresentare, in pazienti selezionati, un'opzione off-label orientata al sintomo per la gestione di compulsività clinicamente rilevanti.

Sono necessari studi prospettici controllati con misure standardizzate per definire sottogruppi responsivi, durata ottimale e profilo rischio-beneficio.

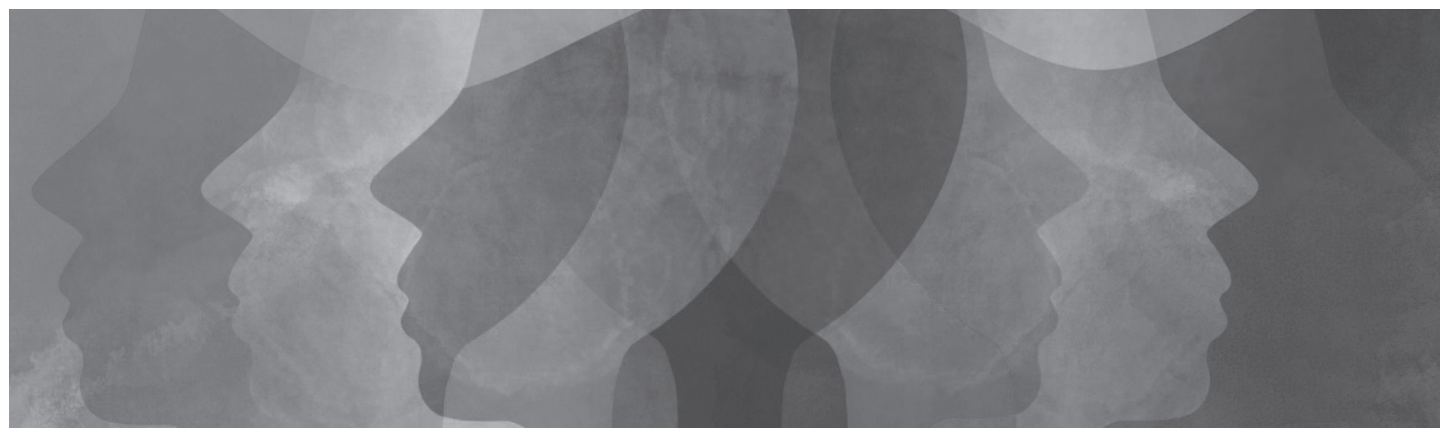
Dichiarazioni

Conflitti di interesse – Gli autori dichiarano assenza di conflitti di interesse.

Finanziamenti – Il presente lavoro non ha ricevuto finanziamenti specifici.

Riferimenti bibliografici

1. Soutschek A., Weber S.C., Kahnt T., Quednow B.B., Tobler P.N. (2019). Opioid antagonism reduces wanting by dampening striatal reward signals. *J Neurosci.*, 39: 8040-8050.
2. Campbell M., Anderson L.T., Small A.M. et al. (1993). Naltrexone in autistic children: behavioral symptoms and attentional learning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*, 32: 1283-1291.
3. Willemsen-Swinkels S.H., Buitelaar J.K., van Engeland H. (1995). The effect of chronic naltrexone treatment in young autistic children: a double-blind placebo-controlled crossover study. *Biol Psychiatry.*, 37: 806-812.
4. Willemsen-Swinkels S.H., Buitelaar J.K., Nijhof G.J., van Engeland H. (1996). Failure of naltrexone to reduce self-injurious and autistic behavior in mentally retarded adults. *Arch Gen Psychiatry.*, 53: 151-158.
5. Roy A., Roy M., Deb S., Unwin G. (2015). Are opioid antagonists effective in reducing self-injurious behavior in adults with intellectual disability? A systematic review. *J Intellect Disabil Res.*, 59: 55-67.
6. Fang Y.Y., Chen C.X., Zhang Y. et al. (2020). Opioid antagonists in the treatment of binge eating disorder: a meta-analysis. *Psychiatry Res.*, 284, 112681.
7. Bostwick J.M., Bucci J.A. (2008). Internet sex addiction treated with naltrexone. *Mayo Clin Proc.*, 83: 226-230.
8. Kraus S.W., Meshberg-Cohen S., Martino S., Quinones L.J., Potenza M.N. (2015). Treatment of compulsive pornography use with naltrexone: a case report. *Am J Psychiatry.*, 172: 1260-1261.
9. Savard J., Sabourin S., Lesage A. (2020). Naltrexone in the treatment of compulsive sexual behavior disorder: a feasibility study. *J Sex Med.*, 17: 735-745.
10. Grant J.E., Odlaug B.L., Kim S.W. (2010). Naltrexone treatment of pathological gambling and other impulse control disorders. *CNS Drugs.*, 24: 561-573.



Corso specialistico sugli aspetti medici in Alcolologia

FAD ECM ASINCRONA

online da lunedì 1 giugno 2026 a giovedì 31 dicembre 2026

RESPONSABILE SCIENTIFICO: Dott. Giovanni Galimberti

DESTINATARI – TARGET DI RIFERIMENTO

Il Percorso Formativo – FAD Asincrona – è accreditato ECM per: **MEDICO** (tutte le specializzazioni) e si sviluppa in n. 4 moduli per un totale di n. **8 ore formative**.

Crediti formativi assegnati: 8

ID ECM 2091-480612

OBIETTIVO FORMATIVO: 03 – Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura.



20
26

ENTE PROMOTORE



PROVIDER ECM n. 2091 e SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



EXPOPOINT Organizzazione Congressi Eventi
Via Nazario Sauro, 2/4 - 22066 Mariano Comense - Co | Telefono 031 748814
Email - segreteriacongressi@expopoint.it www.expopoint.it



Cibo, corpo e mente nei disturbi da uso di sostanze: il contributo del tecnico della riabilitazione psichiatrica nei percorsi riabilitativi comunitari

Gaia Liliana Carpinteri*, Antonio Simula**

Riassunto

■ *La relazione tra alimentazione e Disturbi da Uso di Sostanze (DUS) rappresenta un ambito emergente nella ricerca e nella pratica riabilitativa.*

L'assunzione prolungata di sostanze altera il metabolismo, la regolazione emotiva e i sistemi di ricompensa, influenzando profondamente il comportamento alimentare.

Il presente studio analizza un intervento psicoeducativo e riabilitativo centrato sulla consapevolezza alimentare, condotto presso le comunità terapeutiche Casa Lamar e Casa di Giano, gestite dal Centro Trentino di Solidarietà.

L'obiettivo è esplorare il contributo del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP) nella promozione di stili di vita sani, nella regolazione emotiva e nella costruzione di routine funzionali.

I risultati qualitativi evidenziano miglioramenti nella consapevolezza corporea, nella gestione del craving, nella partecipazione alle attività quotidiane e nella qualità della vita percepita.

L'integrazione tra intervento nutrizionale, mindful eating e lavoro di équipe emerge come una strategia efficace per sostenere la recovery nei DUS.

Tuttavia mancano protocolli operativi replicabili che guidino l'implementazione di interventi alimentari nei contesti comunitari.

Questo articolo colma tale lacuna proponendo un protocollo strutturato e riproducibile, basato sull'esperienza condotta presso Casa Lamar e Casa di Giano. ■

Parole chiave: *Disturbi da uso di sostanze, Alimentazione, Mindful eating, Riabilitazione psichiatrica, Recovery, Comunità terapeutiche.*

Summary

■ *The relationship between nutrition and Substance Use Disorders (SUDs) represents an emerging area in both research and rehabilitative practice.*

Prolonged substance use alters metabolism, emotional regulation, and reward systems, profoundly influencing eating behavior.

This study examines a psychoeducational and rehabilitative intervention focused on food awareness, carried out in the therapeutic communities Casa Lamar and Casa di Giano (Centro Trentino di Solidarietà).

The aim is to explore the contribution of the Psychiatric Rehabilitation Technician (TeRP) in promoting healthy lifestyles, supporting emotional regulation, and building functional daily routines.

Qualitative findings highlight improvements in body awareness, craving management, participation in daily activities, and perceived quality of life.

The integration of nutritional intervention, mindful eating, and multidisciplinary teamwork emerges as an effective strategy to support recovery in SUDs. However, replicable operational protocols guiding the implementation of nutritional interventions in community settings are still lacking.

This article addresses this gap by proposing a structured and reproducible protocol based on the experience conducted at Casa Lamar and Casa di Giano. ■

Keywords: *Substance Use Disorders, Nutrition, Mindful eating, Psychiatric rehabilitation, Recovery, Therapeutic communities.*

* Università degli Studi di Verona, CdL Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica.

** Sociologo clinico - Centro Trentino di Solidarietà ETS.

1. Introduzione

I Disturbi da Uso di Sostanze (DUS) rappresentano una delle principali sfide per i servizi di salute mentale e per le comunità terapeutiche. L'approccio biopsicosociale (Engel, 1977) ha evidenziato come la dipendenza non sia un fenomeno esclusivamente biologico, ma un intreccio complesso di fattori psicologici, relazionali e ambientali. In questo quadro, l'alimentazione assume un ruolo centrale: non solo come bisogno fisiologico, ma come dimensione educativa, emotiva e relazionale.

L'uso prolungato di sostanze altera i sistemi di ricompensa, i segnali di fame e sazietà, la percezione del piacere e la capacità di autoregolazione (Mahboub *et al.*, 2021). Ciò comporta carenze nutrizionali, disregolazione emotiva e comportamenti alimentari impulsivi, che possono ostacolare la stabilità clinica e aumentare il rischio di ricadute.

Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP), figura sanitaria riconosciuta dal Ministero della Salute, svolge un ruolo chiave nella promozione di stili di vita sani e nella costruzione di routine funzionali. La sua competenza nel facilitare processi di autonomia, consapevolezza corporea e regolazione emotiva lo rende un attore centrale nei percorsi di recovery.

2. Alimentazione e DUS: evidenze teoriche e cliniche

2.1. Alterazioni biologiche e comportamentali

Le sostanze psicoattive interferiscono con i sistemi dopaminergici e con i meccanismi di regolazione dell'appetito, generando:

- disregolazione dei ritmi alimentari;
- craving alimentare e impulsività;
- carenze nutrizionali;
- alterazioni del metabolismo.

Studi recenti mostrano che la malnutrizione è altamente prevalente nelle persone con DUS (GarcíaEstrada *et al.*, 2025), con ripercussioni sul tono dell'umore, energia e capacità di partecipazione ai percorsi terapeutici.

2.2. Alimentazione come fattore di recovery

Una dieta equilibrata contribuisce a:

- stabilizzare l'umore;
- ridurre irritabilità e ansia;
- migliorare la qualità del sonno;
- sostenere la motivazione al cambiamento.

L'alimentazione non è un "accessorio", ma un indicatore sensibile dello stato psicofisico e un potente strumento riabilitativo. Diventa così un dispositivo terapeutico che integra dimensioni biologiche, psicologiche e sociali (Park *et al.*, 2023).

3. Il ruolo del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica

Il TeRP è la figura professionale ideale perché lavora nella quotidianità, integra dimensioni corporee, emotive e relazionali, favorisce autonomia e autoefficacia, media tra area sanitaria e area educativa.

Il TeRP trasforma il cibo in un contesto terapeutico, dove la persona può sperimentare competenze, responsabilità e cura di sé.

3.1. Competenze specifiche

Il TeRP interviene attraverso:

- educazione alimentare e promozione di routine;
- attività di gruppo e laboratori esperienziali;
- mindful eating e consapevolezza corporea;
- supporto alla regolazione emotiva;
- monitoraggio dei progressi e rinforzo motivazionale.

La cura dell'alimentazione diventa un contesto privilegiato per lavorare su autonomia, autoefficacia e partecipazione.

3.2. Lavoro di équipe

Il TeRP opera in sinergia con:

- psicologi;
- psichiatri;
- infermieri;
- educatori;
- nutrizionisti (quando presenti).

Questa integrazione permette di affrontare la complessità dei DUS in modo multidimensionale.

4. Il progetto presso Casa Lamar e Casa di Giano

4.1. Contesto

Le due comunità terapeutiche del Centro Trentino di Solidarietà accolgono persone con DUS in diverse fasi del percorso terapeutico. Casa Lamar accoglie soprattutto persone con HIV-AIDS e con patologie correlate. L'alimentazione rappresenta una dimensione centrale della quotidianità comunitaria.

4.2. Struttura dell'intervento

L'intervento ha previsto:

- incontri psicoeducativi;
- laboratori di cucina e gestione dei pasti;
- esercizi di mindful eating;
- attività di gruppo orientate alla consapevolezza corporea;
- strumenti di autovalutazione e osservazione qualitativa.

4.3. Obiettivi

- migliorare la consapevolezza alimentare;
- favorire la regolazione emotiva;
- promuovere autonomia e responsabilità;
- sostenere la partecipazione alla vita comunitaria.

5. Risultati

5.1. Consapevolezza corporea

Gli utenti hanno mostrato maggiore capacità di riconoscere fame, sazietà e segnali corporei.

5.2. Regolazione emotiva

Le pratiche di mindful eating hanno ridotto l'impulsività alimentare e l'ansia.

5.3. Partecipazione e motivazione

La dimensione laboratoriale ha favorito il coinvolgimento, la collaborazione e il senso di appartenenza.

5.4. Qualità della vita percepita

Gli utenti hanno riportato:

- maggiore energia;
- migliore qualità del sonno;
- maggiore senso di controllo sulla quotidianità.

5.5. Criticità

- discontinuità nella partecipazione;
- necessità di maggiore integrazione nutrizionale specialistica;
- difficoltà nel mantenere le routine nei momenti di crisi;
- variazioni cliniche che interferiscono con il percorso.

Raccomandazioni

- strutturare un calendario stabile di attività;
- integrare un nutrizionista nei casi complessi;
- rafforzare il lavoro di équipe;
- prevedere follow-up periodici;
- utilizzare strumenti di autovalutazione semplici e ripetibili.

6. Discussione

L'esperienza conferma che l'alimentazione può diventare un potente strumento di riabilitazione nei DUS. Il TeRP, grazie alla sua formazione orientata alla quotidianità e alla relazione, è in una posizione privilegiata per integrare la cura del cibo nei percorsi terapeutici.

L'approccio adottato mostra come la combinazione di:

- educazione nutrizionale;
- mindful eating;
- attività esperienziali;
- lavoro di gruppo;
- integrazione multidisciplinare;
- possa produrre cambiamenti significativi nella vita quotidiana degli utenti.

Il protocollo proposto è replicabile in comunità terapeutiche, centri diurni, servizi residenziali e semiresidenziali. La sua forza risiede nella combinazione di:

- educazione;
- esperienza pratica;
- consapevolezza corporea;
- regolazione emotiva;
- routine quotidiane.

Il TeRP emerge come figura centrale nella traduzione della teoria in pratica quotidiana.

7. Conclusioni

La cura dell'alimentazione rappresenta una dimensione fondamentale nei percorsi di recovery dai DUS.

L'esperienza di Casa Lamar e Casa di Giano dimostra che un intervento strutturato, condotto dal TeRP in sinergia con l'équipe, può favorire regolazione emotiva, consapevolezza corporea, autonomia e qualità della vita.

Il cibo, nella sua dimensione simbolica e concreta, diventa un ponte tra corpo e mente, tra dipendenza e libertà, tra fragilità e possibilità di rinascita.

Si ritiene importante inserire nella pratica clinica la cura dell'alimentazione nei Piani Terapeutici Individuali, formare gli operatori su mindful eating e psicoeducazione alimentare.

Inoltre per le politiche dei servizi risulta necessario riconoscere l'alimentazione come area riabilitativa, promuovere programmi integrati nutrizione-psicologia-riabilitazione e sostenere la ricerca su interventi alimentari nei DUS.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).
- Balmori M., & de la Puente M. (2025). Nutrition and recovery in substance use disorders. *Journal of Clinical Nutrition and Mental Health*, 14(2): 115-128.
- Butts S., Sakata K., & Jonsson E. (2023). Alcohol use and micronutrient deficiencies. *Addiction Biology*, 28(1), e13245.
- Cibin M., Pasqualotto G., & Chiamulera C. (2022). Eating together: Food, recovery and community. *Italian Journal on Addiction*, 12(3): 45-58.
- Cohen R., Smith J., & Patel A. (2025). Lifestyle patterns in individuals with substance use disorders. *Addictive Behaviors Reports*, 21: 100-112.
- Engel G. (1977). The need for a new medical model. *Science*, 196(4286): 129-136.
- GarcíaEstrada J., et al. (2025). Malnutrition in substance use disorders. *International Journal of Mental Health Nutrition*, 3(1): 1-14.
- Gibson S., Taylor C., & Ritchie L. (2023). Nutritional rehabilitation in addiction treatment. *Clinical Nutrition Review*, 42(4): 210-225.
- Hagedorn J., & Benavente L. (2017). Nutrition and emotional regulation in addiction recovery. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 82: 45-53.
- IPSICO Firenze (2022). *Cibo, emozioni e regolazione*. Firenze: IPSICO.
- Jeynes K., & Gibson S. (2017). Lifestyle interventions in addiction recovery. *Public Health Nutrition*, 20(8): 1425-1433.
- Kendall A., & Gibson S. (2017). Nutrition and substance use: A clinical overview. *Nutrition & Health*, 23(3): 175-184.
- Lattuada E. (2023). *Psicologia dell'alimentazione*. Milano: FrancoAngeli.
- Mahboub N. et al. (2020-2024). Series on nutrition and addiction. *Addiction Research & Theory*.
- Minari M. et al. (2024). Mindful eating in clinical populations. *Eating Behaviors*, 55: 101-112.
- Park S., Kim H., & Cho Y. (2023). Food, mood and recovery. *Journal of Behavioral Nutrition*, 18(1): 33-47.
- Sullivan K., Lawlor M., & Kerr T. (2025). Mindfulness-based interventions in addiction. *Substance Use & Misuse*, 60(2): 215-230.
- White C., & Sirohi S. (2024). Reward systems and food-drug interactions. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 152: 105-118.
- World Health Organization (2019). *Recovery in mental health: A conceptual framework*.

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno XII, n. 48

MISSION n. 74

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

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

Direttore: Alfio Lucchini

Responsabile scientifico: Ezio Manzato

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

Redazione Mission: CeRCO, Milano.

La riarchitettura dei servizi di alcologia nella rete territoriale del DM 77/22: modelli di stratificazione, skill mix e clinical governance

*Felice Alfonso Nava**

Introduzione

Il disturbo da uso di alcol (AUD - *Alcohol Use Disorder*) rappresenta una delle principali sfide di sanità pubblica a livello globale e nazionale, con un impatto epidemiologico ed economico asimmetrico sui sistemi sanitari. Storicamente, la risposta assistenziale all'alcologia in Italia è rimasta frammentata tra i Servizi per le Dipendenze (Se.D.), i centri alcologici e i reparti ospedalieri di gastroenterologia o medicina interna, generando fenomeni di *silos organizzativi* e percorsi di cura discontinui.

Il Decreto Ministeriale 77/22 (“Regolamento recante la definizione dei modelli e degli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”) impone un cambio di paradigma, superando la logica prestazionale a favore di una presa in carico proattiva, basata sulla prossimità e sulla stratificazione della popolazione. Le Case di Comunità (CdC), l’Infermiere di Famiglia e Comunità (IFoC) e le Centrali Operative Territoriali (COT) costituiscono le leve strutturali per ridisegnare la rete alcologica.

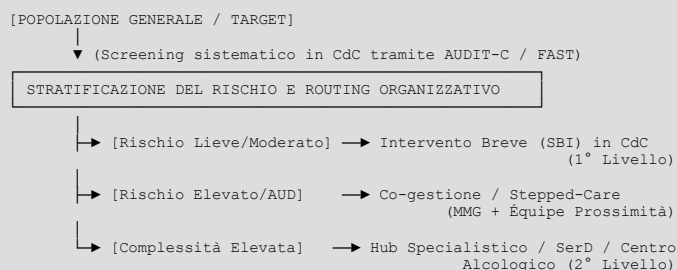
Dal punto di vista manageriale, l’obiettivo non è la mera de-localizzazione fisica degli alcologi sul territorio, bensì la costruzione di un ecosistema assistenziale capace di bilanciare l’efficienza allocativa delle risorse (risolvendo il cronico *mis-match* di personale medico e infermieristico) con la massima appropriatezza clinica.

* Direttore dei Servizi Sociosanitari Azienda ULSS 9 Scaligera Verona. Direttore del Comitato Scientifico Nazionale FeDerSerD.

La stratificazione della domanda: segmentazione del rischio e screening di popolazione

Un’efficace *governance* dell’alcologia territoriale richiede l’abbandono di un’offerta rigida e indifferenziata. Applicando i principi del *Population Health Management*, la popolazione afferente alla rete assistenziale deve essere stratificata in base al livello di rischio e alla complessità clinico-sociale del consumo.

L’integrazione dell’alcologia nelle Case di Comunità HUB e Spoke si basa sull’implementazione di sistemi di screening sistematici, condotti dai Medici di Medicina Generale (MMG), dai Pediatri di Libera Scelta (PLS) e dagli IFoC.



L’obiettivo è di prevenire e ridurre le conseguenze del consumo di alcol nelle persone con forme di abuso alcolico nei setting di cure primarie (*Anderson et al., 2019*), utilizzando strumenti di screening validati e interventi brevi (*Babor et al., 2001; Heather, 2012; Kaner et al., 2018; Saitz, 2021; WHO, 2022*).

Strumenti di Triage e Routing Assistenziale

- **Livello 0 (Prevenzione primaria e screening):** somministrazione di test rapidi e validati come l'AUDIT-C (*Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption*) o il FAST (*Fast Alcohol Screening Test*) durante gli accessi di routine nelle CdC o negli ambulatori dei MMG.
- **Livello 1 (Consumo a rischio / AUD lieve):** gestione all'interno della CdC mediante protocolli di **Screening and Brief Intervention (SBI)**. Interventi brevi (1-4 sessioni) focalizzati sul colloquio motivazionale, finalizzati a prevenire la transizione verso la dipendenza conclamata.
- **Livello 2 (AUD moderato/grave o complicanze):** invio protetto ed immediato all'Hub specialistico (Ser.D./Centro Alcológico di secondo livello) per trattamenti multidisciplinari integrati (farmacologici, psicoterapeutici e professionisti della riabilitazione).

Disegno organizzativo dell'équipe alcolologica territoriale: skill mix e sanità digitale

La scarsità di risorse umane impone l'adozione di modelli basati sulla *task-shifting* e sulla valorizzazione della *skill mix* professionale all'interno delle Case di Comunità. L'équipe alcolologica territoriale di primo livello non deve essere necessariamente guidata in presenza dal medico alcolologo, ma deve configurarsi come un nucleo multiprofessionale flessibile.

Composizione e Ruoli della Prossimità

- **Infermiere di Famiglia e Comunità (IFoC):** agisce come *case manager* territoriale, effettua lo screening primario, monitora l'aderenza terapeutica ai trattamenti per l'AUD e intercetta precocemente i segni di ricaduta nel contesto domiciliare.
- **Psicologo delle Cure Primarie / Psicoterapeuta:** eroga interventi di *Brief Motivational Interviewing (BMI)* e supporta la gestione dello stress e delle co-morbilità psicologiche lievi all'interno della CdC.
- **Educatore Professionale e Assistente Sociale:** coordinano il reinserimento socio-lavorativo, attivano le risorse formali e informali della comunità (es. associazionismo e gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto come gli Alcolisti Anonimi o i Club Alcolici Territoriali) e supportano i caregiver (familiari).

L'Abilitazione Digitale (Connected Care)

Il raccordo tra il primo livello (CdC - Spoke) e il secondo livello specialistico (SerD/Ospedale - Hub) è governato operativamente dalla **Centrale Operativa Territoriale (COT)** tramite piattaforme di Sanità Digitale:

1. **Teleconsulto e Teleconsulenza:** permettono all'équipe della CdC di confrontarsi in tempo reale con lo specialista alcolologo o gastroenterologo per l'aggiustamento delle terapie farmacologiche anticraving (es. sodio ossibatom acamprosat, naltrexone) o per la gestione del disassuefamento ambulatoriale protetto.
2. **Televisita e Telemonitoraggio:** utilizzati per il *follow-up* dei pazienti alcolologici stabilizzati, riducendo i tassi di *drop-out* (abbandono) e ottimizzando le agende degli specialisti, che vengono liberate per la gestione dei casi acuti e complessi.

Modelli di Clinical Governance: integrazione orizzontale e verticale

Per strutturare i flussi assistenziali alcolologici nella cornice del DM 77/22, le Direzioni Strategiche delle Aziende Sanitarie possono implementare e combinare quattro modelli di *clinical governance*:

Il Modello *Stepped-Care* (Cure Graduali)

È il modello cardine per l'efficienza allocativa. Il paziente riceve inizialmente l'intervento clinicamente efficace meno intensivo e meno costoso (es. intervento breve nella CdC). Il monitoraggio dei parametri clinici è standardizzato. In caso di mancata risposta terapeutica (*clinical failure*), documentata da indicatori oggettivi (es. persistenza del *binge drinking*, alterazione dei biomarcatori ematici come GGT o CDT), la COT attiva lo *step-up* del paziente verso l'Hub specialistico. Una volta stabilizzato, il paziente viene ritrasferito (*step-down*) al monitoraggio della CdC.

Il Modello Collaborativo (*Collaborative Care*)

Ideale per superare la dicotomia tra medicina generale e specialistica (Kates *et al.*, 2011). Prevede la **co-localizzazione fisica** periodica di alcolologi e psicologi del SerD all'interno degli ambulatori delle CdC, a stretto contatto con le Medicine di Gruppo Integrate e le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT). Le decisioni cliniche sono condivise tramite una cartella clinica elettronica integrata. Questo modello abbatta drasticamente le barriere d'accesso e lo stigma sociale che spesso allontana il paziente alcolologico dai servizi dedicati alle dipendenze.

Il Modello *Consultation-Liaison* (Alcologia di Collegamento)

Trova applicazione sia nel raccordo CdC-Rete Sociale, sia nel transito Ospedale-Territorio. L'équipe alcolologica territoriale funge da consulente per i reparti per acuti (in particolare per la gestione delle sindromi da astinenza alcolica e delle epatopatie) e, contemporaneamente, supporta gli attori sociali della CdC nella promozione di stili di vita sani a livello comunitario.

Integrazione dei Percorsi Clinico-Assistenziali: Orizzontale vs Verticale

È l'intervento più efficace all'interno dei contesti di primary care (Rombouts *et al.*, 2020) e si può sviluppare attraverso due direttrici: un approccio verticale basato sulla gestione della malattia e un approccio orizzontale sul miglioramento degli esiti sull'intera popolazione.

Il primo approccio di *disease management* è basato sulla **gestione della malattia (Disease Management)** finalizzato a migliorare gli esiti clinici attraverso l'integrazione di cure basate sull'evidenza, educazione del paziente, supporto all'autogestione, monitoraggio e coordinamento tra diversi professionisti sanitari anche in diversi setting. Gli elementi principali dell'approccio di *disease management* includono:

- **coordinamento dell'assistenza:** integrazione tra medicina di base, specialisti, servizi territoriali e altri operatori sanitari;
- **linee guida basate sull'evidenza:** utilizzo di protocolli standardizzati per garantire cure efficaci e appropriate;
- **supporto all'autogestione del paziente:** aiutare la persona a comprendere la propria condizione, seguire il piano terapeutico, controllare i sintomi e adottare comportamenti salutari;

- **monitoraggio e follow-up regolari:** controllo dell'andamento della malattia, dell'aderenza alle terapie e delle possibili complicanze;
- **stratificazione del rischio:** individuazione dei pazienti con maggior rischio di peggioramento che necessitano di interventi più intensivi;
- **lavoro multidisciplinare:** collaborazione tra medici, infermieri, farmacisti, psicologi e altri professionisti.

Il secondo approccio di **Population Health** è un approccio che si concentra sul miglioramento degli esiti di salute di un'intera popolazione, considerando non solo le cure sanitarie individuali, ma anche i fattori sociali, ambientali, economici e comportamentali che influenzano la salute.

Gli elementi principali della **Population Health** includono:

- **analisi dei bisogni della popolazione:** identificare problemi di salute prevalenti, gruppi a rischio e disuguaglianze sanitarie;

- **prevenzione e promozione della salute:** interventi mirati a ridurre l'insorgenza delle malattie e favorire stili di vita sani;
- **gestione delle disuguaglianze:** affrontare differenze negli esiti di salute legate a condizioni sociali, economiche o ambientali;
- **uso dei dati sanitari:** utilizzare informazioni epidemiologiche e cliniche per programmare interventi efficaci;
- **integrazione dei servizi:** collegare assistenza primaria, servizi specialistici, comunità e interventi di sanità pubblica;
- **approccio basato sul valore (*value-based care*):** migliorare qualità ed efficacia delle cure contenendo sprechi e costi evitabili.

Nel contesto dei disturbi da uso di alcol, la **Population Health** considera il problema non solo come una condizione individuale, ma come una questione che coinvolge comunità e sistemi sanitari. Gli interventi possono includere prevenzione, diagnosi precoce, accesso ai trattamenti, riduzione del danno e integrazione tra servizi sanitari e sociali.

Dimensione Strategica	Approccio Verticale (<i>Disease Management</i>)	Approccio Orizzontale (<i>Population Health</i>)
Focus Principale	Appropriatezza clinica dell'AUD severo e delle complicanze d'organo (epatopatie, cardiomiopatie).	Intercettazione precoce, riduzione dei consumi a rischio nella popolazione generale.
Architettura di Rete	Flussi codificati tra Ospedale (Gastroenterologia/PS), Ser.D. e strutture residenziali.	Integrazione forte nella CdC tra MMG, IFoC, consultori e servizi sociali territoriali.
Indicatore di Outcome	Riduzione delle riammissioni ospedaliere per complicanze alcol-correlate e tassi di astinenza.	Riduzione della prevalenza del consumo a rischio; incremento degli screening eseguiti in CdC.

Le Direzioni strategiche delle Aziende ULSS devono implementare una **governance integrata**: l'approccio orizzontale garantisce la sostenibilità del sistema intercettando la domanda prima che diventi costosa e complessa, mentre l'approccio verticale assicura la continuità assistenziale per i pazienti ad alta complessità (*frequent flyers* dei Pronti Soccorso).

Indicatori di Performance Gestionale (KPI) per il Monitoraggio della Rete

Per valutare l'efficacia del nuovo assetto organizzativo dell'alcolologia ai sensi del DM 77/22, si propone un cruscotto di indicatori direzionali:

1. **KPI di Processo/Accessibilità:** percentuale di assistiti della CdC sottoposti a screening alcologico annuale (AUDIT-C/FAST) sul totale degli accessi.
2. **KPI di Integrazione:** tempo medio tra la segnalazione del MMG/CdC e la presa in carico specialistica per i casi classificati come *high-risk*.
3. **KPI di Efficacia Clinico-Organizzativa:** riduzione percentuale degli accessi impropri in Pronto Soccorso per intossicazione acuta da alcol da parte di pazienti già noti o residenti nel distretto della CdC.
4. **KPI di Sostenibilità:** tasso di ritenzione in trattamento a 6 e 12 mesi nei programmi assistenziali di primo livello erogati all'interno della CdC.

Conclusioni

La riorganizzazione dell'alcolologia all'interno della rete disegnata dal DM 77/22 non è un mero adempimento normativo, ma rappresenta una scelta strategica di *operations management* sanitario. Spostando il baricentro dell'intercettazione e del trattamento iniziale del disturbo da uso di alcol nelle Case di Comunità, è possibile strutturare una rete resiliente, capace

di superare lo stigma, di ottimizzare la risorsa del personale sociosanitario e di offrire risposte graduate e appropriate alla reale complessità del bisogno. Il successo di questa transizione risiede nella capacità delle Direzioni strategiche delle Aziende Sanitarie di investire nella formazione interprofessionale della *skill mix* territoriale e di abilitare i processi clinici tramite piattaforme di telemedicina integrate ed efficienti.

Riferimenti bibliografici

- Anderson P., Chisholm D., & Fuhr D.C. (2019). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet*, 388(10050): 1255-1261.
- Babor T.F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B., & Monteiro M.G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care*. World Health Organization.
- Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, n. 144.
- Heather N. (2012). Can screening and brief intervention (SBI) for alcohol consumption in primary care settings have a population-level impact?. *Addiction*, 107(11): 1900-1907.
- Kaner E.F., Beyer F.R., Muirhead C. *et al.* (2018). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD004148.
- Kates N., Mazowita G., Lemire F. *et al.* (2011). The evolution of collaborative mental health care in Canada: a shared vision for the future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5): 1-10.
- Rombouts S.A., Conigrave J.H., Saitz R., Louie E., Haber P., & Morley K.C. (2020). Evidence-based models of care for the treatment of alcohol use disorder in primary health care settings: a systematic review. *BMC Family Practice*, 21(2): 260.
- Saitz R. (2021). Screening and brief intervention for unhealthy substance use: little progress after decades of research. *Frontiers in Psychiatry*, 12: 654520.
- World Health Organization (2022). *The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels to reduce alcohol-related harms*. Geneva, WHO.

Dalla resistenza alla risposta terapeutica: il valore della diagnosi differenziale continua

I. Zunino*, V. Camporota*, B. Specchierla*, C. Mitro**, C. Varango*

Questo articolo evidenzia come il trattamento con sodio oxibato sia fondamentale per raggiungere l'astinenza dall'alcol, ma deve essere abbinato a una continua rivalutazione del paziente, anche durante le ricadute.

Anamnesi

Donna di 54 aa.

Anamnesi patologica remota muta. Negate farmaco allergie.

Anamnesi tossicologica: la paziente non ha mai usato sostanze illegali, neppure a scopo conoscitivo in giovane età.

Si presenta per un disturbo da uso di alcool (DUA); beve circa 2 bottiglie al giorno di vino bianco. Venti giorni prima dell'accoglienza al nostro servizio ha avuto un problema sul lavoro legato all'abuso di alcool, per cui il responsabile l'ha convocata e le ha consigliato di risolvere la situazione. Dopo questo evento ha smesso di bere alcolici ed ha iniziato ad assumere terapia con Alprazolam 0.25 mg 3 cp/die + Citalopram 8 gtt serali, prescritti da uno psichiatra a cui si è rivolta privatamente.

La paziente ha iniziato ad abusare di alcool all'età di circa 41 aa (sempre vino bianco) a scopo ansiolitico, a causa di una situazione familiare tesa e complessa.

Già in passato si era accorta che il consumo di alcool le era sfuggito di mano e aveva provato ad interromperne l'uso con successo per periodi di alcuni mesi.

Da circa 1 anno però ha ripreso a bere gradualmente sempre di più.

Anamnesi socio-familiare: divorziata, convive da 10 aa con un compagno.

Ha 1 figlia di 27 aa, seguita in CPS per disturbo bipolare, attualmente in buon compenso, già seguita in passato dalla NPI.

Madre vivente di 82 aa, in ABS; padre deceduto 10 anni fa per leucemia; 1 sorella di 60 aa sottoposta a tiroidectomia per K.

Anamnesi personale e familiare negativa per patologie psichiatriche, ma uno zio materno alcolista. Lavora come OSS in una RSA.

Diagnosi

Disturbo da uso di alcool - gravità moderata.

* Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, S.C. Servizio Dipendenze, Pavia.

** U.O.C. di Psicologia IRCCS Maugeri Pavia.

Fasi dell'intervento

La paziente giunge al nostro servizio a maggio 2023 e inizia la valutazione multidimensionale; alla prima visita si presenta già in terapia con Alprazolam 0.25 mg 3 cp/die + Citalopram 8 gtt serali, prescritti da uno psichiatra a cui si era rivolta privatamente e che viene confermata, dato il riferito beneficio a l'assenza di sintomatologia astinenziale o altri disturbi riportati o rilevabili.

La valutazione termina con diagnosi di: disturbo da uso di alcool di gravità moderata, ed evidenza di relief craving, che già nella fase di valutazione ha determinato diverse ricadute nel potus.

Viene quindi proposto alla signora di iniziare un trattamento di disassuefazione con sodio oxibato (GHB), che viene accettato così come la psicoterapia.

Ad agosto 2023 si avvia la terapia con sodio oxibato al dosaggio di 20 ml/die e da subito la sig.ra riesce a non ricadere nell'alcool e a sospendere gradualmente anche l'Alprazolam prescritto dallo psichiatra per verosimile stato d'ansia.

Nel percorso valutativo si è ritenuto di supportare il contesto familiare offrendo colloqui psico-educazionali e di counseling al compagno (8 incontri).

La paziente continua a mantenere l'astinenza e quindi a dicembre 2023 si è iniziato a programmare lo scalaggio della terapia, ritenendo di poterla sospendere a breve.

Ma, per la ricomparsa di una ricaduta nel bere a Capodanno e, l'aumento del craving, non è stato possibile percorrere questa strada, bensì è stato necessario aumentare nuovamente il farmaco, arrivando ad un dosaggio di 30 ml/die.

Ciò nonostante, la paziente non ha più interrotto il consumo di alcolici, pur avendolo ridotto e limitato a circa 2 volte a settimana in quantità contenuta (1-2 bicchieri).

Nel corso della presa in carico è emerso sempre più chiaramente uno stato di ansia persistente durante l'intera giornata, motivo per cui a maggio 2024 è stata richiesta una valutazione dallo psichiatra del nostro servizio, che ha ritenuto di prescrivere alla signora Passiflora e rivalutarla a breve.

Alla sig.ra è stato proposto anche di aggiungere Acamprosato al trattamento in corso, ma la stessa non ha accettato, chiedendo solo di poter assumere al bisogno Alprazolam; inoltre non ha più continuato a presenziare agli appuntamenti della psichiatra presso il Ser.D.

La paziente nei mesi successivi ha continuato a consumare alcool con analoghe modalità, per cui nel novembre 2024 si è tentato di riproporre l'avvio di Acamprosato con l'aggiunta di Pregabalin, per persistente stato d'an-

sia, ma ancora una volta non viene accettata la nuova proposta terapeutica.

Per la scarsa compliance ed il persistere del potus, in equipe si è valutata la riduzione del Sodio Oxibato a 20 ml/die.

A causa di problematiche familiari e della sospensione del percorso psicoterapico, la signora con modalità relief ricade in un abuso di alcool importante.

Dopo diversi colloqui motivazionali, viene ricontrattato il percorso terapeutico e la paziente a febbraio 2025 inizia ad assumere anche Acamprosato con beneficio sul craving e riduzione dell'assunzione di alcool.

Ciò nonostante, la signora continua ad avere ricadute sempre in modalità relief, per cui accetta di riprendere le sedute psicoterapiche e di sottoporsi ad una nuova valutazione psichiatrica a luglio 2025 presso questo servizio, che conferma un disturbo d'ansia.

È stato quindi introdotto Pregabalin al dosaggio di 25mg x 2/die, confermando il Citalopram che aveva già in terapia e predisposto anche un aumento sinergico della terapia con sodio oxibato al dosaggio di 30 ml/die con l'obiettivo di interrompere l'assunzione di alcool.

Discussione del caso

Durante il periodo di osservazione della paziente è emerso quanto il caso richiedesse un'attenta valutazione di tutti gli aspetti legati al consumo di alcool.

In particolare l'aspetto prevalente in questa signora è risultato essere il disturbo d'ansia che all'inizio della valutazione la paziente non faceva emergere, ma riusciva a mascherare.

La forte motivazione della signora, associata alla psicoterapia e agli effetti farmacologici del sodio oxibato hanno determinato un iniziale successo terapeutico che ha portato all'astensione dall'alcool.

Le ricadute hanno però evidenziato quanto l'alcool venisse usato come automedicazione per l'ansia, svelando le caratteristiche personologiche della paziente, e che l'utilizzo del farmaco mirato (sodio oxibato) per le sue caratteristiche farmacocinetiche e farmacodinamiche avesse stabilizzato il sintomo.

Per poter quindi arrivare al mantenimento dell'astinenza è stato invece importante trattare con adeguata terapia sia la sindrome da astinenza alcolica protratta, sia il disturbo d'ansia, trigger alle ricadute.

Conclusioni

Nella crisi di astinenza dall'alcol, il Sodio Oxibato è fondamentale in quanto, agendo con un meccanismo alcol-mimetico (gabaergico), consente di superare la crisi di delirium tremens senza pericoli.

L'alcol, così come ogni droga, ma anche il cibo e il sesso attivano i neuroni dell'area ippocampo-limbica che a

loro volta "accendono" i neuroni DOPA del nucleo accumbens che trasmettono l'impulso sino alla corteccia frontale.

Il Sodio Oxibato può essere considerato un farmaco efficace nel prevenire le ricadute, il craving e nel mantenere l'astinenza nei pazienti alcol-dipendenti.

L'associazione anche di Pregabalin insieme al Citalopram, stabilizzando il disturbo d'ansia che era causa delle ricadute nel potus, ha permesso alla signora di mantenere l'astinenza dall'alcol con netta riduzione dell'ansia e la sospensione di Alprazolam.

Vista la maggiore compliance della paziente alla farmacoterapia e ai colloqui psicologici, si ritiene opportuno proseguire il trattamento in essere.

Parallelamente, si procederà ad un approfondimento diagnostico circa il funzionamento di personalità, cruciale per aumentare il livello di integrazione ed individualizzazione del trattamento, rispondendo ai bisogni specifici della paziente.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th Edition.* Arlington, NE:
- Caputo F. *et al.* (2014b). Pharmacological management of alcohol dependence: From mono-therapy to pharmacogenetics and beyond. *Eur Neuropsychopharmacol*, 24: 181-191.
- Caputo F. *et al.* (2019). Diagnosis and treatment of acute alcohol intoxication and alcohol withdrawal syndrome: position paper of the Italian Society on Alcohol. *Intern Emerg Med.*, 14: 143-160.
- Caputo F. *et al.* (2020). Il trattamento farmacologico dei disordini da uso di alcol. *Alcologia*, 42: 38-64.
- Patkar O.L. *et al.* (2019). Modulation of serotonin and noradrenaline in the BLA by pindolol reduces long-term ethanol intake. *Addict Biol*, 24: 652-663.
- Scafato E. & Gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol) (2024). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2021. Roma: Istituto Superiore di Sanità; (Rapporti ISTISAN 24/3).
- Scafato E. *et al.* (2020). The undertreatment of alcohol-related liver diseases among people with alcohol use disorder. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.*, 24: 974-982.
- Testino G. *et al.* (2020). Management of end-stage alcohol-related liver disease and severe acute alcohol-related hepatitis: position paper of the Italian Society on Alcohol. *Dig Liver Dis*, 52: 21-32.
- Testino G. *et al.* (2022). Alcohol use disorder in the Covid-19 era: position paper of the Italian Society on Alcohol. *Addict Biol*, 27, e13090.
- Vignoli T. *et al.* (2024). Treatment of alcohol use disorder: position paper of the Società Italiana di Alcologia. *Nutr Cur*, 03 (Special 1), e150.

Titolazione individualizzata del sodio oxibato in un disturbo da uso di alcol con uso improprio di benzodiazepine: un case report sulla personalizzazione della cura e la gestione sequenziale degli obiettivi terapeutici

Elena Tamussi*

Introduzione

Il disturbo da uso di alcol rappresenta una delle principali cause di disabilità e mortalità evitabile a livello globale (1).

La presenza di comorbidità psichiatriche, patologie internistiche e uso concomitante di farmaci sedativi è associata a maggiore gravità clinica, peggior prognosi e minore aderenza terapeutica (2,3).

Il sodio oxibato costituisce una delle opzioni farmacologiche disponibili per il trattamento della sindrome astinenziale alcolica e per il mantenimento dell'astinenza, grazie alla sua capacità di ridurre il craving e migliorare il controllo del comportamento di consumo (4,5).

Tuttavia, la gestione clinica di pazienti complessi richiede spesso strategie di titolazione e monitoraggio che si discostano dagli schemi standardizzati e necessitano di un adattamento individualizzato del trattamento (5,6).

Il presente caso descrive l'utilizzo del sodio oxibato in una paziente con DUA severo, uso improprio di benzodiazepine e significativa vulnerabilità psicosociale, focalizzandosi sul ruolo della personalizzazione della cura e della gestione sequenziale degli obiettivi terapeutici, in linea con i più recenti modelli di medicina delle dipendenze orientati al paziente (7-9).

Descrizione del caso

Donna di 42 anni, già nota ai servizi per le dipendenze, che riaccede al Servizio dopo recente ricovero presso SPDC per intossicazione acuta da alcol e benzodiazepine.

* Medico specialista in psichiatria, Responsabile sanitario S.M.I. Gli Acrobati Concesio (Brescia), Desenzano del Garda (Brescia), Lallio (Bergamo).

Al momento del riaggancio terapeutico la paziente si presenta in condizioni di elevata sofferenza psicologica, riferendo sentimenti di disperazione e perdita di controllo.

La situazione era aggravata da ripetuti episodi di molestie da parte dell'ex partner, per i quali risultava presentata denuncia alle autorità competenti.

Contestualmente era stata temporaneamente sospesa dall'attività lavorativa.

La paziente riferiva consumo di bevande alcoliche fin dall'adolescenza, con progressivo incremento negli anni successivi fino all'assunzione prevalente di superalcolici.

L'aggravamento del consumo risultava temporalmente associato alla diagnosi di sindrome di Lynch e ai successivi trattamenti oncologici, inclusi isterectomia e chemioterapia.

Contestualmente si sviluppava uso incongruo di lormetazepam, inizialmente assunto per insonnia e successivamente utilizzato in modalità non prescritta.

Negava uso significativo di sostanze stupefacenti illegali.

In anamnesi erano presenti episodi depressivi ricorrenti e insonnia cronica.

La storia clinica risultava caratterizzata da elevata complessità internistica: Sindrome di Lynch, pregressi interventi oncologici multipli, gastrite cronica, pregresse crisi convulsive, recente trauma vascolare con endoprotesi, plurimi accessi in pronto soccorso per intossicazioni miste.

La terapia farmacologica comprendeva cardioaspirina, pantoprazolo, lormetazepam e altre terapie specialistiche.

Intervento terapeutico

Alla luce della severità del craving alcolico e dei precedenti fallimenti terapeutici, veniva avviato trattamento con sodio oxibato associato a monitoraggio cli-

nico ravvicinato e supporto psicoeducativo a cura del medico psichiatra.

La strategia terapeutica prevedeva una titolazione progressiva e successivamente una modulazione flessibile del dosaggio in funzione della risposta clinica e della tollerabilità.

Il trattamento con sodio oxibato è stato avviato con una posologia di 10 ml quattro volte al giorno (40 ml/die), mantenuta per circa due settimane.

Successivamente il dosaggio è stato incrementato a 10 ml cinque volte al giorno (50 ml/die) per un periodo di circa tre settimane.

In seguito è stata effettuata una riduzione a 10 ml tre volte al giorno per un breve periodo, seguita da un nuovo incremento a 8 ml quattro volte al giorno (32 ml/die), mantenuto per circa sei settimane.

Terminata questa fase, è stato avviato un progressivo scalaggio della terapia, con riduzione della dose a 5 ml quattro volte al giorno, quindi a 5 ml tre volte al giorno, successivamente a 5 ml due volte al giorno e infine a 5 ml una volta al giorno, fino alla completa sospensione del trattamento.

L'intero percorso terapeutico è stato modulato sulla base del monitoraggio continuo della risposta clinica, della tollerabilità e dell'aderenza del paziente alla terapia.

Il monitoraggio è stato attuato mediante esami tossicologici su diversa matrice (etilometro, urine e CDT su prelievo ematico) ma anche tramite la somministrazione di scale di valutazione e test autosomministrati per la rilevazione del craving, della sintomatologia astinenziale e del benessere percepito.

Nel corso del trattamento si osservava una progressiva riduzione del craving alcolico e una significativa diminuzione degli episodi di consumo incontrollato, fino al raggiungimento della completa astensione.

Parallelamente si registrava un miglioramento della stabilità emotiva, della capacità di autoregolazione e dell'aderenza al percorso terapeutico.

Solo dopo il raggiungimento di una sufficiente stabilizzazione del disturbo da uso di alcol è stato possibile affrontare in modo efficace il comportamento di assunzione incongrua del lormetazepam.

Nel corso del trattamento è stato possibile osservare una progressiva riduzione del consumo di benzodiazepine, con graduale rientro entro limiti posologici compatibili con un appropriato utilizzo terapeutico.

L'andamento clinico ha evidenziato come il beneficio ottenuto non fosse principalmente associato al mantenimento di dosaggi elevati di sodio oxibato, quanto piuttosto all'individuazione e al consolidamento di una finestra terapeutica individuale efficace, ben tollerata e sostenibile nel tempo. Tale assetto ha consentito di ottimizzare il rapporto tra efficacia clinica, tollerabilità del trattamento e aderenza terapeutica.

Discussione

Il caso evidenzia come, nei pazienti con disturbo da uso di alcol caratterizzati da elevata complessità clinica, internistica e psicosociale, l'efficacia del sodio oxibato non possa essere interpretata esclusivamente come conseguenza di una risposta farmacologica dose-dipendente (1,10,11).

Il beneficio osservato appare piuttosto il risultato di un processo di personalizzazione progressiva del trattamento, nel quale dosaggio, tempi di intervento e obiettivi terapeutici sono stati continuamente adattati alle caratteristiche individuali della paziente e all'evoluzione del quadro clinico.

Tale impostazione risulta coerente con i più recenti modelli di trattamento del disturbo da uso di alcol, che sottolineano l'importanza di strategie terapeutiche individualizzate e orientate agli esiti clinicamente rilevanti per il singolo paziente (3,5,7).

In tale prospettiva, la titolazione del sodio oxibato ha rappresentato uno strumento per la costruzione di una finestra terapeutica individuale, definita dall'equilibrio tra efficacia sul craving, tollerabilità e sostenibilità del trattamento (5,11).

Particolarmente rilevante appare la gerarchizzazione degli obiettivi terapeutici.

Nonostante la presenza di un uso incongruo di benzodiazepine, il target clinico iniziale è stato identificato nella stabilizzazione del disturbo da uso di alcol, considerato il principale driver della disregolazione comportamentale globale.

Tale approccio risulta coerente con i principi della medicina delle dipendenze, secondo cui l'intervento sulle condizioni a maggiore impatto prognostico può facilitare il successivo trattamento delle problematiche concomitanti (6,8).

Il controllo del craving alcolico ha successivamente consentito la rivalutazione dell'uso di lormetazepam e la progressiva normalizzazione del dosaggio.

Il caso suggerisce un modello operativo sequenziale (clinical algorithm implicito) nella gestione di pazienti con poliassunzione e disturbo da uso di alcol, in cui l'intervento terapeutico prioritario è rivolto al controllo del consumo alcolico come driver principale della disregolazione comportamentale.

In questa prospettiva, può essere delineato un algoritmo clinico implicito:

1. Fase 1 – Stabilizzazione del disturbo da uso di alcol

Intervento farmacologico mirato al craving alcolico mediante sodio oxibato, con titolazione individualizzata e priorità alla tollerabilità.

2. Fase 2 – Ricalibrazione del comportamento di assunzione sedativa

Solo dopo stabilizzazione del consumo alcolico, rivalutazione e progressiva riduzione dell'uso incongruo di benzodiazepine.

3. Fase 3 – Normalizzazione del dosaggio sedativo

Scalo graduale fino al rientro in un range terapeutico appropriato, in parallelo al consolidamento della stabilità clinica globale.

Questo modello sottolinea come la gestione simultanea dei due pattern di consumo possa risultare meno efficace rispetto a una strategia gerarchica centrata sul driver primario della disregolazione.

Tale approccio appare coerente con i principi emergenti della medicina delle dipendenze orientata alla personalizzazione delle cure, nella quale la flessibilità terapeutica assume un ruolo centrale (7-9,13,14).

L'esperienza descritta evidenzia inoltre il divario esistente tra la complessità dei pazienti trattati nella pratica clinica quotidiana e i modelli terapeutici derivati dagli studi controllati.

Nei soggetti caratterizzati da comorbidità mediche, vulnerabilità psicologica e poliassunzione, l'efficacia del trattamento dipende in larga misura dalla capacità di adattare dinamicamente la strategia terapeutica alle esigenze individuali (4,6,8).

Conclusioni

Il presente caso supporta il ruolo del sodio oxibato come strumento terapeutico inserito all'interno di un modello di cura personalizzato per il disturbo da uso di alcol (1,5,11).

In particolare, si evidenzia il *real-world complexity gap* tra i modelli farmacologici derivati da trial controllati e la gestione clinica di pazienti con poliassunzione, comorbidità internistiche e instabilità psicosociale, nei quali l'efficacia del trattamento è mediata in modo determinante dalla sua adattabilità dinamica e dalla sequenzialità degli obiettivi terapeutici.

L'esito favorevole osservato sembra essere stato determinato non tanto dall'intensità farmacologica del trattamento, quanto dalla possibilità di adattarne progressivamente il dosaggio e gli obiettivi clinici alle caratteristiche della paziente.

La modulazione terapeutica è stata guidata da una valutazione multidimensionale comprendente il monitoraggio tossicologico, l'osservazione clinica longitudinale e l'utilizzo di rating scale validate per la misurazione del craving, del benessere psicologico e della qualità della vita, consentendo un aggiustamento continuo della strategia di cura.

La stabilizzazione del consumo alcolico ha rappresentato il prerequisito per la successiva normalizzazione dell'uso di benzodiazepine, suggerendo l'utilità di strategie terapeutiche sequenziali nei pazienti con poliassunzione ed elevata complessità clinica. (6,8,14). La personalizzazione della cura, la costruzione di una finestra terapeutica individuale e la gestione gerarchica delle priorità cliniche emergono come elementi chiave per il successo terapeutico nel mondo reale, in linea con i più recenti orientamenti della medicina delle dipendenze e della gestione cronica dei disturbi correlati all'uso di sostanze.

Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization (2024). *Global status report on alcohol and health 2024*. Geneva: WHO.
2. Rehm J., Anderson P., Manthey J. *et al.* (2021). Alcohol use and burden. *Alcohol Alcohol.*, 56(4): 422-427.
3. Kwako L.E., Momenan R., Litten R.Z. *et al.* (2016). Addictions neurobiology. *Biol Psychiatry*, 80(3): 179-189.
4. Addolorato G., Leggio L., Ferrulli A. *et al.* (2006). Baclofen/GHB and alcohol dependence. *Lancet*, 367: 1503-1510.
5. Addolorato G., Caputo F., Capristo E. *et al.* (2009). GHB in alcohol dependence. *Alcohol.*, 43(2): 133-139.
6. Caputo F., Vignoli T., Leggio L., Addolorato G., & Bernardi M. (2014). Pharmacological management of alcohol dependence. *Expert Opin Pharmacother.*, 15(2): 245-257.
7. Mann K., & Soyka M. (2017). Pharmacotherapy of alcohol dependence. *CNS Drugs.*, 31(4): 255-272.
8. Witkiewitz K., Litten R.Z., & Leggio L. (2019). Advances in AUD treatment science. *Sci Adv.*, 5(9), eaax4043.
9. Kwako L.E., Schwandt M.L., Ramchandani V.A. *et al.* (2019). Neurofunctional domains in AUD. *Biol Psychiatry.*, 86(11): 866-879.
10. Caputo F., Addolorato G., Capristo E. *et al.* (2010). Sodium oxybate in AUD. *Expert Opin Pharmacother.*, 16(19): 2114-2117.
11. European Association for the Study of the Liver (EASL) (2018). Alcohol-related liver disease guidelines. *J Hepatol.*, 69(1): 154-181.
12. American Psychiatric Association (2018). Practice guideline for AUD. *Am J Psychiatry.*, 175(1): 86-90.
13. Volkow N.D., Koob G.F., & McLellan A.T. (2016). Brain disease model of addiction. *N Engl J Med.*, 374(4): 363-371.
14. McLellan A.T., Lewis D.C., O'Brien C.P., & Kleber H.D. (2000). Addiction as chronic illness. *JAMA*, 284(13): 1689-1695.
15. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2011). *CG115 Alcohol-use disorders*. London: NICE.
16. Saitz R. (2005). Unhealthy alcohol use. *N Engl J Med.*, 352(6): 596-607.
17. Caputo F., Domenicali M., *et al.* (2016). Sodium oxybate efficacy. *Alcohol Alcohol.*, 51(3): 312-318.
18. Skala K., Caputo F., Mirijello A., *et al.* (2014). Sodium oxybate in AUD. *Expert Opin Pharmacother.*, 15(2): 245-257.

Come favorire un pattern “Gender responsive” nei contesti di cura per disturbo da uso di sostanze e alcol: una ricerca-intervento

L. Pessina*, G. Giudici**, A. Greco*

Strategie nei percorsi di femminilizzazione della cura rivolti alle donne che accedono ai servizi territoriali per disturbo da utilizzo di sostanze e alcol.

Introduzione di modelli e interventi gender-oriented, in un servizio prevalentemente declinato al maschile; oltre l'approccio gender blind.

Obiettivi

La ricerca di seguito esposta nasce da una stretta collaborazione tra l'Università degli studi di Bergamo e la Cooperativa sociale “Il piccolo principe”.

In quest'ottica di partecipazione è stato avviato uno studio volto a comprendere la dicotomizzazione di genere relativa all'esperienza di utilizzo di sostanze, dipendenza e ai relativi percorsi di cura. Obiettivo del presente studio è comprendere quali modelli relazionali, terapeutici o procedurali possono essere introdotti all'interno dei servizi per disturbo da utilizzo di sostanze e alcol (DUS/DUA) per rendere i percorsi di cura maggiormente sensibili alle specificità del genere femminile.

L'uomo e la donna con DUS/DUA hanno un diverso posizionamento in relazione all'utilizzo e abuso di sostanze e alcol, nei confronti degli effetti della sostanza, della prevenzione, del trattamento e della cura (Svikis, 2006).

Il genere presenta dunque differenze biologiche, psicologiche e sociali in relazione all'utilizzo, all'assimilazione e alla disintossicazione da sostanze psicoattive.

Lo stigma sociale, inoltre, ancora molto presente nei confronti di chi utilizza sostanze e accede ai servizi territoriali, se rivolto al genere femminile, amplifica il suo potere escludente (Goffman, 2018) poiché nel pensiero comune e generalizzato, la donna che utilizza sostanze viene accostata ad altre intersezioni.

Tali intersezioni richiamano a sistemi di prostituzione, alla maternità e alla genitorialità come elementi non riconducibili in alcun modo all'utilizzo di sostanze e alcol. All'interno di questa cornice, può essere dunque inserita una progettualità dei servizi che disponga tempo e spazio alla raccolta di narrazioni femminili complesse, vissuti che oggi, nella maggior parte dei servizi sul nostro territorio, riferiscono ad in un unico protocollo terapeuti-

co-riabilitativo utilizzato indistintamente tra maschile e femminile.

Cornice epistemologica

Lo studio del genere femminile relazionale all'utilizzo di sostanze e alcol ha richiesto un'analisi overview della letteratura specifica (Antolini *et al.*, 2006; Becker *et al.*, 2017; Beltrami *et al.*, 2024; Greenfield *et al.*, 2018; Svikis *et al.*, 2006).

Secondariamente è stato necessario un affondo su specifici studi femministi.

Le ondate femministe e studi postcoloniali, che hanno profondamente influenzato il pensiero contemporaneo del femminile e “i meccanismi di costruzione e regolamentazione di genere” (Butler, 1999), hanno definito lo spettro gender, come un normale processo sociale di costruzione identitaria del femminile e del maschile (Pinnelli, 2019).

Gli studi femministi, dunque, insieme alle successive teorie queer, hanno gradualmente (per ondate) introdotto riflessioni su genere, antropologia, posizionamento del femminile e intersezionalità.

All'interno di questo panorama complesso e rivoluzionario, autrici di spicco quali Henrietta Moore, Gloria Anzaldúa, Kamala Visweswaran, Kimberle Krenshaw, avviarono un dibattito sull'interposizione del genere con altre variabili di differenza e diversità quali etnia, classe sociale, orientamento sessuale, età, disabilità (Corbisiero e Monaco, 2024).

L'intersezionalità, così come proposta dalle autrici femministe, è un'opportunità di analisi e intersezione delle diverse categorie sociali della donna, che interpreta e considera le istanze identitarie che compongono le differenze personali.

Oggi l'intersezionalità è spesso adottata come approccio teorico-metodologico in numerosi ambiti di ricerca (Mongibello e Russo, 2021) quale modello prospettico e interpretativo di uno specifico contesto sociale.

Questa cornice teorica ha fornito alla ricerca le basi epistemologiche da cui avviare un processo di destrutturazione delle istanze del genere femminile per ricostruirne bisogni e analizzarne i profili di funzionamento in relazione all'utilizzo di sostanze e alcol.

In tal senso, i dati raccolti durante i primi mesi di lavoro hanno evidenziato un bisogno femminile, relativo all'e-

* Università degli studi di Bergamo.

** Servizio Multidisciplinare Integrato “Il Piccolo Principe”, Albano Sant'Alessandro (BG).

mancipazione di sé rispetto ad un maschile predominante ed egemonico.

Negli ultimi anni, diversi organismi nazionali e internazionali hanno mostrato una maggiore sensibilità nei confronti delle differenze di genere contestualizzate all'utilizzo e dipendenza da alcol e sostanze.

Nel 2023, l'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (EMCDDA) ha introdotto una mini-guida denominata: "Women and drugs: health and social responses", con l'obiettivo di sensibilizzare il binomio gender-addiction sottolineando la necessità della prevenzione, poiché le donne con DUS/DUA rappresentano, in Europa un dato in crescita.

Contestualmente, nel panorama italiano il Dipartimento delle Politiche contro la Droga e le altre Dipendenze della Presidenza del Consiglio dei ministri, ha ratificato tale guida affermando che: "Le problematiche complesse e sovrapposte affrontate da molte donne che fanno uso di droghe, richiedono servizi coordinati e integrati [...] l'adozione di un approccio di genere ai problemi di droga, va a beneficio delle persone di genere diverso, comprese le donne, gli uomini e le persone transgender e non binarie".

Questo monito istituzionale è dunque un invito a riflettere sull'effettiva necessità di un intervento gender responsive nell'approccio della donna con DUS/DUA.

Metodi

Il presente studio etnografico si è svolto con un'osservazione partecipante e il relativo collocamento del ricercatore sul fieldwork con l'idea di una triangolazione di metodi.

A partire da gennaio 2025 vi è stato un graduale avvicinamento del ricercatore al team multiprofessionale del SMI di Cooperativa sociale "Il piccolo principe".

L'osservazione, connessa ad un approfondimento della letteratura scientifica, è durata alcuni mesi, a cui sono seguiti, uno studio di caso multiplo e la stesura e successiva fase di interviste semi-strutturate rivolte ai professionisti.

Risultati e proposta di nuove pratiche relazionali

Lo studio della letteratura scientifica ha evidenziato differenti fattori, propri dell'emisfero femminile, che richiedono una particolare attenzione.

Tali fattori sono così sintetizzabili: episodi di violenza e abusi subiti (talvolta con relativo PTSD), differenti sistemi di mercificazione del corpo, adozione di comportamenti sessuali a rischio di infezioni sessualmente trasmissibili, episodi di abortività e interruzioni volontarie di gravidanza, condizioni di subordinazione della

donna, con particolare riferimento alle figure maschili. Questi aspetti specifici, se non attenzionati durante la presa in carico, possono gravare sulla condizione di addiction e sul processo di riabilitazione (Bargagli *et al.*, 2007; Berrini, 2018; Lacatena, n.d.; Molteni, 2013).

Successivamente alla revisione della letteratura scientifica, si è deciso di procedere progettando uno studio di caso multiplo con l'obiettivo di comprendere se i casi clinici presi in analisi presentassero le stesse caratteristiche e gli stessi "fattori eziologici" evidenziati dalla letteratura scientifica (Molteni, 2013).

Attraverso il coinvolgimento di testimoni privilegiati è stato possibile individuare sei casi clinici particolarmente affini alle tre dimensioni di funzionamento scelte.

Queste tre dimensioni della vita quotidiana (Pasqualotto, 2016) risultano essere maggiormente interessate o compromesse dalla relazione con la sostanza, come poi emerso di fatto dallo studio di caso.

Le aree sono: la dimensione della vita sociale, civile e di comunità, la dimensione della cura della propria persona e la dimensione delle interazioni e relazioni interpersonali (Tabella 1).

Tab. 1 - Classificazione degli assi comparativi emersi dal percorso di ricerca secondo modello ICF-dipendenze

Dimensione della vita sociale, civile e di comunità	Dimensione della cura della propria persona	Dimensione delle interazioni e relazioni interpersonali
• Inquadramento dello stigma femminile e della duplice esclusione sociale • Indifferenti sistemi di mercificazione del corpo	• La discontinuità e resistenza col servizio • Infezioni sessualmente trasmesse: nuovi paradigmi e vecchi stereotipi	• Il posizionamento subalterno della donna nella relazione tra sostanza e maschile • L'interruzione volontaria dei consumi in gravidanza

Seguendo il paradigma bio-psico-sociale sono stati sistematizzati gli assi di interesse (Figura 1) nelle relative tre dimensioni di funzionamento, così come suggerito dal modello ICF-dipendenze (Pasqualotto, 2016).

Gli autori evidenziano come, all'interno dell'archetipo bio-psico-sociale, sia possibile articolare l'intera progettazione e riabilitazione della persona, poiché sono integrabili approcci diversi: quello clinico, quello riabilitativo, l'intervento sulla persona e sul suo ambiente di vita (ibidem, 2016). Utilizzando un linguaggio conosciuto a livello internazionale (ICF 2001), gli operatori e le operatrici del settore hanno la possibilità di monitorare le condizioni di vita della persona a distanza di tempo e in cooperazione con la stessa (Pasqualotto *et al.*, 2016). È possibile, dunque, seguendo questo modello, avvicinare l'utente (e la donna) ponendo l'attenzione sulle diverse variabili che ruotano attorno agli assunti di:

funzionamento, recovery e diagnosi centrata sulla persona.

Anche in quest'ottica di "integrazione tra saperi scientifici e umanesimo" (Pasqualotto, Carozza Cibir, 2020), il processo di cura attraversa l'individuo nella sua integrità e alterità con modalità intersezionale.

Se l'approccio si fonda su principi analitici e valutativi, la relazione con l'altro resta altresì lo strumento privilegiato in un quadro metodologico e tecnico-operativo.

Anche lo studio di caso ha confermato la presenza di fattori critici in relazione al percorso di cura. Tra i diversi assi comparativi emersi, alcuni (come sintetizzato in Tabella 1), sono di particolare interesse in un'ottica di empowerment del femminile: anche nei casi clinici studiati emerge il posizionamento della donna in subordinazione rispetto al maschile, è spesso presente una comorbidità psichiatrica, si evidenzia una forte discontinuità delle utenti nella frequenza del SMI, è presente un paradigma dell'interruzione volontaria dei consumi durante la gravidanza oltre al tema dello stigma femminile e della doppia esclusione sociale.

Infine, tutte le utenti prese in analisi presentano frequenti richieste volontarie di percorsi di istituzionalizzazione (presso cliniche o comunità terapeutico-riabilitative).

La comparazione tra i due differenti metodi di indagine ha prodotto un parallelismo tra assi tematici, suggerendo quali dimensioni e fenomeni attenzionare nell'ottica di orientare la ricerca verso l'individuazione di nuovi strumenti, approcci e modelli definiti sulle specificità delle donne.

Così, dalla revisione della letteratura e dallo studio di caso multiplo si è strutturata la traccia di intervista da sottoporre agli operatori e alle operatrici del servizio.

Partendo da questi assunti, le interviste hanno avuto ad oggetto il posizionamento subalterno della donna tra sostanza e maschile, le declinazioni relazionali, le pratiche di comunicazione e il pattern di consumo messo in atto da chi utilizza.

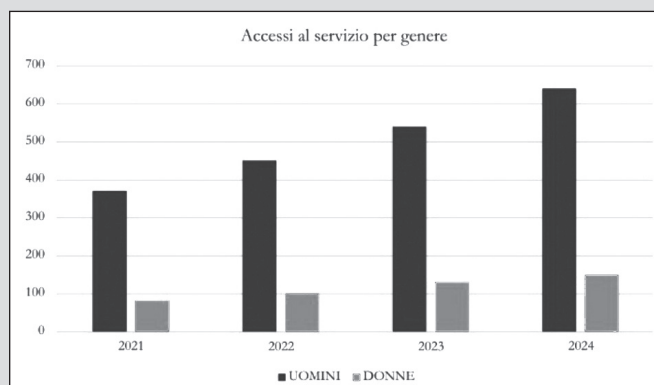
Lo studio e l'analisi delle interviste raccolte tra i professionisti e le professioniste che lavorano al SMI restituiscono il punto di partenza per la sistematizzazione dei primi parziali risultati.

Il SMI, ad oggi, rappresenta un campo di ricerca in cui una maschilità predominante si contrappone ad un femminile poco presente.

Come raffigurato in Figura 1, la presenza maschile caratterizza circa l'80% degli accessi, contro un femminile residuale al 20%; questo pone l'attenzione ad una minoranza di genere in chiara sofferenza e certamente complessa nella sua presa in carico.

Inoltre, il grafico mostra come nell'arco temporale preso in analisi, il numero di donne che accedono al servizio sia gradualmente aumentato, confermando la necessità di intervenire sui processi di femminilizzazione "anche in un'ottica preventiva" (EMCDDA, 2023).

Fig. 1 - Rappresentazione grafica degli accessi al SMI "Il piccolo principe" nel periodo 2021-2024 divisi per genere



La prima area indagata attraverso le interviste mostra come all'interno della relazione con il genere maschile, la donna che utilizza sostanze o alcol, sia collocata in una posizione subalterna e subordinata, talvolta di dipendenza.

Dalle riflessioni emerse in sede di interviste, il pattern relazionale che risalta è quello della complessità e dell'assoggettamento, l'annullamento di sé come sacrificio per l'altro (lui), oppure il sacrificio di un (noi) in relazione alla sostanza.

Le interviste raccolte rimandano alla necessità della donna di emanciparsi rispetto ad un maschile dominante, a partire dal percorso di cura e riabilitazione.

Tale emancipazione può essere incentivata dagli operatori e operatrici del servizio fornendo possibilità che consentano alla donna di porre una distanza tra sé e il maschile.

Le operatrici e gli operatori hanno chiaro il meccanismo subalterno che regola le relazioni sull'asse maschile-sostanza-femminile, ma ancora più interessante è ciò che emerge in relazione alle molteplici funzioni di cura richieste alla donna con DUS/DUA.

Le interviste evidenziano che la donna che accede al SMI mantiene comunque un profilo caregiver tra le mura di casa, tendenzialmente oberata da impegni e relazioni complesse e di responsabilità.

Alcuni esempi di Verbatim dalle interviste

Domanda: Posso chiederti come definiresti la modalità con cui la donna con DUS/DUA struttura le sue relazioni col maschile?

Risposta: La prima cosa che a me viene in mente e che ho notato da quando lavoro qui è che la maggior parte delle donne quando viene è da sola e la maggior parte degli uomini viene accompagnato da una donna. Che sia la compagna, la mamma, la sorella. E le donne, la maggior parte viene da sola e questo è proprio un po' una cosa che ho notato tanto.

Domanda: Posso chiedere come mai, secondo te c'è questa differenza tra accessi maschili e accessi femminili? L'intercettazione forse dovrebbe in qualche modo ampliarsi?

Risposta: Ma allora intercettazione rispetto alla struttura del servizio forse è il fatto che tendenzialmente il pomeriggio chi si occupa dei bambini, se ci sono di mezzo dei bambini, è la donna. L'uomo sta tornando a casa. Per cui forse questo lo possiamo inserire nella strutturazione del nostro servizio che forse non permette di intercettare le donne con bambini [...] per le adolescenti o comunque giovani donne che non hanno ancora una famiglia, eh no, certo c'è tutto un tema di stigmatizzazione. Non saprei come servizio, come poter cambiare questa cosa.

Questi stralci di intervista evidenziano come questi ruoli di accudimento e cura rientrano in modelli culturalmente incorporati nelle moderne società occidentali, rimandando ad una maschilità stereotipata portatrice di una visione maschile breadwinner (Burgio *et al.*, 2023); conservatore sul piano relazionale e distante da lavori domestici e di cura.

Un modello maschile che prevede un distanziamento della donna dallo spazio pubblico, competenza tendenzialmente riservata al maschile.

Quando a consumare è la coppia, per la donna si aprono molteplici responsabilità da caregiver, poiché l'uomo, nonostante il pieno dominio della vita pubblica appare introiettato dalle dinamiche dimostrative della propria maschilità: essere individualista, indipendente (*ibidem*, 2023), rivolto all'attività lavorativa e alla sussistenza della propria famiglia.

Differentemente dalla controparte maschile, la donna si presenta al servizio più autonoma nella sua presa in carico.

Ella, dunque, viene percepita sola in differenti contesti socio-relazionali: anzitutto perché il percorso di cura lo intraprende con maggiore indipendenza rispetto all'uomo, è più autonoma nell'approcciarsi al servizio e nel relazionarsi col personale del SMI.

Conclusioni e prospettive future

La ricerca fin qui esposta mette in luce alcuni risultati provenienti da una fase di approfondimento della letteratura scientifica, di osservazione, di analisi di uno studio di caso multiplo e dalle interviste rivolte ai professionisti e professioniste che operano presso il SMI.

Le prossime fasi della ricerca prevedono il coinvolgimento diretto delle donne che accedono al servizio attraverso focus group e questionari per renderle protagoniste di questo lavoro: potranno offrire in prima persona punti di vista e riflessioni concrete.

Osservare le posture e i posizionamenti che le donne (e gli uomini) assumono nell'approcciarsi al SMI, suggerisce una nuova modalità di analisi delle specificità del mon-

do femminile che utilizza sostanze o alcol, perseguendo l'obiettivo di rendere sempre più fruibili i sistemi di welfare, personalizzabili anche in un'ottica gender oriented.

Il femminile che accede al servizio, come visto in precedenza, vive una duplice stigmatizzazione che si traduce in una barriera all'accesso alle cure, spesso non supportata da partner e familiari.

È necessario intervenire su questo; la mancanza di un servizio strutturato in modo olistico (Molteni, 2013) e che prenda in carico la donna nella sua complessità, con approcci multidimensionali e intersezionali, lascia il femminile in una condizione liminale, dove al momento la sua presa in carico è un abito maschile (ri)adattato ad un corpo femminile.

Infatti, nel panorama italiano dei "servizi per le dipendenze", alcune sociologhe e ricercatrici (Curto, 2013; Delitala *et al.*, 2013; Lacatena, n.d; Molteni, 2013) hanno tentato un approccio innovativo in riferimento alla presa in carico dell'utenza femminile attraverso protocolli e micro-equipe di professioniste donne che si occupino dell'accesso delle utenti in risposta ad un applicativo gender responsive.

Questo modello basato sulla differenziazione di genere, che si vuole perseguire nel presente progetto, nasce da un approccio olistico, centrato sulla persona e sulla sua individualità.

Al tempo stesso, è un modello in grado di favorire socialità tra le donne che accedono al servizio, restituendo loro possibilità di confronto consentendo un lavoro autobiografico, centrato sulla motivazione e sul confronto con l'altr(a).

Intervenire sul fare, sull'azione quotidiana e sui processi di (ri)socializzazione può permettere all'utente di riorganizzare il proprio percorso riabilitativo sulla propria progettualità, in un'ottica emancipativa rispetto ad un maschile egemonico.

Sul piano concreto e della ri-progettazione del proprio percorso di vita, gli elementi che si vorranno tenere presenti durante il percorso riabilitativo del femminile, potrebbero essere sintetizzati nelle seguenti tre aree:

1. riappropriazione del sé attraverso autobiografie del femminile;
2. acquisizione di competenze e abilità concrete ed emancipative (personali, genitoriali, professionali);
3. condivisione del proprio percorso in contesti gruppal e protetti.

Agire dunque sul piano concreto, valorizzando "il fare" riferisce a modelli di welfare centrati sulla riabilitazione e sulla recovery.

È opportuno fornire alla donna strumenti ed esempi concreti centrati sul recupero delle funzionalità (momentaneamente perse).

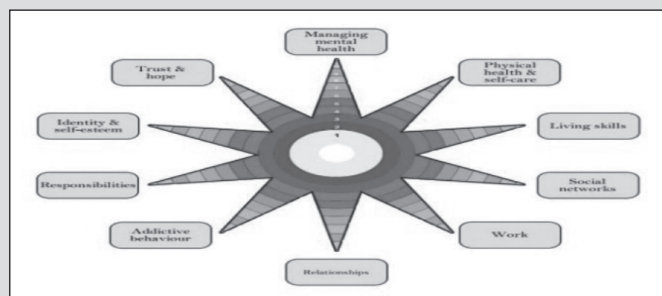
Nell'ottica metodologica, l'impiego della Mental Health Recovery Star (Figura 2) nell'approccio al femminile con problemi di utilizzo o abuso di sostanze o alcol, potrebbe essere funzionale a stabilire un contatto strutturato e pensato con l'operatore di riferimento, per favorire una progettazione condivisa degli interventi clinici e sociali.

Ogni area di funzionamento persegue gli obiettivi di empowerment, co-progettazione (operatore-utente), valorizzazione dei vissuti nell'ottica di un percorso di cambiamento personale.

Ogni punta della stella è un'area di funzionamento (ICF, 2001).

Dedicandosi ad un'area specifica è possibile notare come la progettazione possa divenire co-progettazione in un continuum di prassi e pratiche tra utente e professionista.

Fig. 2 - Mental Health Recovery Star (Placentino et al., 2017)



Lavorando in co-progettazione, l'operatore avrà un quadro generale dell'utente, i suoi modelli di funzionamento e le relative aree critiche.

Recenti studi (Pasqualotto, Carozza e Cibin, 2018), dimostrano come l'impiego del modello ICF-dipendenze con relativo approccio recovery, all'interno di servizi per DUS/DUA, abbia l'effetto di innescare nei pazienti e nelle pazienti innovativi processi di autoanalisi ed empowerment (ibidem, 2018).

Ripensare ad un gruppo di lavoro nell'ottica di un miglioramento relazionale con l'utenza, utilizzando strumenti nuovi e acquisendo nuove competenze, denota un rinnovo delle idee e del pensiero critico che governa il lavoro di equipe.

Questa è la prospettiva secondo la quale vorremo definire le strategie di femminilizzazione dei percorsi di cura rivolti alle donne che accedono ai servizi territoriali per disturbo da utilizzo di sostanze e alcol.

Riferimenti bibliografici

- Antolini G., Morandi G., Pirani M., & Sorio C. (2006). Differenze di genere e mortalità in una coorte di eroinomani nelle province emiliane di Modena e Ferrara, 1975-1999. *EP*, 30(2), marzo-aprile.
- Bargagli A.M., Beccaria F., Burroni P., Garneri M., Mathis F., Picciolini A., Rotelli M., Versino E., & Vigna Taglianti F. (2007). *Differenze di genere nello studio vedette*. Monografia n. 7.
- Becker J.B. (2016). *Sex differences in addiction, several research group*.
- Becker J.B., Glover Reed B., & McClellan M.L. (2017). Sex differences, gender and addiction. *Journal of neuroscience, research*, 95: 136-147.
- Beltrami F., Berrini R., Lamberti R., Luraschi E., & Sidoti R. (2024). La tossicodipendenza femminile. *Italian Quarterly Journal of Addiction, Mission*, 68.
- Berrini R., Cambiaso G., Cocchini A., Santioli L., Serra T., & Troletti P. (n.d.). *La tossicodipendenza femminile: una ricerca eseguita su un campione di tossicodipendenti da oppiacei*.
- Bourdieu P. (1998). *Il dominio maschile*.
- Burgio G., Cannito M., Ferrero Camoletto R., & Ottaviano C. (2023). *Maschilità e lavoro di cura, esperienze e pratiche tra sex worker educatori e infermieri*.
- Butler J. (2004). *Fare e disfare il genere*.
- Cardiani L., Maggiorelli L., & Pananti B. (2024). In alcologia è possibile pensare in termini di genere?. *Federserd Informa*. <https://www.federserd.it/index.cfm/Archivio-federserd-inform-a/?fuseaction=federserdInforma>.
- Cipolla C., Lombi L. (2012). *Droga, mondo del lavoro e salute*.
- Courser M.W., Morales B., Redpath B., Schweinhart A., Shamblen S., Shepherd C., & Young L. (2022). Gender differences in patient outcomes following drug abuse treatment in Afghanistan: result from a new evaluation, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 134, 108475.
- Curto M., Defraia L., Delitala L., Ferri F., Loi A., & Meloni M. (2013). L'ottica di genere nelle dipendenze. *Italian Journal of Addiction*, 3(1).
- Dickens G., Weleminsky J., Onifade Y., & Sugarman P. (2018). *Recovery star: validating user recovery*. Cambridge University Press.
- Diemen Von L., Grassi Oliveira R., Kessler S.H.P., Rechansky F., Rebelatto F.P., Roglio V.S., Sanviente-Vieira B., & Schuch J.B. (2022). Gender differences in progression to crack-cocaine use and the role of sexual and physical violence. *Brazilian Journal of Psychiatry*, sep-oct, 44(5): 478-485.
- Franceschini A., & Fattore L. (2018). Differenze di genere (a cura di). In: *Sostanza, manuale sulle dipendenze patologiche*.
- Garcia N.M., Walker R.S., & Zoellner L.A. (2018). *Estrogen, progesterone and the menstrual cycle: A systematic review of fear learning, intrusive memories and PTSD*.
- Green C.A. (2006). Gender and use of substance abuse treatment services. *Alcohol Research and Health*, 29(1).
- Greenfield S.F., McHugh R.K., Sugarman D.E., & Votaw V.R. (2017). Sex and gender differences in substance use disorder. *Clinical Psychology Review*, 66: 12-23.
- Lacatena A.P. (n.d.). Donne e tossicodipendenza. Quando la patologia è di altro genere... *Italian Quarterly Journal of Addiction, Mission*, 53.
- Molteni L. (2013). Revisione della letteratura in materia di genere e uso di sostanze psicoattive. *Italian Journal of Addiction*, 3(2).
- Molteni L. (2014). *L'eroina al femminile*.
- Molteni L., & Pellegrini (2013). Genere e sostanza. Uno studio sui pazienti in trattamento presso il Ser.t di Trento. *Italian Journal of Addiction*, 3(2).
- Mongibello A., Russo K.E. (2021). Intersezionalità e genere. Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (2018). Relazione europea sulla droga: tendenze e sviluppi, ufficio delle pubblicazioni dell'Unione Europea, Lussemburgo.
- Pasqualotto L. (a cura di) (2016). *ICF-dipendenze*.
- Pasqualotto L., Carozza P., & Cibin M. (2020). *ICF, salute mentale e dipendenze, strumenti per la riabilitazione orientata alla recovery*.
- Pinelli B. (2019). *Migranti e rifugiate, antropologia, genere e politica*.
- Placentino A., Fabio L., Scarsato G., & Fazzari G. (2017). La mental health recovery star: caratteristiche e studio di validazione della versione italiana. *Rivista di psichiatria*, 52(6).
- Svikis D.S., Miles D.R., Haug N.A., Perry B., Hoehn-Saric R., & McLeod D. (2006). *Premenstrual symptomatology, alcohol consumption, and family history of alcoholism in women with premenstrual syndrome*.
- Zinberg N.E. (2019). *Droga, set e setting. Le basi del consumo controllato di sostanze psicoattive*.

Studio ETHILFREE

Un modello di medicina di prossimità per la presa in carico integrata dei pazienti con disturbo da uso di alcol e fragilità sociale nella ASL di Asti

S. Giunipero*, M. Canicatti*, S. Raffaelli*, L. Bussolino*, A. Romagnolo*, M. Rosato*, M.C. Turco*

Background

Il Disturbo da Uso di Alcol (DUA) è una patologia cronica e recidivante, caratterizzata da un pattern disfunzionale di assunzione di alcol che comporta compromissione clinicamente significativa (1,2). La diagnosi si basa sui criteri del DSM-5, che includono craving, perdita di controllo, tolleranza, astinenza e conseguenze fisiche, psicologiche e sociali.

È caratterizzato dalla ricerca compulsiva di bevande alcoliche, assuefazione e tolleranza, con consumo di quantità sempre maggiori.

L'interruzione brusca dell'assunzione può causare una sindrome da astinenza con sintomi quali tachicardia, tremori, nausea, vomito, agitazione, allucinazioni e convulsioni, spesso richiedendo ospedalizzazione.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 2024 l'alcol ha causato circa 2,6 milioni di decessi a livello globale, rappresentando il 4,7% di tutte le morti, con una prevalenza tra gli uomini. Nella Regione Europea dell'OMS, il consumo medio annuo pro capite di alcol è di 9,5 litri di alcol puro, il più elevato a livello mondiale.

L'alcol è attualmente responsabile direttamente dell'8,8% delle morti totali nella Regione Europea e dell'insorgenza di oltre 200 patologie (5), incluse sette tipi di cancro, disturbi neuropsichiatrici, malattie cardiovascolari, cirrosi epatica e alcune malattie infettive.

Le conseguenze comprendono sia malattie croniche non trasmissibili (NCD), come i tumori e le malattie metaboliche, sia eventi acuti violenti, tra cui suicidi, omicidi e incidenti stradali.

In Italia, nel 2021, si sono registrati oltre 1.348 decessi attribuibili all'alcol (14), tra la popolazione di età pari o superiore a 15 anni, con una prevalenza maschile dell'80% (1.072 uomini e 276 donne).

Le principali cause di morte alcol-correlate includono epatopatie alcoliche e disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol.

Nel 2022, circa l'80% degli accessi al pronto soccorso con diagnosi alcol-correlata in Italia riguardava cittadini italiani.

Nel 2020, i servizi italiani hanno preso in carico 64.527 soggetti con DUA (14).

Il 22,9% erano nuovi utenti, mentre il restante era già in trattamento o rientrato dopo una sospensione. I trattamenti includevano interventi medico-farmacologici (32,0%), counseling (25,7%), gruppi di auto/mutuo aiuto (3,6%), trattamenti socio-riabilitativi (16,6%), inserimenti in comunità residenziali o semiresidenziali (3,0%) e psicoterapia (13,1%). Il ricovero ha riguardato il 3,2%.

Le attività relative al DUA hanno coinvolto 4.887 unità di personale sanitario, tra cui infermieri (27,4%), medici (22,4%) e psicologi (16,8%).

Tuttavia, va tenuto presente che solo circa il 10% dei pazienti con Disturbo da Uso di Alcol (DUA) in Italia è inserito in un percorso terapeutico.

La gestione del DUA richiede un approccio multidisciplinare che coinvolge livelli medico, farmacologico, assistenziale, psicoterapeutico, educativo e sociale.

Il percorso terapeutico comprende ricovero, disintossicazione, terapia farmacologica, riabilitazione alcolologica, psicoterapia, percorsi ambulatoriali, assistenza ed educazione sanitaria, assistenza sociale e accompagnamento educativo, conduzione o affiancamento a gruppi di mutuo auto aiuto, inserimenti in comunità terapeutiche o in programmi territoriali, programmi inviati dalla prefettura e tribunali, attivazione di progetti di rete con le diverse risorse del territorio, reinserimento e riabilitazione sociale con i servizi pubblici (14,15).

Sebbene la presa in carico comprenda idealmente anche i caregiver, molti pazienti, dopo anni di trattamenti, si ritrovano in situazioni di isolamento sociale e familiare a causa dei comportamenti distruttivi dovuti all'alcol, con ripercussioni negative sull'aderenza terapeutica.

Per affrontare queste sfide, è stata progettato un intervento che prevede la stretta collaborazione tra i Servizi per le Dipendenze e i servizi territoriali (es.: Case della Salute) per garantire l'aderenza alla terapia e il controllo delle condizioni cliniche in pazienti privi di caregiver e non autotomuniti.

Una raccolta preliminare di dati ha indicato un potenziale miglioramento dell'aderenza terapeutica nei pazienti sottoposti a monitoraggio ravvicinato.

Tuttavia, è necessaria un'analisi rigorosa e prolungata nel tempo per confermare tali evidenze e valutare le ricadute sul carico assistenziale e sulla soddisfazione percepita da parte di pazienti e operatori sanitari.

* ASL AT, Asti.

Obiettivi

Lo studio ETHYLFREE prende in considerazione pazienti con DUA, che risiedono sul territorio astigiano, senza care-giver, non automuniti che devono essere monitorati rispetto all'aderenza terapeutica ed essere sottoposti a stretto monitoraggio delle condizioni cliniche sul territorio.

Il paziente con DUA, in regime di autogestione domiciliare, incorre principalmente nel rischio di craving ossia il desiderio impulsivo di bere alcolici che sostiene il comportamento "addittivo" e la compulsione, finalizzati ad arrivare al soddisfacimento del desiderio.

Il craving può essere scatenato da fattori, situazioni, persone associate al bere, elementi che svolgono il ruolo "trigger", cioè "grilletto", innescando un meccanismo compulsivo (7,9).

Lo studio ETHYLFREE si propone di verificare l'efficacia e la fattibilità di un modello di presa in carico territoriale e integrata per verificarne l'efficacia, le ricadute sui i pazienti in termini di presa in carico, qualità di vita, aderenza terapeutica e le ricadute sui carichi di lavoro per gli operatori, confrontando pazienti Senza Care Giver-SCG (Gruppo A) supportati dagli infermieri del territorio versus pazienti con Care Giver-CG (Gruppo B).

Medicina di prossimità e rete dei servizi

Il modello ETHYLFREE si fonda sul concetto di "medicina di prossimità", un approccio che mira ad avvicinare il sistema sanitario al cittadino, superando le barriere logistiche, relazionali e culturali (2,10,11,14).

Nella provincia di Asti, dove molti pazienti vivono in piccoli centri o in condizioni di isolamento, questo approccio si concretizza attraverso l'utilizzo delle Case della Salute, presidi territoriali che integrano assistenza infermieristica, medica e specialistica in un contesto di collaborazione multidisciplinare.

La presa in carico condivisa tra il Ser.D. e le Case della Salute rappresenta un elemento chiave del protocollo.

Ogni paziente è sostenuto da una rete di professionisti che condividono informazioni cliniche, pianificano interventi mirati e monitorano l'andamento terapeutico attraverso strumenti condivisi.

L'arruolamento, iniziato il 01/08/2023 previsto per almeno 48 mesi ed è di tipo consecutivo (1:1) e pianificato presso il Ser.D.

Ad ogni paziente viene attribuito un codice identificativo (SCG1, CG1, ecc.) e tutti i dati raccolti sono completamente anonimizzati per tutelare la privacy.

Metodi

L'intervento è rivolto a pazienti affetti da Disturbo da Uso di Alcol (DUA) in terapia con Disulfiram, e Baclofene. Il Sodio Oxibato, pur utilizzato nella casistica evidenziata in allegato, in questa prima fase non è stato incluso nella procedura progettuale per la necessaria interazione da definire con gli infermieri territoriali (tema della registrazione tabellare).

Gruppo A: Pazienti senza care giver e non automuniti (SCG)

La prima somministrazione del farmaco avviene presso il servizio Ser.D. mentre le seguenti nella Casa della Salute competente per territorio.

Il personale infermieristico della Casa della Salute viene informato la settimana precedente la presa in carico attraverso una breve relazione che descrive le caratteristiche cliniche e sociali del paziente.

È previsto che gli infermieri della Casa della Salute informino i colleghi del Ser.D. anche della mancata presentazione del paziente.

Sono programmati inoltre reports la prima settimana e in seguito mensili tramite e-mail che riportano gli accessi effettuati ed eventuali criticità.

Il lunedì (dopo autogestione della terapia a domicilio nel fine settimana) l'infermiere della casa della salute compila un breve scheda di Triage che permette di raccogliere dati sulle condizioni psicofisiche del paziente e sulla compliance al momento della consegna della dose di farmaco. Allegato A

Il lunedì il paziente compila il self report sulla sua percezione di qualità di vita PANAS-SF e sulla presenza di craving (post autogestione farmacologica). Allegato B

L'ultimo venerdì del mese sia l'infermiere che il paziente compilano il questionario di qualità assistenziale percepita (paziente) Allegato C - qualità assistenziale erogata/relazione paziente (infermiere) Allegato D.

Gruppo B (gruppo controllo): Pazienti con caregiver (CG)

Terapia consegnata al care giver che verifica l'assunzione terapia.

Il lunedì il paziente compila il self report sulla sua percezione di qualità di vita PANAS-SF e sulla presenza di craving che consegnerà al personale del SerD al ritiro della successiva terapia. Allegato B.

Il questionario Self Report PANAS-SF (Watson *et al.*, 1988) è uno degli strumenti validati più utilizzati per valutare l'autopercezione di benessere delle persone (6).

Il PANAS misura due dimensioni distinte e indipendenti: percepito positivo e percepito negativo.

Il soggetto deve valutare quanto si sente generalmente nel modo descritto dall'aggettivo, rispondendo su una scala Likert a 5 punti (1 = per nulla, 2 = poco, 3 = moderatamente, 4 = abbastanza, 5 = molto). Esempi di aggettivi sono "interessato", "entusiasta", "deciso", "angosciato", "ostile" e "nervoso".

La versione originale è stata sviluppata e validata da Watson, Clark e Tellegen nel 1988 e possiede proprietà psicometriche eccellenti: il coefficiente di consistenza interna della sottoscala PA varia da .86 a .90 e quello della sottoscala NA varia da .84 a .87.

Il questionario è composto da 20 aggettivi, 10 per la scala di percepito positivo (PA) e 10 per la scala di percepito negativo (NA).

Raccolta dati

La raccolta dati è integrata nella documentazione clinico-assistenziale e comprende:

- Dati anagrafici e codice identificativo del paziente.
- Diagnosi e terapia farmacologica.
- Indicatori di compliance (frequenza, autovalutazioni, compilazione corretta dei questionari).
- Eventuali ricadute (mancata assunzione, ripresa del consumo di alcol).

Tali informazioni vengono organizzate in schede cliniche dedicate e utilizzate ai fini dell'analisi qualitativa e quantitativa del progetto.

Analisi dei dati raccolti

Sono stati finora arruolati 6 pazienti (3 per gruppo), con età compresa tra 39 e 57 anni.

Il campione è composto da cittadini italiani e stranieri, con storie di DUA di lunga durata (oltre 10 anni).

Alcuni pazienti presentano anche comorbidità psichiatriche o dipendenze multiple (gioco d'azzardo). Inizio raccolta dati 30/10/2023 termine 03/06/2024.

Questionari compilati (20 settimane di osservazione)

Nel gruppo A, i pazienti hanno mostrato un elevato grado di partecipazione:

- Paziente SCG1: 13 PANAS-SF, 16 schede infermieristiche.
- Paziente SCG2: 16 PANAS-SF, 16 schede infermieristiche.
- Paziente SCG3: 31 PANAS-SF, 30 schede infermieristiche.

Totale gruppo A: 60 PANAS-SF e 62 schede infermieristiche. Nel gruppo B:

- Paziente CG1: 20 PANAS-SF.
- Paziente CG2: 11 PANAS-SF.
- Paziente CG3: 7 PANAS-SF.

Totale gruppo B: 38 PANAS-SF.

Totale complessivo: 98 PANAS-SF e 62 schede infermieristiche, per un totale di 160 strumenti compilati.

Analisi del craving e degli stati affettivi

Nei pazienti del gruppo A si è osservata una riduzione del craving, accompagnata da un aumento degli stati affettivi positivi (entusiasmo, determinazione) e una diminuzione di quelli negativi (irritabilità, ansia).

I pazienti del gruppo sperimentale infatti hanno descritto la presa in carico come più protettiva, vicina e rassicurante, sentendosi maggiormente seguiti e sostenuti.

Nel gruppo B, l'andamento è risultato più irregolare.

In particolare, una paziente ha presentato due ricadute nel corso dell'anno, associate a fluttuazioni degli indici PANAS. Gli infermieri coinvolti hanno valutato il protocollo come fattibile, utile e organizzativamente sostenibile, sottolineando il rafforzamento del lavoro di rete tra Ser.D. e Case della Salute.

Nel contesto della presa in carico integrata dei pazienti affetti da DUA, l'infermiere riveste un ruolo cruciale nella valutazione precoce e sistematica del craving, parametro fondamentale per orientare le decisioni terapeutiche.

Attraverso strumenti pertinenti e una relazione costante con l'utente, l'infermiere è in grado di rilevare tempestivamente l'intensità del desiderio compulsivo di bere e di monitorarne l'andamento nel tempo. Questa competenza si traduce in un contributo determinante nella pianificazione di un progetto assistenziale condiviso tra il Servizio per le Dipendenze (Ser.D.) e il servizio territoriale (es. Casa della Salute), promuovendo continuità, aderenza terapeutica e personalizzazione dell'intervento.

I risultati del progetto pilota hanno evidenziato un'ottima fattibilità operativa e un'elevata

compilazione delle schede di monitoraggio richieste per lo studio, grazie alla presenza costante dell'infermiere nel percorso assistenziale.

Da segnalare anche che i pazienti appartenenti al gruppo senza caregiver hanno compilato un numero significativamente maggiore di schede PANAS rispetto al gruppo di confronto, suggerendo che l'interazione più presente con gli infermieri abbiano stimolato la partecipazione.

Il ruolo infermieristico e le implicazioni assistenziali

Nel contesto dello studio ETHYLFREE, l'intervento infermieristico ha rappresentato uno degli elementi fondanti e innovativi della presa in carico dei pazienti affetti da Disturbo da DUA, in particolare nel braccio sperimentale (Gruppo A) in cui i pazienti, privi di caregiver, sono stati supportati direttamente dagli infermieri delle Case della Salute.

L'assistenza infermieristica si è articolata in attività regolari, pianificate e condivise con il Ser.D., finalizzate non solo alla somministrazione dei farmaci ma soprattutto alla valutazione continuativa delle condizioni psico-fisiche, alla motivazione terapeutica e all'educazione sanitaria del paziente.

Ogni lunedì, all'atto della consegna della terapia, l'infermiere eseguiva un triage infermieristico semistrutturato, basato su una scheda di osservazione clinica, che monitorava parametri chiave della condizione del paziente, tra cui:

- stato igienico e cura personale (vestizione adeguata, igiene generale);
- comportamento collaborativo e contatto visivo;
- presenza di alito etilico o aromatico (suggerivo possibile ricaduta);
- verbalizzazione di eventuali effetti collaterali o disagio;
- compliance farmacologica (verifica assunzione dosi precedenti).

Tali dati, registrati in forma standardizzata, hanno permesso una tracciabilità settimanale dell'evoluzione clinica e hanno facilitato l'identificazione precoce di criticità o rischi di ricaduta.

L'infermiere ha inoltre svolto un ruolo attivo nella relazione educativa e motivazionale, promuovendo:

- counseling individuale in ogni incontro;
- rafforzamento della consapevolezza sui rischi del craving;
- supporto all'autoefficacia del paziente nel mantenere l'astinenza;
- rinforzo positivo dell'impegno e dei miglioramenti osservati.

In una logica di progetto assistenziale condiviso, l'infermiere si è fatto ponte tra territorio e Ser.D, comunicando settimanalmente gli esiti del triage e degli incontri, consentendo al team multidisciplinare di aggiornare costantemente il piano di cura.

Questa sinergia ha garantito una presa in carico protettiva, flessibile e personalizzata, anche in assenza di un caregiver familiare.

L'intervento ha inoltre rappresentato una valorizzazione concreta del ruolo professionale dell'infermiere, come figura chiave nella continuità terapeutica, nella prevenzione delle ricadute e nel rafforzamento dell'alleanza terapeutica.

Conclusioni

Il progetto ETHYLFREE ha dimostrato, anche se solo in una fase preliminare, la fattibilità e l'efficacia di un modello integrato basato sulla medicina di prossimità.

L'elevata aderenza dei pazienti, la stabilità clinica osservata e il miglioramento degli stati affettivi nei pazienti più fragili confermano che una rete territoriale attiva e solidale può supplire all'assenza di un caregiver, garantendo continuità terapeutica e protezione.

La collaborazione tra servizi e il monitoraggio infermieristico territoriale si configurano come elementi chiave per garantire aderenza terapeutica, protezione e dignità a questi pazienti.

Alla luce dell'esiguità del campione arruolato, va tuttavia sottolineata la rilevanza del periodo di osservazione, pari a >30 settimane, che conferisce solidità temporale ai dati raccolti e consente una valutazione più significativa della tenuta assistenziale nel tempo.

L'ampliamento del campione permetterà di consolidare l'efficacia del modello ETHYLFREE e, si auspica, di promuoverne l'adozione in altri contesti territoriali, contribuendo alla costruzione di un sistema sanitario più vicino, equo e centrato sulla persona.

Allegati:

1_RACCOLTA DATI

2_DATI ETHIL FREE_2

3_TRIAGE

4_PANAS

5_SCHEDE SODDISFAZIONE INFERMIERI

6_SCHEDE SODDISFAZIONE PAZIENTI

DATI ETHIL FREE pazienti con care giver									
SCG= senza care giver	età	sex	nazionalità	Tempo dipendenza alcol	Da quanto seguito dal servizio	diagnosi	terapia	compliance	ricaduta
Paz 1 SCG	40	M	straniero	11 anni gioco d'azzardo poi alcol	2016	Gap + alcol	etiltox	Ok non beve ma gioca. Comunità 07/05/2025	no
Paz 2 SCG	56	M	italiano	12 anni	2005	dua	Largactyl, aripiprazolo 5, lyrica 75, ethiltox poi sostituito da baclofene per ricovero in RSA per frattura	Ok, non beve	no
Paz 3 SCG	57	M	italiano	24 anni	2021	dua	Etiltox + ghb	Ok non beve	no

DATI ETHIL FREE pazienti senza care giver										
CG= con care giver	età	Care giver	sesso	nazionalità	Tempo dipendenza alcool	Da quanto seguito dal servizio	diagnosi	terapia	compliance	ricaduta
Paz 1 CG	52	marito	F	straniera	14 anni	2022	dua	etiltox	no	Ricaduta 2023 e ricaduta 2024
Paz 2 CG	39	madre	M	italiana	14 anni	2023	dua	etiltox+ghb	ok	no
Paz 3 CG	57	figlio	F	italiana	> 30 anni	2011	dua	etiltox	ok	no

Gruppo	Paziente	Questionari PANAS-SF	Schede Infermieristiche
A	SCG1	13	16
A	SCG2	16	16
A	SCG3	31	30
	Totale Gruppo A	60	62
B	CG1	20	-
B	CG2	11	-
B	CG3	7	-
	Totale Gruppo B	38	-
	Totale complessivo	98	62

ALLEGATO A



SCHEDA TRIAGE



ALLEGATO A

STUDIO ETHILFREE

Unità Territoriale di _____ Cod Paziente _____ Data _____

FISICO	CURA DELLA PERSONA	si ☐	no ☐	na ☐
	Pulito/a	si ☐	no ☐	na ☐
	ABBIGLIAMENTO	si ☐	no ☐	na ☐
	Coerente	si ☐	no ☐	na ☐
COGNITIVO	Pulito	si ☐	no ☐	na ☐
	Eloquio chiaro e fluente	si ☐	no ☐	na ☐
	Orientato nel tempo e nello spazio	si ☐	no ☐	na ☐
COMPORTAMENTALE	Movimenti coordinati	si ☐	no ☐	na ☐
	Disponibile	si ☐	no ☐	na ☐
	Collaborativo	si ☐	no ☐	na ☐
	Aggressivo	si ☐	no ☐	na ☐
SEGNI/SINTOMI	Polemico	si ☐	no ☐	na ☐
	Tremori	si ☐	no ☐	na ☐
	Agitazione	si ☐	no ☐	na ☐
	Disorientamento/confusione	si ☐	no ☐	na ☐
	Alito aromatico	si ☐	no ☐	na ☐

Da chiedere al paziente prima di consegnare i farmaci:

Assunzione Alcol nelle ultime 24 H si ☐ no ☐

ALLEGATO B

QUESTIONARIO PANAS-SF

Utente _____

data _____

Indica quanto ti sei sentito/a in questo modo nell'ultima settimana		PER NULLA	POCO	IN MODO MODERATO	ABBASTANZA	MOLTO
PANAS 1	CURIOSA/INTERESSATO/A					
PANAS 2	STRESSATO/A					
PANAS 3	ECCITATO/A					
PANAS 4	ANGOSCIATO/A					
PANAS 5	FORTE					
PANAS 6	COLPEVOLE					
PANAS 7	SPAVENTATO/A					
PANAS 8	OSTILE					
PANAS 9	ENTUSIASTA					
PANAS 10	ORGOGLIOSO/A					
PANAS 11	IRRITABILE					
PANAS 12	INALLERTA					
PANAS 13	HAI PROVATO VERGOGNA					
PANAS 14	ISPIRATO/A					
PANAS 15	NERVOSO/A					
PANAS 16	DETERMINATO/A					
PANAS 17	CONCENTRATO/A					
PANAS 18	AGITATO/A					
PANAS 19	ATTIVO/A					
PANAS 20	IMPAURITO/A					

INDICA QUANTO BISOGNO HAI PERCEPITO DI BERE ALCOLICI

PER 0 2 4 6 8 10 MOLTISSIMO

NULLA

studio ETHILFREE

ALLEGATO C

SCHEDA SODDISFAZIONE DELL'INFERMIERE

Unità territoriale di _____ Data _____

L'utente si presenta agli appuntamenti?








Moltissimo _____ Per nulla _____

E' collaborativo per la raccolta delle informazioni?








Moltissimo _____ Per nulla _____

E' collaborativo per l'assunzione della terapia?








Moltissimo _____ Per nulla _____

Il paziente è educato ed assertivo nei confronti degli operatori?








Moltissimo _____ Per nulla _____

studio ETHYLFREE

ALLEGATO D

SCHEDA SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____ Data _____

E' stato facile accedere alla struttura?








Moltissimo _____ Per nulla _____

Il personale infermieristico è stato gentile e disponibile?








Moltissimo _____ Per nulla _____

Gli infermieri hanno fornito informazioni chiare?








Moltissimo _____ Per nulla _____

E' stata tutelata la riservatezza e la privacy?








Moltissimo _____ Per nulla _____

studio ETHYLFREE

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



“Rassegna Clinica del Tabagismo”

Anno I, n. 2

MISSION n. 74

Comitato scientifico - Componenti del settore tematico nazionale di FeDerSerD: Alessandro Agus (Trieste), Giulia Audino (Catanzaro), Maurizio Campana (Bergamo), Gennaro Crispo (Napoli), Sabrina Flores (Torino), Sabrina German (Taranto), Concettina Varango (Pavia), Vincenzo Verrardi (Taranto).

Board editoriale e redazione: Giulia Audino (Catanzaro), Liliana Praticò (Bergamo), Concettina Varango (Pavia).

Direttore: Alfio Lucchini (Bergamo/Milano)

Redazione Mission: Centro studi e ricerche Consumi e Dipendenze – CeRCo, Milano

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

Il Tabagismo come problema di sanità pubblica e come complesso Disturbo Neurobiologico e Sistemico

Marco Riglietta*, Linda Daffini**, Alfio Lucchini***

Il tabagismo continua a rappresentare la principale causa di morbidità e mortalità prevenibile a livello globale, imponendo un onere significativo sia sulla salute individuale che sui sistemi sanitari pubblici (Prochaska, 2024).

Il DUT (Disturbo Uso Tabacco) è responsabile di oltre 90.000 morti ogni anno in Italia e i costi sanitari correlati al fumo, tra spesa pubblica e perdita di produttività, superano i 26 miliardi di euro l'anno.

Il DUT rappresenta una delle principali cause prevenibili di morte e disabilità a livello globale. Nonostante le strategie di prevenzione e i trattamenti ad oggi disponibili, la cessazione del fumo rimane una sfida clinica e di sanità pubblica.

Aumentare l'accesso ai trattamenti efficaci per il DUT è una misura ad elevato impatto di costo-efficacia oltre che preventiva e strategica.

La concettualizzazione contemporanea del fumo di tabacco non lo considera più una semplice abitudine, bensì lo inquadra all'interno della categoria diagnostica del *Disturbo da Uso di Tabacco* (Tobacco Use Disorder, TUD), come definito dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali nella sua quinta edizione (APA, 2013).

Tale disturbo è riconosciuto come una patologia cronica, complessa e multifattoriale, la cui eziologia è radicata in un intreccio dinamico di fattori neurobiologici – come le alterazioni dei circuiti dopaminergici della ricompensa – componenti psicolo-

giche, tra cui vulnerabilità individuali e meccanismi di coping disfunzionali, e variabili ambientali, quali esposizione sociale, accessibilità al prodotto e norme culturali.

La cronicità del disturbo e la difficoltà significativa nel raggiungere e mantenere l'astinenza emergono con particolare evidenza dai dati epidemiologici: in assenza di interventi terapeutici strutturati e basati sull'evidenza, i tentativi di cessazione autonoma presentano un tasso di successo limitato, che si aggira attorno al 20%.

Questo dato sottolinea la necessità di approcci terapeutici integrati, che combinino interventi farmacologici, supporto psicologico e strategie di prevenzione delle ricadute, al fine di aumentare le probabilità di un'astinenza stabile nel tempo.

La nicotina è la principale molecola psicoattiva presente nel tabacco e il suo effetto si manifesta a livello centrale entro pochi secondi dall'inalazione (Amran, 2022).

Una volta assorbita, raggiunge il cervello e si lega selettivamente ai recettori nicotinici dell'acetilcolina (nAChRs) (Amran, 2022).

L'interazione della nicotina con i nAChRs attiva il sistema dopaminergico mesolimbico, in particolare nelle aree cerebrali associate al piacere e alla ricompensa, come il nucleo accumbens e l'area tegmentale ventrale.

Il conseguente rilascio di dopamina genera una sensazione di gratificazione, creando un potente rinforzo positivo che spinge all'uso continuativo e compulsivo, un fenomeno noto come “disturbo da auto-somministrazione” (Amran, 2022).

La dipendenza è ulteriormente rafforzata dall'azione della nicotina di inibire gli enzimi monoamino ossidasi (MAO-A e MAO-B), che sono responsabili della degradazione della dopamina.

* Vicepresidente vicario di FeDerSerD, direttore UOC Dipendenze, ASST PG 23, Bergamo.

** Medico Ser.D., ASST PG 23, Bergamo.

*** Direttore Centro Studi Consumi e Dipendenze, Milano.
FeDerSerD Informa, n. 39 A, 2026.

L'inibizione di questi enzimi mantiene elevate le concentrazioni di dopamina nello spazio sinaptico, consolidando il ciclo della dipendenza (Raj Kumar Tiwari, 2020).

I meccanismi che sostengono il tabagismo vanno oltre il solo rinforzo positivo.

La nicotina agisce anche come sostanza "nootropica," migliorando la performance cognitiva, la memoria e l'attenzione.

Questa proprietà può fungere da rinforzo positivo secondario, in particolare in individui con deficit cognitivi preesistenti.

Al contempo, il mantenimento della dipendenza è fortemente legato al rinforzo negativo, ovvero l'alleviamento dei fastidiosi sintomi dell'astinenza che si manifestano quando l'uso cessa.

Questi sintomi includono irritabilità, ansia, umore depresso, difficoltà di concentrazione e un aumento dell'appetito.

Il "craving", l'intenso desiderio di fumare, è una risultante complessa di fattori emotivi, cognitivi e fisici che spingono l'individuo a riprendere l'uso per ritrovare sollievo.

La predisposizione alla dipendenza da nicotina è considerata una condizione ad alta ereditabilità (Cardonna, 2006).

La ricerca post-2020 ha rafforzato la comprensione del ruolo che la genetica gioca nel determinare il rischio e la gravità del tabagismo.

Uno dei geni più studiati è il *CYP2A6*, che codifica per un enzima del citocromo P450 responsabile del metabolismo del 70-80% della nicotina (Loukola, 2014).

I polimorfismi genetici di questo enzima influenzano la velocità con cui la nicotina viene metabolizzata.

Gli individui con alleli che conferiscono un'elevata attività metabolica (come il *CYP2A6*1*) eliminano la nicotina più velocemente, costringendoli a fumare un maggior numero di sigarette per mantenere i livelli ematici desiderati e, di conseguenza, sviluppano una dipendenza più grave.

Al contrario, le persone con alleli a bassa attività metabolica (come il *CYP2A6*2*) fumano meno per mantenere lo stesso livello di nicotina nel corpo, risultando in una dipendenza minore (Loukola, 2014).

Le analisi su larga scala (GWAS) hanno confermato che il più forte contributo genetico al tabagismo deriva da variazioni nel cluster genico *CHRNA5-CHRNA3-CHRNA4* sul cromosoma 15q25.1 (Tobacco and Genetics Consortium, 2010).

Questo cluster codifica per le subunità $\alpha 5$, $\alpha 3$ e $\beta 4$ dei nAChRs, che mediano gli effetti fisiologici della nicotina (Sharma, 2008).

Le variazioni in questa regione sono fortemente correlate alla quantità di sigarette fumate al giorno. Nel complesso, la ricerca ha identificato oltre 3.500 variazioni del DNA associate ai comportamenti di fumo e di consumo di alcol.

La predisposizione genetica non agisce in modo isolato, ma si intreccia con i fattori ambientali e socio-economici (Pasman, 2021).

Individui con una vulnerabilità genetica più alta possono reagire in modo più marcato a fattori ambientali che facilitano l'iniziazione al fumo, come l'esposizione al fumo passivo in famiglia, la pubblicità o un contesto socio-economico svantaggiato.

Questo crea un circolo vizioso in cui il comportamento (fumo) rinforza le alterazioni biologiche (dipendenza neurobiologica e genetica), le quali a loro volta rendono l'individuo ancora più suscettibile agli stimoli esterni, cementando un ciclo cronico e resistente al cambiamento.

La dipendenza, quindi, non è un fenomeno lineare, ma la risultante di una sinergia dinamica tra predisposizione genetica, vulnerabilità neurobiologica e contesto psicologico e sociale.

Nel percorso di cessazione dal fumo, il supporto farmacologico rappresenta un elemento determinante, soprattutto nelle fasi in cui la neurobiologia della dipendenza continua a esercitare la sua forza.

Tra le molecole oggi più studiate e utilizzate, la *citisina* occupa una posizione di particolare interesse, grazie alla sua efficacia documentata e al profilo rischiobeneficio favorevole.

Il suo meccanismo d'azione è affascinante perché si inserisce direttamente nei circuiti neurochimici che sostengono la dipendenza nicotinic.

La citisina presenta infatti una marcata affinità per i recettori nicotinici $\alpha 4\beta 2$, i principali mediatori degli effetti centrali della nicotina.

Una volta assunta, si lega a questi recettori comportandosi come un agonista parziale: attiva il sistema della ricompensa in modo controllato, stimolando un rilascio moderato di dopamina.

Questo livello di attivazione, pur inferiore a quello indotto dalla nicotina, è sufficiente per ridurre il craving e attenuare i sintomi di astinenza, due dei principali ostacoli nei tentativi di smettere.

Parallelamente, la citisina svolge anche una funzione di antagonista parziale.

Occupando i recettori, impedisce alla nicotina di legarsi e di esercitare il suo tipico effetto gratificante. Se una persona fuma durante il trattamento, la sigaretta non produce più la consueta sensazione di piacere: la "ricompensa" viene neutralizzata.

Questo duplice meccanismo – attenuazione dell'astinenza e blocco della gratificazione – contribuisce a indebolire progressivamente il rinforzo comportamentale che sostiene la dipendenza.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association DSM-5 Task Force (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. Doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.
- Amram D.L., Zagà V., & Vegliach A. (2022). Una review narrativa sulle complesse proprietà di rinforzo della nicotina. *Tabaccologia*, XX(4): 8-26.
- Loukola A. et al. (2014). *Genetics and smoking - Curr Addict Reports*, March 1, 1(1): 75-82. Doi: 10.1007/s40429-013-0006-3.
- Pasman J.A. et al. (2022). Genetic Risk for Smoking: Disentangling Interplay Between Genes and Socioeconomic Status. *Behavior Genetics*. Doi: 10.1007/s10519-021-10094-4.
- Prochaska J.J. (2024). *Manuali MSD Edizione Professionisti*, luglio. <https://www.msmanuals.com/it/professionale/argomenti-speciali/uso-di-tabacco/fumo-e-altri-usi-del-tabacco>.
- Sharma G., & Vijayaraghavan S. (2008). Nicotinic Receptors: Role in Addiction and Other Disorders of the Brain. *Subst Abuse*, Nov 11, 1: 81-95.
- Tobacco and Genetics Consortium (2010). Genome-wide meta-analyses identify multiple loci associated with smoking behaviour. *Nat Genet*, May, 42(5): 441-7. Doi: 10.1038/ng.571.

CITISINA: Un cambio di paradigma nel trattamento della dipendenza da nicotina?

Linda Daffini*

Introduzione

Il tabagismo è una delle principali cause di morbidità e mortalità evitabile a livello globale, è riconosciuto come una patologia, classificata nel DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*), come Disturbo da uso di tabacco (DUT).

L'impatto del fumo sulla salute a livello mondiale ha portato negli ultimi anni ad una crescente ricerca di cure farmacologiche, con lo scopo di coadiuvare la cessazione del fumo agendo sia sui sintomi di astinenza, che cercando di ridurre il craving connesso alla dipendenza.

Si è assistito ad una notevole espansione del mercato dei sistemi a rilascio di nicotina senza combustione.

Accanto ad essi, nel panorama terapeutico attuale, la **citisina** (recentemente ridenominata *citiniclina* nei contesti regolatori internazionali) sta vivendo una rinascita scientifica.

La citisina è un alcaloide vegetale utilizzato nell'Europa dell'Est dagli anni '60; solo recentemente tuttavia studi clinici condotti secondo rigorosi standard GCP (*Good Clinical Practice*), ne hanno sancito l'efficacia e la sicurezza, ponendola come potenziale gold standard per il trattamento del DUT.

Studi di particolare interesse e rigore scientifico degli ultimi anni che hanno valutato efficacia clinica, tassi di astinenza, rapidità d'azione e controllo del craving tramite terapia con citisina, sono lo studio ORCA-3 (Rigotti *et al.*, 2024/2025) e la revisione sistematica pubblicata su *Addiction* da Puljević *et al.* (2024/2025).

Abbiamo tratto da essi una breve revisione della farmacodinamica della citisina.

Meccanismo d'azione

La citisina esercita la sua azione farmacologica interagendo ad alta affinità con i recettori nicotinici dell'acetilcolina $\alpha 4\beta 2$ ($\alpha 4\beta 2$ nAChRs), i principali mediatori della dipendenza da nicotina ampiamente distribuiti nel sistema mesolimbico.

Il potere terapeutico della molecola risiede nella sua duplice azione.

Da un lato ha un'azione di agonista parziale, stimolando il rilascio di dopamina in misura moderata, ma sufficiente a mitigare i sintomi della sindrome da astinenza.

Esercita tuttavia anche azione da antagonista recettoriale: occupando stabilmente il recettore $\alpha 4\beta 2$ nAChRs impedisce infatti alla nicotina eventualmente assunta con la sigaretta di legarsi ad esso, prevenendo così il picco dopaminergico che rinforza il comportamento tabagico (regolatore negativo del meccanismo di *reward*).

Efficacia clinica e tassi di astinenza

Lo studio ORCA-3 rappresenta uno dei pilastri della letteratura recente in materia.

* *Medico Ser.D., ASST PG 23, Bergamo.*
FeDerSerD Informa, n. 39 B, 2026.

Si tratta di un trial multicentrico randomizzato di Fase 3, in doppio cieco, controllato con placebo, condotto su una vasta coorte di fumatori adulti.

Sono stati arruolati in totale 792 partecipanti, in 20 centri specializzati, dal gennaio 2022 al marzo 2023.

I partecipanti sono stati randomizzati, assegnandoli a 3 gruppi (1:1:1), rappresentati da: uso di citisina 3 mg per 3 somministrazioni/die per 12 settimane; 3 mg per 3 somministrazioni/die per 6 settimane e a seguire placebo 3 volte/die per 6 settimane; placebo 3 volte/die per 12 settimane.

Il periodo di follow up totale è stato di 24 settimane e i partecipanti di tutti i gruppi hanno ricevuto anche un supporto comportamentale.

Lo studio ORCA 3 utilizza un protocollo di cura con dose fissa giornaliera del farmaco.

I risultati evidenziati da *Rigotti e colleghi* sono dirimenti nel dimostrare l'efficacia terapeutica della citisina, misurata in termini di tassi di astinenza continua dal fumo di tabacco riportata dal paziente e validata biochimicamente, tramite controllo del monossido di carbonio espirato e dosaggio dei livelli plasmatici del metabolita della nicotina *cotinina*, a tempo zero e a seguire ogni 2 settimane nel corso di tutto lo studio.

L'outcome primario dello studio è l'astinenza completa continuativa durante le ultime 4 settimane (di 6 o di 12 totali di trattamento); l'outcome secondario è l'astinenza completa dal termine del trattamento fino a 24 settimane totali di osservazione.

I risultati osservati sono stati i seguenti:

- Trattamento di 6 settimane: il tasso di astinenza tra le settimane 3 e 6 (outcome primario) è risultato significativamente superiore al placebo, con un Odds Ratio (OR) moderato (OR 2.9), a conferma dell'efficacia della molecola. L'astinenza continuativa per le 24 settimane (outcome secondario) è stato del 6.8% vs 1.1% del placebo.
- Trattamento a 12 settimane: Lo studio ha dimostrato che un ciclo prolungato di 12 settimane (3 mg, tre volte al giorno) porta a tassi di astinenza continua (settimane 9-12) prossimi al 30% (OR 4.4; moderato-forte), contro il 9.4% del gruppo placebo. L'astinenza continuativa per le 24 settimane è stato del 20.5% vs 4.2% del placebo.

Puljević *et al.* hanno invece svolto una rigorosa revisione sistematica tramite meta-analisi (*random effect meta analysis*) con lo scopo di determinare l'efficacia della citisina sulla cessazione del fumo di tabacco, in comparazione a placebo/nessun intervento o altri trattamenti attivi, utilizzando i principali trials clinici pubblicati in letteratura nel 2023 (ed accuratamente selezionati).

Lo studio si prefiggeva anche di stabilire se una dose o una durata specifica influenzasse l'esito del trattamento e se altri trattamenti associati (esempio psico-comportamentale) fossero validi ausili sinergici o il loro impatto sia indifferente.

Le conclusioni più significative sono le seguenti:

- da una meta-analisi svolta su 6 trial clinici (e un totale di 5194 partecipanti) è stato evidenziato che i pazienti che assumevano citisina avevano maggiori probabilità di smettere di fumare al termine dello studio rispetto ai pazienti nei rispettivi gruppi di controllo (placebo/nessun intervento) (RR = 2.65, p < 0.0001);

- una meta-analisi svolta su 2 trial clinici (e un totale di 1511 pazienti arruolati) ha mostrato che i pazienti che assumevano citisina avevano maggiori probabilità di smettere di fumare al termine dello studio rispetto ai pazienti in terapia con sostituti della nicotina (NRT) (RR = 1.36, $p < 0.0152$);
- una meta-analisi svolta su 3 trial clinici (e un totale di 2508 pazienti arruolati) ha mostrato che la differenza nello smettere di fumare non è statisticamente differente tra i pazienti che hanno ricevuto citisina e quelli che hanno ricevuto vareniclina (RR = 0.96; $p < 0.8464$).

Per quanto riguarda l'impatto della dose e della durata del trattamento i risultati di rilievo emersi sono i seguenti:

- una meta-analisi svolta su 2 trial clinici (e un totale di 1009 pazienti arruolati) ha mostrato che un regime di cura con citisina prolungato (84 giorni) aveva una probabilità superiore, statisticamente significativa, di determinare cessazione del fumo rispetto a pazienti in regimi di cura *standard* (40-42 giorni) (RR = 1.29, $p < 0.0319$).

Tale studio ha analizzato anche l'impatto di un trattamento educativo-comportamentale associato alla terapia farmacologica, questi i risultati:

- è stata effettuata una revisione su tre studi clinici nei quali il trattamento farmacologico o il placebo venivano associati a un intervento educativo-comportamentale. I dati dimostrano come tale intervento, sia nel gruppo in terapia farmacologica che nel gruppo placebo, determina tassi significativamente superiori di astensione continuativa dal fumo nei 12 mesi di follow up successivi al trattamento (32.1% *vs* 7.3%), con un tasso di ricaduta significativamente inferiore.

Questi dati complessivamente sottolineano e validano scientificamente l'efficacia della citisina nella remissione del DUT; suggeriscono anche che la durata del trattamento gioca un ruolo chiave nella stabilizzazione del paziente, permettendo un consolidamento del cambiamento comportamentale.

Rapidità d'azione e impatto sul craving

È noto come uno dei fattori critici nel fallimento dei tentativi di cessazione dal fumo di tabacco sia la gestione dell'intensità del craving sia nelle prime 72 ore, che nel medio termine nelle prime due settimane dal *quit day*.

Lo studio di Rigotti *et al.* ha misurato il craving per tabacco al momento del reclutamento e ad intervalli regolari di 6 settimane nel corso dello studio, tramite il *Brief Questionnaire of Smoking Urges* (QSU-brief).

Il trattamento con citisina ha prodotto una significativa riduzione del craving, se comparato con il placebo, attraverso le 6 settimane di trattamento.

Lo studio sottolinea come il craving sia rimasto significativamente ridotto anche nei partecipanti che hanno continuato a fumare nonostante l'assunzione della citisina, indicando come essa mitigasse il craving nonostante il ricorso continuativo al fumo di tabacco.

Inoltre, i livelli misurati di cotinina permanevano significativamente ridotti rispetto al "tempo zero" anche nei pazienti che non avevano cessato di fumare, indicando come la citisina contribuisse a ridurre sostanzialmente il numero di sigarette fumate (effetto legato al prezioso ruolo di agonista-parziale).

Grazie a tale efficacia la citisina è indicata anche negli utilizzatori di sigarette elettroniche e dispositivi privi di combustione.

Anche lo studio di Puljević *e colleghi* ha valutato la gestione del craving nei pazienti in terapia con citisina, tramite scale analogiche visive (VAS); da tali test emerge che:

- la riduzione del craving è rilevabile già nei primi 3-5 giorni di trattamento, sovrapponendosi alla fase di "pre-cessazione" in cui il paziente riduce il numero di sigarette;
- rispetto alla vareniclina, la citisina mostra una rapidità d'azione comparabile, ma con un profilo di tollerabilità gastrointestinale e neuropsichiatrica spesso superiore, riducendo gli episodi di nausea severa e sogni vividi, fattori che portavano non di rado all'abbandono della terapia con vareniclina.

Un altro fattore critico nel raggiungimento dell'outcome di remissione del DUT è la rapidità d'azione del farmaco impiegato.

La revisione sistematica di Puljević *et al.* conferma come la citisina si distingua per una farmacocinetica che permette una rapida occupazione recettoriale.

Sebbene l'emivita sia relativamente breve (circa 4.8 ore), il rapido assorbimento è fondamentale per garantire una copertura rapida e costante dei recettori $\alpha 4\beta 2$ nAChRs nelle prime settimane e questo si ottiene sia con un protocollo a dose piena iniziale e poi decrescente sia con un protocollo a dose fissa. Un protocollo a dose iniziale bassa e poi crescente (protocollo a induzione) non garantisce invece la immediata piena occupazione recettoriale come negli altri due casi. Con una preparazione che abbia dosaggi garantiti e uniformi, si possono raggiungere risultati soddisfacenti anche con un regime tradizionale di 25 giorni. Ovviamente in caso di forti fumatori motivati a smettere il ciclo può essere ripetuto, nei modi e nei tempi a discrezione del medico, per raggiungere un risultato più soddisfacente.

Conclusioni

La citisina rappresenta oggi l'opzione terapeutica con il miglior rapporto costo-efficacia disponibile per la cura del DUT.

La sua capacità di antagonizzare il recettore nicotinico con una rapidità tale da "smorzare" il piacere della sigaretta già dai primi giorni di assunzione la rende uno strumento robusto ed affidabile per il clinico.

In conclusione, come recentemente evidenziato dal lavoro di Rigotti *et al.* e dalle meta-analisi di Puljević *et al.*, per lo specialista delle dipendenze, la citisina non è più solo un'alternativa "low-cost", ma una scelta di prima linea basata sull'evidenza, caratterizzata da un'azione rapida sul craving e da una sicurezza clinica consolidata.

La sfida futura risiederà nella conferma dei regimi terapeutici più efficaci, al fine di massimizzare i tassi di successo a lungo termine.

Riferimenti bibliografici

- Rigotti N.A., Benowitz N.L., Prochaska J.J., Rubinstein M., Clarke A., Blumenstein B., Cain D.F., & Jacobs C. (2025). Cytisinicline for Smoking Cessation: The ORCA Phase 3 Replication Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.*, Jun 1, 185(6): 648-655. Doi: 10.1001/jamainternmed.2025.0628.
- Puljević C., Stjepanović D., Meciar I., Kang H., Chan G., Morphet K., Bendotti H., Kunwar G., & Gartner C. (2024). Systematic review and meta-analyses of cytisine to support tobacco cessation. *Addiction*, Oct, 119(10): 1713-1725. Doi: 10.1111/add.16592.

CITISINA: Profilo di tollerabilità, tossicologia clinica e identità fitoterapica

Linda Daffini*

Introduzione

Nell'attuale panorama della Medicina delle Dipendenze, la ricerca di opzioni terapeutiche che coniughino efficacia e un profilo di sicurezza maneggevole è costante.

La citisina (o citisiniclina) è un alcaloide quinolizidinico di origine naturale che, dopo decenni di utilizzo empirico in Europa dell'Est, ha ottenuto la "consacrazione" della medicina basata sull'evidenza (EBM) attraverso recenti trials clinici rigorosi.

Per lo specialista, comprendere l'origine della citisina non è un mero esercizio di botanica farmaceutica, ma la chiave per interpretare la sua farmacocinetica ed il suo elevato profilo di tollerabilità rispetto ai competitor di sintesi.

L'origine naturale: dal *Laburnum Anagyroides* alla farmacopea internazionale

La citisina è il principale alcaloide presente nei semi del Maggiociondolo (*Laburnum anagyroides*), una pianta della famiglia delle *Fabaceae* (*Leguminosae*), caratterizzata da tipiche infiorescenze costituite da racemi penduli di colore giallo brillante, con fiori simili a farfalle.

I frutti (baccelli) misurano circa 6-8 cm, sono di colore marrone-nero a maturità, pelosi quando giovani.

I semi sono brunastri-neri, notoriamente "velenosi" (contengono la citisina).

Le foglie sono trifogliate, ellittiche, con pagina inferiore spesso pubescente.

La corteccia è liscia, di colore bruno-grigiastro.

La citisina può essere anche estratta da altre piante, come le radici di *Sophora flavescens*. Storicamente nota come "tabacco dei poveri" o "falsa nicotina", la citisina venne isolata per la prima volta nel 1865 da Husemann e Marne.

Grazie alla sua struttura molecolare (C₁₁ H₁₄ N₂O), la citisina agisce come un agonista parziale dei recettori nicotinici dell'acetilcolina, in particolare del sottotipo $\alpha 4\beta 2$ ($\alpha 4\beta 2$ nAChRs), stimolando il rilascio

di dopamina in misura moderata, ma sufficiente a mitigare i sintomi della sindrome da astinenza.

Esercita anche azione da antagonista recettoriale; il legame allo stesso recettore $\alpha 4\beta 2$ nAChRs impedisce infatti alla nicotina eventualmente assunta con la sigaretta di legarsi ad esso, prevenendo così il picco dopaminergico che rinforza il comportamento tabagico (regolatore negativo del meccanismo di reward).

La citisina possiede anche un'affinità di legame per i recettori $\alpha 4\beta 2$ che è significativamente superiore a quella della nicotina stessa.

È in grado di mimare l'azione della nicotina riducendo i sintomi di astinenza, ma con un'emivita più breve (circa 4.8 ore), garantendo una rapida eliminazione renale (circa il 90% del farmaco viene escreto immutato), e riducendo altresì il rischio di accumulo e tossicità sistemica.

La mancanza di metabolismo epatico la rende idonea anche in pazienti in politerapia farmacologica, limitando i rischi di interazioni farmacologiche.

Profilo di sicurezza: analisi delle evidenze recenti

Uno dei maggiori timori associati all'uso di alcaloidi naturali riguarda la loro "finestra terapeutica". Alcuni di essi infatti, come digossina, atropina e stricnina, posseggono come noto una dose efficace che è molto vicina alla dose tossica; questa caratteristica, associata alla loro elevata potenza e attività biologica, ne richiede un attento monitoraggio per evitare effetti avversi gravi e avvelenamento.

La lunga esperienza clinica e studi rigorosi nella letteratura recente, hanno dimostrato invece per la citisina un profilo di sicurezza solido, che rende il farmaco molto maneggevole e sicuro, anche in pazienti fragili/comorbidi, associandosi ad una bassa incidenza di eventi avversi (AEs).

Il profilo di sicurezza del farmaco è infatti considerato buono, con la maggior parte degli AEs riportati di gravità lieve o moderata, di tipo prevalentemente gastrointestinali e neuropsichici (Puljević, 2024).

L'incidenza di eventi avversi con la citisina rispetto al placebo è stata valutata da alcuni studi.

Una meta-analisi ha rilevato che il rischio relativo di reazioni avverse (inclusi nausea, vomito, dispepsia,

* Medico Ser.D., ASST PG 23, Bergamo.
FeDerSerD Informa, n. 39 C, 2026.

dolore addominale superiore e secchezza delle fauci) rispetto al placebo era di 1,10 (IC 95% = 0,95–1,28).

Un'altra revisione sistematica ha evidenziato un aumento degli eventi avversi con la citisina rispetto al placebo e ai sostituti della nicotina, ma un numero inferiore di eventi avversi rispetto alla vareniclina (Tutka, 2019; Puljević, 2024).

A differenza della vareniclina, che è spesso associata a nausea severa (fino al 30% dei pazienti) e disturbi del sonno/incubi vividi, la citisina mostra un profilo di AEs decisamente più blando.

Rispetto alla vareniclina infatti, la citisina presenta un'affinità recettoriale minore sui recettori della serotonina 5-HT₃, che sembra correlata alla ridotta incidenza in particolare di nausea (Tedesco, 2025).

Per quanto riguarda l'incidenza di eventi avversi gravi (SAE), in uno studio sono riportati cinque decessi e due ricoveri, che si sono verificati in partecipanti che ricevevano sia citisina che placebo. Tuttavia, nessuno di questi SAE è stato valutato come correlato alla citisina (West, 2011).

Alcuni studi hanno indagato anche il potenziale di embriotossicità della citisina.

In un lavoro sperimentale sono state utilizzate larve di zebrafish, per testare la teratogenicità della nicotina e della citisina, da sole o in combinazione.

La nicotina ha aumentato la mortalità e ritardato la schiusa in modo dose-dipendente.

La citisina non ha influenzato la mortalità in un ampio intervallo di concentrazioni, e il ritardo nella schiusa è stato notato solo a concentrazioni molto elevate (>2 mM).

È interessante notare che la somministrazione congiunta di citisina e nicotina ha parzialmente ridotto gli effetti teratogeni avversi indotti dalla sola nicotina nel modello di zebrafish.

Questo effetto protettivo osservato nello zebrafish potrebbe orientare la ricerca futura relativa alla dipendenza da nicotina o all'esposizione prenatale alla nicotina negli esseri umani (Świątkowski, 2023).

In sintesi, le reazioni avverse più comuni includono: disturbi gastrointestinali (nausea, vomito, dispepsia, dolore addominale superiore), secchezza delle fauci.

Vengono comunemente osservati anche effetti neurologici come mal di testa e insonnia.

Altri AEs meno frequenti e comunque di gravità lieve includono: mal di gola, stipsi, rinorrea, intorpidimento della lingua (Mitchell, 1951).

È necessario fare chiarezza sulla tossicità del prodotto di derivazione dalla pianta rispetto al farmaco di sintesi.

Sebbene l'ingestione accidentale di parti della pianta di Maggiociondolo possa causare quadri tossici (vomi-

to, convulsioni, depressione respiratoria), il dosaggio farmaceutico è rigorosamente controllato.

I protocolli terapeutici standard prevedono, come noto, l'assunzione di 1.5 mg a compressa (fino a un massimo di 9 mg/die nei primi giorni di trattamento).

La dose tossica nell'uomo è stimata essere di gran lunga superiore ai dosaggi massimi previsti dal protocollo di disassuefazione.

Nell'uomo è stata considerata sicura una singola dose di 4.5 mg, che determina concentrazioni medie di citisina plasmatica di 50.8 ± 4.7 ng/mL: tre volte superiori a quelle raggiunte da una singola dose in un comune regime farmacologico (Jeong, 2019).

L'overdose da citisina è simile all'intossicazione da nicotina e determina: nausea, vomito, convulsioni, tachicardia, midriasi, cefalea, debolezza fino all'insufficienza respiratoria (Giulietti, 2020).

La farmacovigilanza decennale nei paesi dell'Est Europa, dove milioni di fumatori hanno utilizzato il farmaco, non ha riportato casi di tossicità grave a dosaggi terapeutici.

Sicurezza in popolazioni di pazienti fragili

Un punto di forza della citisina è stato sottolineato dal lavoro di Tedesco *et al.* (2025), che ha evidenziato la sicurezza del farmaco in una popolazione di 36 pazienti con comorbidità cardiovascolare, ricoverati presso l'U.O. di Cardiologia dell'Ospedale Universitario di Verona.

È stato svolto uno studio osservazionale in cui la citisina è stata somministrata tramite un regime standard di 25 giorni (6 cpr per 3 giorni, successiva graduale riduzione fino a 2 cpr per gli ultimi 6 giorni di trattamento).

Lo studio ha evidenziato la comparsa di AEs di entità lieve-moderata nel 25% dei partecipanti (insonnia, nausea, cefalea, gastrite, diarrea) e nessun evento avverso grave, né incremento di eventi cardiovascolari.

I tassi di astinenza riportati sono stati del 50.0%, 47.2%, 36.1% a 3, 6 e 12 mesi rispettivamente.

Essendo il fumo di tabacco una delle cause principali di eventi cardiaci, poter somministrare un farmaco efficace in sicurezza in tali pazienti, rappresenta un vantaggio competitivo fondamentale.

Il lavoro di Prochaska *et al.* (2025), analisi *post hoc* dei trials clinici ORCA-2 e ORCA-3, ha invece valutato l'efficacia e la sicurezza della citisina *versus* placebo per la cessazione del fumo nella sottopopolazione di pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (COPD).

Rispetto alla media della popolazione, tali pazienti risultavano mediamente più anziani, con una storia di dipendenza dal fumo di tabacco più lunga, con una maggiore gravità della dipendenza da nicotina e maggiori livelli di depressione.

Inoltre era anche più probabile che avessero sperimentato in precedenza altri metodi o farmaci per sospendere il fumo (tra cui vareniclina o bupropione).

Lo studio non ha evidenziato alcun evento avverso grave, né una maggiore incidenza di eventi avversi rispetto al resto della popolazione in studio, conservando un'efficacia non inferiore rispetto al resto della popolazione.

In conclusione, la citisina si conferma come un'opzione terapeutica efficace per la cessazione del fumo, supportata da evidenza scientifica, con un profilo di sicurezza favorevole (Puljević, 2024).

Accettabilità da parte del paziente

Nell'esperienza clinica quotidiana si osserva una crescente resistenza verso i farmaci di sintesi chimica "pesante".

Pur senza abbracciare pericolose e deprecabili politiche di *greenwashing*, presentare la citisina come un derivato vegetale "naturale" potrebbe aumentare significativamente l'alleanza terapeutica.

Il paziente tende a percepire il trattamento come "più affine all'organismo", riducendo lo stigma e la paura degli effetti collaterali "psichici" che hanno talvolta gravato su altre molecole.

La citisina non deve d'altra parte essere considerata o presentata come un "prodotto erboristico", bensì come un farmaco potente e altamente selettivo che trae dall'origine botanica la sua forza farmacocinetica.

Bibliografia

- Giulietti F., Filipponi A., Rosettani G., Giordano P., Iacoacci C., Spannella F., & Sarzani R. (2020). Pharmacological Approach to Smoking Cessation: An Updated Review for Daily Clinical Practice. *High Blood Press Cardiovasc Prev.*, Oct, 27(5): 349-362. Doi: 10.1007/s40292-020-00396-9.
- Jeong S.H., Sheridan J., Bullen C., Newcombe D., Walker N., & Tingle M. (2019). Ascending single dose pharmacokinetics of cytisine in healthy adult smokers. *Xenobiotica*, Nov, 49(11): 1332-1337. Doi: 10.1080/00498254.2018.1557760.
- Majo García R., Espinosa Villoria M.G., Fernández-Martínez M.N., Díaz Madero A., Pérez Martín M.I., & Fernández-García D. (2025). Evidence Update on the Efficacy of Cytisinicline by Treatment Regimen: A Rapid Review. *Open Respir Arch.*, Jul 23, 7(3), 100472. Doi: 10.1016/j.opresp.2025.100472.
- Mitchell R.G. (1951). Laburnum poisoning in children; report on ten cases. *Lancet*, Jul 14, 2(6672): 57-8. Doi: 10.1016/s0140-6736(51)91315-3.
- Prochaska J., Rubinstein M., Perdok R., Blumenstein B., & Jacobs C. (2026). Cytisinicline for smoking cessation in individuals with self-reported COPD: a post hoc analysis of the ORCA-2 and ORCA-3 trials. *Thorax*, Jan 15, 81(2): 164-169. Doi: 10.1136/thorax-2025-223880.
- Puljević C., Stjepanović D., Meciari I., Kang H., Chan G., Morphet K., Bendotti H., Kunwar G., & Gartner C. (2024). Systematic review and meta-analyses of cytisine to support tobacco cessation. *Addiction*, Oct, 119(10): 1713-1725. Doi: 10.1111/add.16592.
- Rigotti N.A., Benowitz N.L., Prochaska J., Leischow S., Nides M., Blumenstein B., Clarke A., Cain D., & Jacobs C. (2023). Cytisinicline for Smoking Cessation: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, Jul 11, 330(2): 152-160. Doi: 10.1001/jama.2023.10042.
- Świątkowski W., Budzyńska B., Maciąg M., Świątkowska A., Tyłzanowski P., Rahnema-Hezavah M., Stachurski P., & Chałas R. (2023). Nicotine and Cytisine Embryotoxicity in the Experimental Zebrafish Model. *Int J Mol Sci.*, Jul 28, 24(15), 12094. doi: 10.3390/ijms241512094.
- Tedesco E., Ceccato S., Torazzi A., Santin L., Losso L., Bottardi A., Casari R., Melchiori S., Secchettin E., Ferrero V., Arzenton E., Marini P., Lugoboni F., & Chiamulera C. (2025). Cytisine for smoking cessation in hospitalised smokers with cardiovascular diseases: an observational study. *Intern Emerg Med.*, Sep, 20(6): 1987. Doi: 10.1007/s11739-025-04067-2.
- Tutka P., Vinnikov D., Courtney R.J., & Benowitz N.L. (2019). Cytisine for nicotine addiction treatment: a review of pharmacology, therapeutics and an update of clinical trial evidence for smoking cessation. *Addiction*, Nov, 114(11): 1951-1969. Doi: 10.1111/add.14721.
- Walker N., Bullen C., Barnes J., McRobbie H., Tutka P., Raw M., Etter J.F., Siddiqi K., Courtney R.J., Castaldelli-Maia J.M., Selby P., Sheridan J., & Rigotti N.A. (2016). Getting cytisine licensed for use worldwide: a call to action. *Addiction*, Nov, 111(11): 1895-1898. Doi: 10.1111/add.13464.
- West R., Zatonski W., Cedzynska M., Lewandowska D., Pazik J., Aveyard P., & Stapleton J. (2011). Placebo-controlled trial of cytisine for smoking cessation. *N Engl J Med.*, Sep 29, 365(13): 1193-200. Doi: 10.1056/NEJMoa1102035.

Valutazione del rischio cardiovascolare del paziente afferente al Ser.D. e percorsi di cessazione dal fumo di tabacco

N. Rizzardi*, L. Daffini*, M. Campana*

Il Servizio per le Dipendenze (Ser.D.) rappresenta, per buona parte degli utenti con disturbo da uso di sostanze, alcol e disturbi comportamentali, l'unica occasione per accedere a percorsi di prevenzione e di cura.

Il progressivo invecchiamento della popolazione afferente ai nostri servizi sollecita i professionisti in servizio a considerare aspetti, come il rischio cardiovascolare degli utenti, che in precedenza non venivano considerati per la giovane età media dell'utenza in carico in quegli anni.

Presso il Ser.D. di Lovere sono stati analizzati i parametri che concorrono al calcolo del rischio cardiovascolare (RCV - percentuale di rischio di eventi cardiovascolari in 10 anni) secondo le linee guida della Società Europea di Cardiologia (ESC) in un campione 56 pazienti che hanno effettuato visita medica ed esami ematici di routine, direttamente presso il servizio, nel corso del 2023, con età compresa tra 40 e 70 anni e con anamnesi patologica muta per diabete mellito o eventi cardiovascolari, a prescindere dal tipo di dipendenza presa in carico.

Il rischio così calcolato si attestava basso se inferiore a 5%; moderato tra 5 e 10% ed elevato se superiore al 10%.

Sono stati registrati i seguenti parametri: sesso, età, pressione arteriosa sistolica, colesterolo totale, HDL.

La popolazione studiata era composta da 18 donne e 38 uomini con un'età media di 52 anni (max 69; min 41).

La pressione arteriosa sistolica in media si assestava sui 131 mmHg (max 170; min 110).

Per quanto riguarda il colesterolo totale la media dei valori dosati era 209 mg/dl (max 288; min 128); l'HDL si attestava in media a 50 mg/dl (max 129; min 15) e l'LDL (registrato anche se non concorre al calcolo del RCV) in media era 132 mg/dl (max 206; min 66).

Il rischio cardiovascolare medio della popolazione in toto, calcolato mediante applicazione ufficiale ESC, si attestava a 7% (moderato), con un minimo di 0,5% ed un massimo di 20%. Analizzando i dati di rischio emergeva che il 39% presentava un rischio basso, il 43% moderato ed il 18% un rischio elevato.

I dati rilevati sono stati analizzati anche considerando solo i pazienti fumatori e dividendo la popolazione in due sottogruppi, il primo composto da pazienti dai 40 ai 49 anni compiuti ed il secondo con più di 50 anni.

Il primo sottogruppo era formato da 3 donne e 9 uomini con un'età media di 45 anni (max 49; min 41).

La pressione arteriosa sistolica in media si assestava sui 132 mmHg (max 150; min 110).

Per quanto riguarda il colesterolo totale la media dei valori dosati era 215 mg/dl (max 288; min 170); l'HDL si attestava in media a 60 mg/dl (max 129; min 39) e l'LDL (registrato anche se non concorre al calcolo del RCV) in media era 152 mg/dl (max 206; min 109).

Il rischio cardiovascolare medio della popolazione fumatrice under 50, calcolato mediante applicazione ufficiale ESC, si attestava a 5% (moderato al limite inferiore), con un minimo di 2,9% ed un massimo di 8,4%.

Analizzando i dati di rischio emergeva che il 58% presentava un rischio basso, il 42% moderato e lo 0% un rischio elevato.

Il secondo sottogruppo era formato da 3 donne e 23 uomini con un'età media di 57 anni (max 68; min 50).

La pressione arteriosa sistolica in media si assestava sui 132 mmHg (max 170; min 110).

Per quanto riguarda il colesterolo totale la media dei valori dosati era 207 mg/dl (max 270; min 132); l'HDL si attestava in media a 48 mg/dl (max 95; min 15) e l'LDL (registrato anche se non concorre al calcolo del RCV) in media era 125 mg/dl (max 194; min 66).

Il rischio cardiovascolare medio della popolazione fumatrice over 50, calcolato mediante applicazione ufficiale ESC, si attestava a 9,7% (moderato al limite superiore), con un minimo di 4,8% ed un massimo di 20%.

Analizzando i dati di rischio emergeva che il 4% presentava un rischio basso, il 62% moderato e lo 34% un rischio elevato.

Alla luce dei dati emersi, ci si è chiesti quanto potesse incidere sul rischio cardiovascolare della popolazione campionata, un intervento quale il percorso di cessazione del fumo di tabacco.

È stato quindi ricalcolato il RCV ipotizzando che tutta la popolazione studiata fosse composta da non fumatori ed è emerso che, a parità degli altri parametri, il RCV così calcolato si attestava in media a 4,7% (basso) con un minimo di 0,5% ed un massimo di 14%.

L'analisi dei dati mostrava che, dopo la eventuale cessazione del fumo di tabacco, la popolazione studiata avrebbe presentato una netta riduzione della numerosità di pazienti ad alto e moderato rischio cardiovascolare (rispettivamente 7% e 18%) con un importante

* ASST Bergamo Est. SC Ser.D. di Gazzaniga, sede Ser.D. di Lovere.

incremento della quota a basso rischio cardiovascolare (75%).

Analizzando i dati relativi ai due sottogruppi di fumatori si otterrebbe che, tra gli under 50, mediante la cessazione del fumo di tabacco, il 42% che presentava rischio cardiovascolare moderato rientrerebbe in toto tra i pazienti a basso rischio.

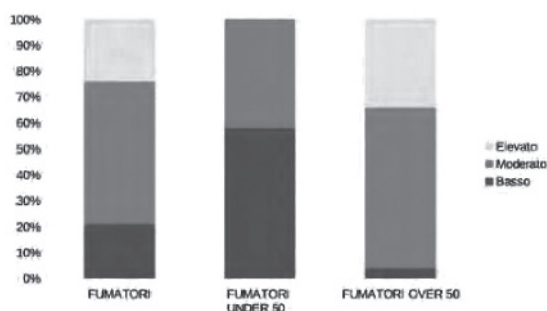
Il sottogruppo formato dagli over 50 invece mostrerebbe una netta riduzione della percentuale dei pazienti a rischio moderato o elevato, in particolare i pazienti a rischio elevato si ridurrebbero dal 34% all'11%, quelli

a rischio moderato dal 62% al 27% con consensuale, ed importante, incremento della percentuale di pazienti a basso rischio: dal 4% al 66%.

I dati forniti da quest'analisi, seppur in una popolazione numericamente esigua, mostrano come la proposta di effettuare un intervento di cessazione del fumo di tabacco porti ad un netto miglioramento del rischio cardiovascolare a 10 anni, nei pazienti afferenti al Ser.D., a prescindere dalla sostanza d'abuso: aspetto ormai non più trascurabile dato il progressivo invecchiamento della popolazione in carico.

	donne	uomini	totale	Età minima	Età media	Età massima
Tutti	18	38	56	41	52	69
Tutti fumatori	6	32	38	41	53	68
Under 50	4	19	23	41	45	49
Under 50 fumatori	3	9	12	41	45	49
Over 50	3	30	33	50	57	69
Over 50 fumatori	3	23	26	50	57	68

RCV prima della cessazione del fumo %	Basso	Moderato	Elevato
Fumatori	21	55	24
Fumatori under 50	58	42	0
Fumatori over 50	4	62	34



	Pressione arteriosa sistolica mmHg			Colesterolo totale mg/dl			Colesterolo HDL mg/dl		
	Minima	Media	Massima	Minimo	Medio	Massimo	Minimo	Medio	Massimo
Tutti	110	131	170	128	209	288	15	50	129
Tutti fumatori	110	132	170	131	215	288	15	52	129
Under 50	110	132	155	170	224	288	27	55	129
Under 50 fumatori	110	132	150	170	215	288	39	60	129
Over 50	110	131	170	128	200	270	15	47	95
Over 50 fumatori	110	132	170	132	207	270	15	48	95

PROMUOVE

CORSO DI FORMAZIONE PER FACILITATORI IN

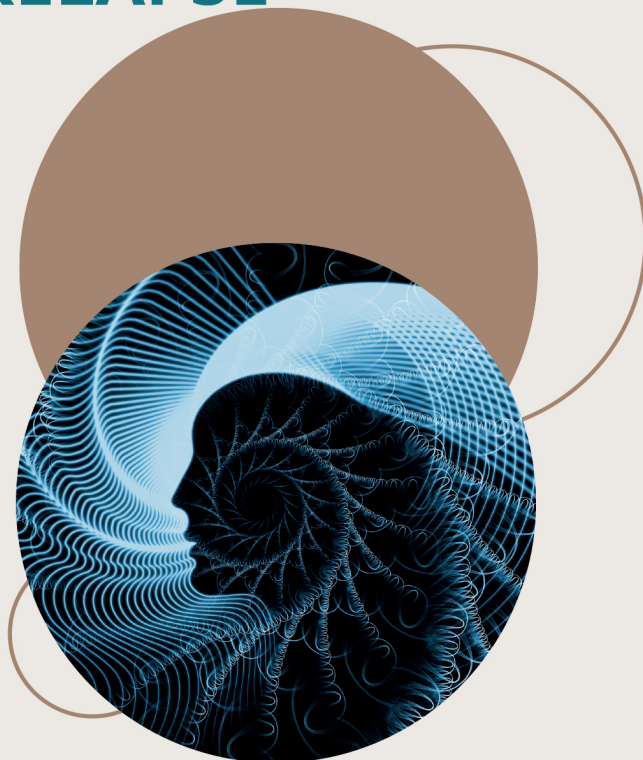
MINDFULNESS-BASED RELAPSE PREVENTION (MBRP)



Training per Istruttori nei Servizi per le Dipendenze
Edizione 2026-2027

**UN'OFFERTA UNICA NEL
PANORAMA ITALIANO**

Un percorso di formazione avanzata — oltre 50 ore tra pratica personale, training intensivo alla conduzione e supervisione — progettato per formare facilitatori competenti nel condurre gruppi MBRP. È il primo programma italiano strutturato per la formazione di istruttori MBRP, in linea con le linee guida dell'UC San Diego Center for Mindfulness (UCSD) e sviluppato in collaborazione con Sarah Bowen — autrice del manuale di riferimento e co-firmataria dell'attestato. Il percorso è stato presentato ufficialmente nel webinar FeDerSerD del 21 maggio 2026, con la lezione magistrale della Prof.ssa Bowen.



FAD ECM SINCRONA
da martedì 29 Settembre 2026 a Gennaio 2027



RESPONSABILE SCIENTIFICO: Dott. Stefano Burattini

Accreditamento ECM	Accreditamento per n. 48 ore formative – 50 crediti ECM Accreditamento ECM per MEDICO CHIRURGO (tutte le specializzazioni), PSICOLOGO (Psicologo, Psicoterapeuta)
Posti disponibili	45 partecipanti (numero chiuso)
Quota di Iscrizione	650,00 euro + iva con iscrizione online
Attestato	Attestato di completamento MBRP FT, erogato da FeDerSerD, co-firmato da Sarah Bowen e Presidente Nazionale FeDerSerD

PROVIDER ECM n. 2091 e SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



EXPOPOINT Organizzazione Congressi Eventi
Via Nazario Sauro, 2/4 - 22066 Mariano Comense - Co | Telefono 031 748814
Email – segreteriacongressi@expopoint.it www.expopoint.it



ALCOVER®

sodio oxibato

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



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



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

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

RCP ALCOVER



Aggiornamento editoriale

Al momento Mission – IQJA è indicizzata nei seguenti database:

Google Scholar
Ebsco - Business-Source-Ultimate
Ebsco Academic Search Ultimate
Ebsco Knowledge Base
Sherpa-Romeo
Torrossa - Casalini Full Text Platform
Cat. ANCE - database ministeriale CINECA (sistema login MIUR – piattaforma universitaria IRIS)

La rivista è censita nel catalogo della National Library, NIH –Bethesda (USA)

Ogni numero è disponibile open access sui siti web Franco Angeli edizioni e FeDerSerD.

Inoltre ogni numero è fornito con Newsletter dal data base di FeDerSerD, a 26.000 operatori sanitari e sociali, del SSN e del Terzo settore, ad Enti e stakeholders.

Di ogni numero vengono inoltre stampate 500 copie, a distribuzione gratuita congressuale o su richiesta specifica.

Gli articoli della sezione “Saggi, Studi e Ricerche” della Rivista sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali. Le norme editoriali specifiche prevedono la sottomissione dei lavori scientifici ai referee tramite piattaforma FrancoAngeli.

La rivista prevede un board scientifico nazionale e internazionale e un board editoriale.

Le due sezioni “Newsletter Clinica dell’Alcolismo” e “Rassegna Clinica del Tabagismo” dispongono inoltre di comitati scientifici ed editoriali specifici.

(A.L.)



aderente a:



Sede legale: Piazza Carlo Stuparich 8, 20148 Milano

Consiglio Direttivo Nazionale

Roberta Balestra (presidente),
Marco Riglietta (vice presidente vicario),
Marialuisa Grech (vice presidente),
Vincenza Ariano (segretario esecutivo),
Felice Nava (direttore comitato scientifico),
Vincenzo Lamartora (vice direttore comitato scientifico),
Giulia Audino, Stefano Burattini, Roberto Calabria,
Lorenzo Camoletto, Mario Cappella,
Roberto Carrozzino, Ferdinando Cerrato,
Rosalba Cicalò, Edoardo Cozzolino,
Simone De Persis Giovanni Di Martino,
Donato Donnoli, Maurizio D’Orsi,
Giovanni Galimberti, Mara Gilioni,
Erika Lo Presti, Alfio Lucchini,
Antonella Manfredi, Cristina Meneguzzi,
Bettina Meraner, Marzi Merlino, Giovanna Morelli,
Lilia Nuzzolo, Giorgio Pannelli, Francesca Picone,
Daniele Pini, Maria Rita Quaranta, Luca Rossi,
Romina Rossi, Francesco Sanavio, Liliana Schifano,
Giorgio Serio, Margherita Taddeo, Paola Trotta,
Concettina Varango.

RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI “SOCIO ORDINARIO”

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

☐ versamento sul Conto Corrente Bancario n. 000049241578 intestato a **FeDerSerD** presso la **Banca Bper - IBAN IT59T0538751090000049241578**
☐ versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data conferma con invio e-mail con credenziali di accesso area Socio riservata.

ANNO 2026 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI “SOCIO ORDINARIO”

Da trasmettere a Expo Point per e-mail federserd@expopoint.it

COGNOME _____ NOME _____
NATO A _____ IL _____
INDIRIZZO (personale) _____
CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____
TEL. _____ FAX _____ CELL. _____
E-MAIL (per invio news e comunicazioni) _____
TITOLO DI STUDIO _____
DATA CONSEGUIMENTO TITOLO DI STUDIO _____
SPECIALIZZAZIONE _____
POSIZIONE PROFESSIONALE ATTUALE _____
INDIRIZZO (lavorativo) _____
TEL. _____ FAX _____ CELL. _____ E-MAIL _____
PUBBLICAZIONI / ESPERIENZE CURRICOLARI DA SEGNALARE / PROGETTI SCIENTIFICI
IN CORSO / AREE DI INTERESSE SCIENTIFICO / INTERESSI CULTURALI

Chiedo

☐ Di essere iscritto in qualità di Socio Ordinario per l'anno 2026
☐ Di rinnovare l'iscrizione in qualità di socio ordinario per l'anno 2026
a **FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze**
_____ li ____ / ____ / ____ Firma _____

Si autorizzano FeDerSerD e la Segreteria Expopoint al trattamento dei dati inclusi nella presente scheda

Versamento quota associativa di ☐ € 50,00 (medici e psicologi) ☐ € 30,00 (altre professioni)
(allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)

Visto il Segretario Esecutivo Nazionale _____

Visto per approvazione: Il Presidente _____