

EDITORIALE

Definite alcune traiettorie di lavoro per un moderno sistema delle Dipendenze in Italia. *Lo scenario a conclusione della VII Conferenza nazionale Dipendenze*
Roberta Balestra

1

LE RUBRICHE

Contaminazioni	
Imparare dai maestri	
Maurizio Fea	4
La Finestra dei consumatori	
Cara Cristoforetti	
a cura dei ragazzi del Servizio Androna di Trieste	6
Poetry Corner/Rubrica di poesia	
Tommaso Di Dio	
Enzo Lamartora	7

DOCUMENTI SCIENTIFICI

Dall'inquadramento normativo fino al nuovo DDL: importanza e finalità delle "misure alternative"	
Giovanna Crespi, Flavio Vischia, Felice Nava, Elisabetta Bussi Roncalini, Mariagrazia Di Bello, Jatin Ial, Davide Broglia, Concettina Varango	8

SAGGI, STUDI E RICERCHE

Giovani e dipendenze da sostanza: vulnerabilità evolutiva e gravità clinica. Analisi descrittiva e psicopatologica di un campione di soggetti under 26 in trattamento presso la S.S.D. <i>Nuove Dipendenze ONDA1 - Dipartimento Integrato Dipendenze - Asl città di Torino</i>	
Chiara Niglio, Filippo Gabbetta, Nadia Gennari, Flavio Vischia	17
Diagnosi infermieristiche nei giovani con disturbo da uso di sostanze: evidenze per la personalizzazione delle cure. Studio osservazionale trasversale presso un servizio per giovani con disturbo da uso di sostanze; identificazione di 19 diagnosi infermieristiche prevalenti; evidenza del bisogno di interventi personalizzati che integro aspetti clinici, psicosociali e di supporto familiare	
Claudia Fantuzzi, Alessandra Zarl, Teresa Nicola, Valentina Zeffiro, Gianfranco Sansoni	23
La citsina nel trattamento del disturbo da uso di tabacco: un trattamento efficace e sicuro per il controllo del craving	
Marcia Riglietta, Linda Daffini, Paola Banalotti, Sara Caminada, Fabrizio Cheli, Francesca Chiara, Grazia Carbone, Paolo Donadoni, Paolo Fumagalli, Roberta Marenzi, Liliana Praticò, Margherita Rossi	35
La rappresentazione delle figure parentali nei soggetti con addiction attraverso il Test di Rorschach	
Maria Chiara Ciabattoni, Silvia Formentini, Cristina Marogna, Luca Bruno	42

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

Case Study: Le implicazioni culturali/religiose nella terapia con Buprenorfina Long-acting sottocutanea in giovane adulto con disturbo da uso d'oppioiodi	
Stefano Vertulla, Concettina Varango	48
Dalla rielaborazione del trauma alla regolazione neurofisiologica: EMDR e Teoria Polivagale nella dipendenza da cocaina	
Angela Colajanni, Angela Ballatore, Santina Sferruggia, Martina Margiotta, Gaetano Vivona	52
Valutazione del gradimento della terapia con metadone compresse rispetto allo sciroppo presso il SerD di Fidenza	
S. Gariboldi, M.I. Pignaccia, C. Porta, O. Nonnis, C. Quatraro, D. Aimi, L. Tadonio	57
Promozione e valutazione dell'appropriatezza clinica, prescrittiva, economica e organizzativa nel Servizio delle Dipendenze negli Istituti Penitenziari	
Elisabetta Bussi Roncalini	62

RECENSIONI

NOTIZIE IN BREVE

FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE

Sabrina Molinaro e Daniela d'Angela nel Comitato scientifico nazionale di FeDerSerD	68
--	----

FrancoAngeli

Mission

ITALIAN QUARTERLY JOURNAL
OF ADDICTION

**Definite alcune traiettorie di lavoro
per un moderno sistema
delle Dipendenze in Italia
*Lo scenario a conclusione
della VII Conferenza nazionale
Dipendenze***

Dopo la fase preliminare di lavoro tecnico degli otto gruppi tematici nazionali, si è tenuta a Roma la Conferenza Nazionale sulle dipendenze, nelle giornate del 7 e 8 novembre. Come è noto la Conferenza viene organizzata dal Governo ogni tre anni come previsto dalla normativa DPR 309/90, per delineare un quadro aggiornato sull'andamento del fenomeno dipendenze e le risposte di prevenzione e cura erogate dal sistema di intervento integrato dei servizi, pubblici e del terzo settore accreditato.

I tavoli di lavoro, avviati prima dell'estate, erano composti da esperti rappresentativi dei Ser.D., delle società scientifiche, del terzo settore accreditato, delle Regioni, degli Enti Locali, del Ministero della salute e del Dipartimento politiche contro la droga e le altre dipendenze.

I gruppi hanno individuato le criticità prioritarie e le proposte da presentare alla politica al livello nazionale e regionale.

I principali temi affrontati sono stati quelli della governance del sistema, dell'integrazione pubblico-privato, delle modalità di collaborazione dei servizi delle dipendenze con quelli di salute mentale, della ricerca ed innovazione, dei programmi di cura per i detenuti e le misure alternative alla detenzione, della prevenzione precoce per gli adolescenti nei diversi contesti territoriali, delle dipendenze comportamentali, con focus su quelle digitali. Molta attenzione è stata dedicata ai più giovani, maggiormente esposti ai fattori di rischio legati all'uso dei social e delle nuove tecnologie.

Durante la Conferenza queste proposte sono state ulteriormente perfezionate col contributo dei professionisti partecipanti all'evento.

La presenza delle Istituzioni è stata rilevante in entrambe le giornate, ed ha visto in apertura i saluti delle massime cariche dello Stato; durante le sessioni di lavoro vi è stata la presenza dei Ministri competenti, nonché di alcuni Presidenti di Regione.

Le criticità e le proposte sono state presentate dai coordinatori dei gruppi ai politici all'interno di un dibattito strutturato proprio per ottenere una prima risposta di merito dai massimi referenti del governo.

- **Approccio Terapeutico-Sociale per i Detenuti con Disturbo da Uso di Alcol. L'esperienza del Ser.D. Intramurario di Taranto**
Stefania Montesano, Vincenzo Verardi, Vincenza Ariano
- **L'infermiere case manager nel percorso di disassuefazione alcolica con Sodio Oxibato: l'esperienza del NOA di San Donato Milanese**
Giuseppe Fiorentino, Maurizio Schiavi
- **Approccio integrato con stimolazione magnetica transcranica (TMS): un caso clinico con Disturbo da uso di Alcol e di Benzodiazepine**
N.M. Marigliano, C. Buccolieri, S. German, A. Larato, G.M.M. Schirosi, V. Ariano

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”, Anno XII, n. 46

Mission

Italian Quarterly Journal of Addiction

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

FrancoAngeli

ANNO XIX, 2025 - N. 72

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, Spelinstutet 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 Mazzato (Verona); Vincenzo Marino (Varese); Liliana Praticò (Bergamo); Cristina Stanic (Trieste); Margherita Taddeo (Taranto); Concettina Varango (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 licenze 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 15 dicembre 2025

ISSN 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 platea degli operatori ha attivamente partecipato, sostenendo le proprie posizioni in modo incisivo e corale, sottolineando i punti di disaccordo, segnalando così una compattezza ed una chiarezza di intenti dell'intero mondo professionale che da tempo non si vedeva nelle Conferenze nazionali. Una dimostrazione di maturità del sistema, pubblico e del terzo settore, che ha saputo sviluppare nuove sinergie propulsive per indicare ai decisori politici quali soluzioni organizzative ed operative siano da considerarsi indispensabili per migliorare la capacità di attrazione dei servizi e l'appropriatezza degli interventi di cura da offrire agli utenti e alle famiglie.

Il settore delle Dipendenze presenta una complessità obiettiva, dovuta al continuo mutamento dei consumi e delle forme di addiction, al pregiudizio sociale diffuso, a quadri clinici sempre più spesso aggravati da situazioni sfavorevoli personali e del contesto ambientale, a numerose comorbilità internistiche, infettive e psichiatriche.

Durante la Conferenza si è sottolineata l'eccessiva disomogeneità dell'offerta tra le regioni, le inadeguatezze organizzative e funzionali, dovute in primis alla scarsità di risorse di personale e di strumenti di lavoro, alla frammentarietà della governance da parte delle istituzioni nazionali e regionali, alla mancanza di una disciplina specifica e di una formazione accademica per i professionisti.

Questa Conferenza porta al Governo, ai Ministeri competenti e alle Regioni impegni precisi per il prossimo triennio.

Una richiesta strategica, che ha trovato il consenso unanime, è quella di assumere quale modello organizzativo di riferimento quello del Dipartimento delle Dipendenze gestionale autonomo per consentire la necessaria governance del "sistema integrato dipendenze".

Ser.D. e servizi del Terzo settore hanno infatti evidenziato e descritto le molte criticità determinate da una unificazione con i servizi di Salute Mentale.

Nelle molte Regioni in cui è stato adottato il Dipartimento Unico Salute Mentale e Dipendenze vi è stata una penalizzazione preoccupante della possibilità di gestire, programmare, realizzare interventi integrati con i diversi partners, con gli enti accreditati, come previsto dai Piani strategici di settore, nazionali e regionali, nei LEA.

Auspicabile è la forma dipartimentale che prevede al suo interno il ruolo del Terzo settore, come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 1999 e dalle Conferenze Nazionali che si sono da allora susseguite. È stato ribadito come non sia in discussione la necessità di collaborazione tra i due settori specialistici, che può essere assicurata e meglio strutturata adottando specifici strumenti di lavoro, quali il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, il budget di salute, il PDTA, l'UVMD.

Questa volta la coralità della proposta e la conseguente assunzione di impegno del Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri on. Alfredo Mantovano nel suo discorso di chiusura della Conferenza rappresentano un viatico preciso ed una concreta speranza di riuscire a mettere in sicurezza il sistema di intervento, le sue specifiche competenze e responsabilità di mandato. Un altro impegno preso è quello di prevedere una disciplina in Clinica delle Dipendenze e la relativa scuola di specializzazione; proposta accolta non solo per i medici, ma anche per gli psicologi. Inoltre è stata sottolineata l'esigenza di valorizzare percorsi formativi accreditati per le altre figure sanitarie e socio-educative, per gli operatori "peer", che sono stati individuati come essenziali per integrare le équipe multiprofessionali.

Forte è stata la spinta affinché vengano aggiornati i livelli essenziali di assistenza per comprendere tutte le forme di dipendenza, ma anche perché i LEA siano garantiti in tutto il territorio nazionale, superando le attuali disuguaglianze.

FeDerSerD ha avuto un ruolo molto importante nei lavori della Conferenza, ruolo che è stato riconosciuto ed apprezzato sia dal Dipartimento nazionale politiche contro la droga e le altre dipendenze (DPA) che dai moltissimi operatori, dei Ser.D. e del Terzo settore, che si sono sentiti rappresentati.

Ora l'impegno dovrà proseguire col DPA per dare corpo attuativo all'agenda di lavoro delineata a Roma, a partire dagli obiettivi prioritari, che dovranno essere concretizzati anche tramite tavoli tecnici nazionali.

La prima concreta ricaduta di quanto licenziato dalla Conferenza nazionale è stata quella di rinviare l'approvazione in Conferenza Stato Regioni/PPAA del Piano d'Azione Nazionale Salute Mentale, per consentire la revisione di alcune affermazioni che vanno nella direzione di "consigliare" alle Regioni l'adozione del Dipartimento unico integrato, quale modello organizzativo più appropriato. La richiesta è stata formalizzata al Ministro della Salute ed al Presidente della Conferenza delle Regioni e province autonome da tutte le società scientifiche di settore e da tutte le reti nazionali rappresentative del Terzo settore accreditato.

Il 2025 è stato un anno molto intenso ed importante per la nostra società scientifica, che è stata impegnata in attività istituzionali e strategiche nazionali volte ad evidenziare il ruolo irrinunciabile dei Ser.D. nella rete sanitaria territoriale, ma anche la drammaticità dell'attuale momento storico, caratterizzato da una diseguaglianza di accesso dei cittadini alle prestazioni LEA, dovuta in primis alla riduzione di risorse professionali, più accentuata al sud e nelle isole.

Grazie alle attività di advocacy svolte in sinergia con le altre società scientifiche e con i partners del terzo settore sono aumentati a partire da quest'anno gli investimenti nazionali strutturali sulle dipendenze: i fondi sono arrivati alle Regioni con vincolo di utilizzo ed una quota pari al 30% è dedicata alle assunzioni di personale a tempo indeterminato per i Ser.D.

A proposito di personale, continuerà il nostro impegno perché il documento sugli standard di personale e sulla riorganizzazione delle attività, elaborato nel 2022 dal tavolo tecnico istituito presso il Ministero della Salute e coordinato da AGENAS, venga formalizzato in un Decreto ministeriale ad hoc: sono 35 anni che non vengono aggiornati gli standard di personale dei Ser.D.! Come annunciato in apertura del nostro Congresso nazionale di Milano, nel 2026 gli impegni di FeDerSerD saranno molteplici e sfidanti, ma in primo piano verrà mantenuta l'attenzione verso i soci e gli operatori dei servizi: si svilupperà ulteriormente il lavoro dei gruppi tematici, che sta già coinvolgendo colleghi e colleghi di molte realtà regionali, verranno previste opportunità formative FAD di primo livello e di alta specializzazione, verranno valorizzati e condivisi i lavori scientifici e le progettualità attraverso la rivista Mission ed il nostro sito.

Saremo lieti di ricevere suggerimenti e proposte per migliorare l'attività formativa e scientifica. Con l'occasione, a nome del Direttivo Nazionale, pongo i migliori auguri per le festività ed un ringraziamento speciale per la partecipazione e la fiducia.

Roberta Balestra - presidente nazionale di FeDerSerD



C'È UNA VITA
DA RISCOPRIRE.

LASCIATI
SORPRENDERE
ANCORA.

Copyright © FrancoAngeli

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

Contaminazioni

Maurizio Fea

Imparare dai maestri

Il testo che segue è stato redatto da *Rudolf Virchow* nel 1848, quando, incaricato dal re di Prussia indagò la terribile epidemia di tifo che mieteva vittime a migliaia tra i minatori della Slesia.

Eminentissimo patologo, forse il medico più famoso ai tempi, brillante iniziatore degli studi di immunologia, seppe sottrarsi alle seduzioni della sua disciplina che potevano orientare le ricerche in tutt'altra direzione da quella intrapresa dal grande maestro, per osservare, ragionare e trarre conclusioni inaspettate da un medico prussiano dell'800. Un maestro che non si perde nei dettagli possibili della individuazione di una specifica salmonella prussiana, ma coglie le cause della epidemia e propone soluzioni che non sono farmaci, terapie, cure fantascientifiche che con la sua autorità avrebbe anche potuto avanzare, ma suggerisce bonifiche, cultura, istruzione.

Abbarbicarsi alla propria disciplina per fare diagnosi inutili, trovare rimedi che non hanno dimostrazione di efficacia invece di riconoscere i limiti concettuali degli strumenti interpretativi, adottando quindi altri paradigmi, come fece appunto *Virchow*, è ciò che viene ostinatamente praticato da quei settori della medicina che si occupano di malattie comportamentali come il gioco d'azzardo e ora delle dipendenze tecnologiche.

Imparare da maestri che non si fanno strumento della propria disciplina ma la comprendono e la governano senza secondi fini e interessi di potere, prestigio, fama, denaro che derivano dall'assecondare le finalità di chi trae vantaggio per esempio, dalla idea diffusa che queste siano malattie frutto di debolezze e vulnerabilità individuali, piuttosto che risultato della avidità e brama di potere di coloro che producono e governano le tecnologie attuali e che andrebbe perciò contrastati.

Virchow ha preso una posizione politica che poteva anche risultare scomoda o non apprezzata dal potente re prussiano, che ebbe l'intelligenza di riconoscere la fondatezza delle osservazioni del suo patologo e dette corso alle bonifiche ambientali, apprezzate poi anche dai padroni delle miniere di carbone.

Seppe, da maestro, mettere da parte le sue conoscenze in fatto di medicina ed i possibili vantaggi che ne potevano derivare, in favore di osservazioni e proposte che chiamavano in causa architetti, geometri, urbanisti, che lo avrebbero sostituito sulla scena.

Ecco il testo della relazione di *Rudolf Virchow*:

Report on the Typhus Epidemic in Upper Silesia - 1848

La legge non servì a nulla, poiché si trattava solo di carta con scritte; i funzionari pubblici non fecero nulla di buo-

no, poiché il risultato della loro attività fu di nuovo solo scrittura su carta. L'intero paese era gradualmente diventato una struttura di carta, un enorme castello di carte, destinato a crollare in un mucchio confuso quando la gente lo toccava...

La burocrazia non voleva, o non poteva, aiutare il popolo. L'aristocrazia feudale usava il suo denaro per abbandonarsi al lusso e alle follie della corte, dell'esercito e delle città.

La plutocrazia, che traeva grandi quantità di carbone dalle miniere dell'Alta Slesia, non riconosceva gli abitanti dell'Alta Slesia come esseri umani, ma solo come strumenti o, come si dice, "mani".

Qualsiasi nazione che possedesse ancora forza interiore e un desiderio di libertà si sarebbe sollevata e avrebbe gettato dai suoi templi tutti i rifiuti della gerarchia, della burocrazia e dell'aristocrazia, affinché solo la sacra volontà del popolo potesse regnarvi.

In Alta Slesia non fu così.

Abituati per secoli a estreme privazioni mentali e fisiche, poveri e ignoranti a un livello raramente riscontrabile in qualsiasi altra nazione del mondo... gli abitanti dell'Alta Slesia avevano perso ogni energia e ogni autodeterminazione, scambiandole con l'indolenza, persino con l'indifferenza fino alla morte.

In Irlanda il popolo si sollevò in armi, e persino con la mano disarmata, una volta che la sua miseria ebbe superato i limiti della tolleranza, il proletariato apparve sul campo di battaglia, ribelle alla legge e alla proprietà, minacciando, in grandi masse.

Questa popolazione non aveva idea che l'impoverimento mentale e materiale in cui era stata lasciata sprofondare fosse in gran parte la causa della sua fame e delle sue malattie, e che le avverse condizioni climatiche che contribuivano al fallimento dei suoi raccolti e alla malattia dei suoi corpi non avrebbero causato devastazioni così terribili se fosse stata libera, istruita e benestante.

Perché ormai non c'è più alcun dubbio che una tale diffusione epidemica del tifo fosse stata possibile solo nelle misere condizioni di vita che la povertà e la mancanza di cultura avevano creato nell'Alta Slesia.

Se queste condizioni venissero eliminate, sono certo che il tifo epidemico non si ripresenterebbe. Chiunque voglia imparare dalla storia troverà molti esempi.

La risposta logica alla domanda su come si possano prevenire in futuro condizioni simili a quelle che si sono verificate sotto i nostri occhi in Alta Slesia è, quindi, molto facile e semplice: l'istruzione, con le sue figlie, la libertà e la prosperità...

La medicina ci ha impercettibilmente condotto nel campo sociale e ci ha messo in grado di affrontare direttamente i grandi problemi del nostro tempo.

Sia ben chiaro che non si tratta più di curare un malato di tifo o un altro con farmaci o regolando il cibo, l'alloggio e l'abbigliamento.

Il nostro compito ora consiste nel dare una cultura a 1 milione e mezzo di nostri concittadini che si trovano al livello più basso di degradazione morale e fisica.

Con 1 milione e mezzo di persone, i palliativi non saranno più sufficienti.

Se vogliamo intraprendere azioni correttive, dobbiamo essere radicali...

Se vogliamo quindi intervenire in Alta Slesia, dobbiamo iniziare a promuovere il progresso dell'intera popolazione e a stimolare uno sforzo generale comune.

Una popolazione non raggiungerà mai la piena istruzione, la libertà e la prosperità sotto forma di un dono dall'esterno.

Il popolo deve essere istruito sulla base più ampia possibile, da un lato attraverso adeguate scuole primarie di commercio e agricoltura, libri e riviste popolari, e dall'altro lato deve esserci la massima libertà, in particolare la completa libertà di vita comunitaria.

La terra produce molto più cibo di quanto la gente ne consumi.

Gli interessi della razza umana non vengono tutelati quando, attraverso un'assurda concentrazione di capitale

e proprietà terriera nelle mani di singoli individui, la produzione viene indirizzata verso canali che riportano sempre il flusso dei profitti nelle stesse mani.

Le persone contano solo come mani!

È questo lo scopo delle macchine nella storia culturale delle nazioni?

I trionfi del genio umano non avranno altro scopo che rendere infelice la razza umana?

Capitale e lavoro devono avere almeno pari diritti e la forza vitale non deve essere subordinata al capitale non vivente.

... In ogni caso, il lavoratore deve partecipare al rendimento complessivo e, inoltre, con una tassazione ridotta e una migliore istruzione, la sua sorte sarà più felice. ...

Questi sono i metodi radicali che propongo come rimedio contro il ripetersi di carestie e di grandi epidemie di tifo in Alta Slesia.

Sorridano coloro che non sono in grado di elevarsi al più elevato punto di vista della storia culturale; le persone serie e lucide, capaci di valutare i tempi in cui vivono, saranno d'accordo con me. ...

Excerpted from Virchow R.C. (1848). *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin*, Vol. 2: 143-332. Berlin, Germany: George Reimer. For an English translation, see Virchow R.C. (1985). *Collected Essays on Public Health and Epidemiology*, Vol. 1: 204-319. Rather L.J., ed. Boston, Mass: Science History Publications.

NOTIZIE IN BREVE

Lutto per la Ricerca e il mondo delle Dipendenze italiano

Ci ha lasciato **Fabio Mariani**.

È stato un epidemiologo e docente dell'Università di Pisa.

Nella sua attività si è concentrato sulla valorizzazione e applicazione della metodologia statistica ai temi della salute.

L'attenzione alla qualità e all'utilizzo dei dati sanitari ha caratterizzato il suo insegnamento, e lo ha reso familiare a tanti professionisti e operatori del settore delle dipendenze.

L'attività dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa lo ha visto tra gli artefici di tante rilevazioni, ricercate, report con la costituzione di quel gruppo di studiosi che da decenni offre dati essenziali per la comprensione dei fenomeni di consumo, abuso e dipendenza nel nostro Paese.

Vogliamo ricordarlo a tutte le colleghi e colleghi nei suoi tanti interventi su una materia certo difficile, svolta in ogni parte del Paese, dentro i nostri Servizi con le nostre équipe, sempre con rigore ma con grande capacità di spiegazione e gentilezza personale.



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 comunque 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.

Cara Cristoforetti

La nuova missione Artemis che porterà l'uomo sulla Luna è pianificata entro il 2027 e l'Agenzia Spaziale Europea ha comunicato che a bordo ci sarà anche un astronauta italiano, si fa il nome di *Samantha Cristoforetti*.

Da questa notizia è nata l'ispirazione di inviare dei messaggi alla famosa astronauta, con la speranza che proprio lei possa trovare sulla Luna risposte ai quesiti terreni di un gruppo di ragazzi del Servizio dell'Area dipartimentale delle Dipendenze della AUSGI di Trieste "An-drona Giovani".

Cara Samantha Cristoforetti ti scrivo poiché ho saputo che andrai sulla Luna e quindi volevo chiederti, se possibile, un favore.

Immagino che tu sia molto emozionata, dopotutto non è da tutti i giorni andare sulla Luna e ammetto che il programma Artemis è molto intrigante.

Ma torniamo al perché di questa mia lettera... c'è una cosa mia che dovresti cercare sul lato oscuro della Luna: cerca il mio fine ultimo, sono molti anni che lo cerco ma nonostante tutti i miei sforzi non riesco a trovarlo.

Samantha, probabilmente ti domanderai come io faccia a sapere dell'esistenza di questa cosa e ora te lo spiego: è impossibile che io non abbia un obiettivo, uno scopo o una passione, anche se irraggiungibile, che mi faccia dire "sì, voglio fare questo e chi se ne frega del resto!".

Tutti quelli che conosco o hanno un obiettivo o si accontentano del poco a loro disposizione, io invece mi sento sempre insoddisfatto, come se il mio potenziale venisse sprecato, si stesse disperdendo come fumo nel vento... perciò deve esserci un obiettivo che non conosco ancora sulla Luna, quindi per favore trova questa cosa perduta, così che io possa avere una meta.

Grazie.

Utente163

Cara dott.ssa Cristoforetti, vista la missione che ti è stata assegnata avrei un incarico secondario da proporle.

Come dall'opera di Ludovico Ariosto, l''Orlando furioso*, ti chiedo se, nei meandri più bui della Luna dove non batte il sole, potresti provare a ritrovare un gruppo che si è perso, che si è allontanato, che non si riesce a definire e che ha dei componenti che hanno interrotto ogni relazione tra loro, pian piano, così come quando prendi in mano un pugno di sabbia e questo lentamente svanisce nell'aria, separando i granelli e dividendo le loro strade, senza sapere se mai un giorno si ricongiungeranno.*

Il problema nacque quando nel gruppo di amici l'abuso insensato di stupefacenti pesanti portò uno di loro ad un attacco psicotico; questo fatto portò scompiglio, disagio interiore e molta confusione sul modo di socializzare, oltre che una grande insicurezza sul giusto approccio alla vita.



Quindi ti chiedo se puoi ritrovare magari sulla Luna la relazione positiva e la felicità che quel gruppo emanava prima del punto di rottura. Sono certo che la situazione è reversibile e quindi spero che accetterà anche questo incarico secondario.

C grazie dott.ssa Cristoforetti e buon viaggio

Ciao

Samantha

Ho saputo che parti sulla Luna... e sai...

Io nell'ultimo periodo ho perso parecchie cose...

Forse sulla Luna, nel suo lato più buio, potresti cercare queste cose per me?

Ho perso la calma, la serenità, la leggerezza con cui respiri senza quella sensazione di peso sul petto.

Sai, tante volte corro come se avessi un timer che segna la fine del mondo, e a volte mi fermo, mi guardo attorno, e penso: chi mi corre dietro? cos'è quest'affanno?

Tempo fa riuscivo a stare tra la gente, senza pensieri, ma dopo aver perso la calma mi sento a disagio e provo una sensazione di inadeguatezza.

Non tutti sono così sensibili, non tutti ascoltano, non tutti pensano prima di parlare.

Ho perso tante occasioni: non ho finito la scuola, ho perso quella ragazza che era giunta nel momento sbagliato, ho perso amici... ho perso lavori.

Però... sai ho solo 23 anni.

Chi mi corre dietro? Ho ancora tempo per recuperare tutto.

Sono stato in comunità ed è stato un periodo di riscoperta, di rinascita... Ci sono stati degli scivoloni... ma hey... se non sbagli mai, non sei umano.

Tante cose che ho perso non le rivoglio indietro, però... sai... se sapevi che la Luna conserva tutto quello che ho smarrito con un potente telescopio potrei riguardare ciò che mi ha fatto male e ciò che mi ha reso più forte oggi.

Cordialmente,

François

Poetry Corner/Rubrica di poesia

Enzo Lamartora

Tommaso Di Dio (1982), vive e lavora a Milano. È autore della raccolta di poesie *Favole*, Transeuropa, 2009, con la prefazione di Mario Benedetti. Nel 2014, esce il suo libro di poesie *Tua e di tutti*, Lietocolle, in collaborazione con Pordenonelegge. Nel 2017 pubblica il saggio *Nel labirinto del ritorno. La parola poetica e il ritmo*, nella rivista «Il Pensiero» a cura di Massimo Donà. Nel 2018 è tra i fondatori della rivista di poesia e arte *Ultima*, in cui ha pubblicato la plaquette *World Wide Whatsapp crash*. Nel 2020 sono stati pubblicati due libri di poesia: per l'editore Interlinea, *Verso le stelle glaciali* e per le Edizioni volatili, la plaquette *La favola delle pupille*. Nel 2022 esce, per Scalpelli Editore, il libro di poesia *Nove lame azzurre fiammeggianti nel tempo*. Nel 2023 ha curato un'antologia della poesia italiana degli ultimi cinquant'anni, *Poesie dell'Italia contemporanea* (Il Saggiatore). Infine, ha infine pubblicato per Nino Aragno il suo ultimo libro di poesia: *Ardore*. Ha curato e cura le attività di diversi laboratori di scrittura poetica presso l'Università IULM, la Scuola Holden, l'Università Statale di Milano. Qui di seguito, alcune delle più belle poesie già pubblicate, nelle quali Di Dio parla con lucidità e disincanto di storie umane:

Entrare. Nel petto. Nei chilometri.
 La faccia muta come una terra. Questo cielo allora
 di schiena attaccato durante il sonno
 senza tempo, per ore. Fare l'amore senza il minimo sospetto
 che vento, carezze, maremoti delle braccia incredibili
 fanno l'opera, tengono
 aperti i visi degli amanti, aperti al crollo degli anni
 tutti gli istanti. Ti prego, tieni a mente tu
 il paesaggio scavato di strade, questo volto grande.

Con gli anni la vita si complica
 si confonde si immischia
 la certezza non si dà
 nelle mani mai. Le persone dilatano
 s'allargano rughe pance
 gli anni sono ricordi nel parco
 la stessa strada
 che continui a fare e rifare
 e gli alberi. Dentro il ventre di una donna
 a godere steso con la faccia sporca
 sulla terra; nella montagna
 fragile delle paure che dilava
 cancella
 amici case paesi. E ogni mondo
 a cui hai creduto come cosa salda e vera
 è già di altri negli altri corpi
 come una bufera che non riconosci più; che non riesci
 ad amare di più.

Dentro camminano; e fanno chilometri.
 Scartano strade e bivi, procedono
 a testa bassa a lato delle metropolitane.
 Spostano mucchi di terra
 di idee e ideologie e poi vanno
 dentro aree popolate, supermercati
 strade, scuole e spiazzi. Sopra scale di condomini
 aprono piccole
 porte di ferro grigio; e si incontrano su tetti larghi
 e piani, dei più alti
 edifici. Da lì s'affacciano
 verso il vento, insensato e caldo.
 Non si parlano. Non si toccano. Traforato
 da luci che spaccano
 una ad una tutte le case, guardano
 l'immenso catrame e cemento umano
 di cui non sanno nulla. Insieme sono

bradi, fertili e seri come gli animali inutili.
 Il cielo gli lecca il volto e così li chiama
 a fare da sé
 qualcosa, per vivere una vita.

Ci siamo svegliati; e poi
 abbiamo pulito casa. Abbiamo litigato
 e io sono stato solo per un'ora, al bar
 pensando alla poesia e alla vita ladra che non ha
 parsimonia né pazienza. Siamo usciti
 e la città era brutta di pioggia e faceva freddo
 non c'era niente nulla nessuna vita
 per la strada affollata e superba. Abbiamo
 comprato dei vestiti; inutilmente, abbiamo
 speso il frutto del nostro lavoro. A casa, infine
 infreddoliti, stanchi, sazi, abbiamo guardato
 nel centro del cielo, a dismisura la notte
 ingigantiva. E lì piegava, stordiva; e premeva
 l'enorme e vana necessità
 che ci dice adesso, per quanto potete
 e come potete; in questo
 stupido giorno uguale a tanti e a tanti altri
 dissimile; apprendete
 il farsi complesso di ciò che è
 semplice, oscuro, silenzioso. E poi abbiamo dormito.
 Come tutti dormono. Alla fine delle favole.

La linea infinita degli acidi
 che le mandrie di bufali
 tracciaron per millenni tra le sinapsi della nostra mente.
 La ragione per cui il movimento
 caotico fluido di una massa di corpi o corpuscoli in uno spazio
 ancora genera scarica
 un godimento avvertibile. La linea invece visibile
 dei palazzi lungo le strade pensate per essere strade
 prima viste poi disegnate poi costruite percorse usurate
 dai piedi di chi
 di questo non sa, non chiede. La linea infine che va
 da qui, che da qui dirama
 e arriva fino al cuore nulla spazio cerchio rosso battere
 che sei tu, tu
 che cammini amando pensando leggendo ascoltando
 che stai fermo seduto in piedi alzato protetto nudo
 e hai il mondo scavato nel petto
 che piange, amico mio, è un punto
 che piange

Dall'inquadramento normativo fino al nuovo DDL: importanza e finalità delle “misure alternative”

Giovanna Crespi*, Flavio Vischia**, Felice Nava***, Elisabetta Bussi Roncalini****,
Mariagrazia Di Bello*****, Jatin Ial^o, Davide Broglia^{oo}, Concettina Varango^{ooo}

Summary

■ *Pathological addictions represent a crucial challenge for the social, health and penitentiary systems. Numerous prisoners in Italy suffer from such addictions, with a significant impact on prison numbers and on recidivism of related crimes.*

According to data from the XXI Antigone Report, approximately 34% of the prison population is in prison for violating drug legislation, and as many as 40% of those entering prison use drugs [1].

This indicates that a significant portion of prisoners have addiction problems, with important implications both on the health level (spread of infectious diseases, need for specific treatments) and on the level of prison security and overcrowding.

People with addictions, often involved in minor crimes related to the consumption or procurement of substances, risk being trapped in a vicious cycle in which traditional detention can aggravate the condition of addiction without offering real opportunities for recovery.

Consequently, for decades the Italian legislator has recognized the need for alternative measures to detention specifically designed for drug and alcohol addicts (2-4), with a view to combining security needs with the protection of the health and social rehabilitation of the convicted person.

Such measures aim to shift the focus from mere custodial punishment to therapeutic and reintegration paths, considered more effective in reducing recidivism and the social impact of addictions.

In this general introduction, the relevance of the topic is therefore evident: offering treatment opportunities instead of prison to addicts brings multiple benefits, including a decrease in new drug-related crimes, a reduction in the pressure on prisons and an improvement in public health outcomes (reduction in overdoses, spread of HIV/HCV, etc.) (5-6).

In the remainder of this paper, we will analyse the current Italian regulatory framework on the matter, the different types of alternative measures provided, the criteria for accessing them, the differences in their application across the country and the data on their effectiveness, to then discuss the remaining critical issues and ■

Keywords: Alternative measures, Legislation, Dependent people.

Parole chiave: Misure alternative, Legislazione, Popolazione con dipendenza.

* Dirigente Medico Psichiatra, U.O.C. Dipendenze Ser.T. Monza ASST Brianza.

** Direttore Dipartimento Integrato delle Dipendenze ASL città di Torino.

*** Direttore dei Servizi Socio Sanitari dell'AULSS 9 Scaligera.

**** Direttore S.C. Ser.D. Ivrea.

***** Direttore U.F.S. Ser.D. Q3, Q4 Firenze.

^o Dirigente Medico Psichiatra, S.C. Ser.D. AUSL Bologna.

^{oo} Psichiatra S.S. Sanità Penitenziaria ASST Pavia.

^{ooo} Direttore S.C. Dipendenze ASST di Pavia.

Settore Tematico Strategico “Carcere e provvedimenti restrittivi della libertà. Aspetti legali e forensi in medicina delle dipendenze” di FeDerSerD. Gruppo di lavoro nazionale.

Introduzione

Le dipendenze patologiche rappresentano una sfida cruciale per il sistema socio-sanitario e penitenziario.

Numerosi detenuti in Italia sono affetti da tali dipendenze, con un impatto significativo sui numeri del carcere e sulla recidiva dei reati connessi.

Secondo i dati del XXI Rapporto Antigone, circa il 34% della popolazione detenuta è in carcere per violazione della legislazione sugli stupefacenti, e addirittura il 40% di chi entra in carcere fa uso di droghe (1).

Ciò indica che una quota rilevante dei detenuti presenta problemi di dipendenza, con importanti implicazioni sia sul

piano sanitario (diffusione di malattie infettive, necessità di trattamenti specifici) sia sul piano della sicurezza e del sovraffollamento carcerario.

Le persone con dipendenze, spesso coinvolte in reati minori legati al consumo o al procacciamento di sostanze, rischiano di essere intrappolate in un ciclo vizioso in cui la detenzione tradizionale può aggravare la condizione di dipendenza senza offrire reali opportunità di recupero.

Di conseguenza, da decenni il legislatore italiano ha riconosciuto la necessità di misure alternative alla detenzione specificamente pensate per i tossicodipendenti e alcoldipendenti (2-4), nella prospettiva di coniugare le esigenze di sicurezza con la tutela della salute e il recupero sociale del condannato. Tali misure mirano a spostare il focus dalla mera punizione detentiva a percorsi terapeutici e di reinserimento, considerati più efficaci nel ridurre la recidiva e l'impatto sociale delle dipendenze.

In questa introduzione generale, è dunque evidente la rilevanza del tema: offrire opportunità di cura invece del carcere alle persone dipendenti comporta benefici multipli, tra cui una diminuzione dei nuovi reati droga-correlati, un alleggerimento della pressione sulle carceri e un miglioramento degli esiti di salute pubblica (riduzione di overdose, diffusione di HIV/HCV, ecc.) (5-6).

Nel prosieguo di questo paper analizzeremo il quadro normativo italiano vigente in materia, le diverse tipologie di misure alternative previste, i criteri per accedervi, le differenze applicative sul territorio e i dati sulla loro efficacia, per poi discutere le criticità residue e le possibili strategie di miglioramento.

Quadro normativo

L'ordinamento italiano prevede una serie di istituti giuridici finalizzati a evitare o limitare la detenzione per i soggetti affetti da dipendenze patologiche, promuovendo percorsi terapeutici. I riferimenti normativi fondamentali includono in primo luogo il Testo Unico sugli stupefacenti (DPR 309/90), che all'art. 94 disciplina l'affidamento in prova in casi particolari per tossicodipendenti e alcoldipendenti condannati (7-8).

Tale articolo consente al condannato, con sentenza definitiva, di scontare la pena fuori dal carcere proseguendo o intraprendendo un programma di recupero presso il Servizio per le Dipendenze (Ser.D.) o una struttura terapeutica autorizzata.

La misura è applicabile entro un limite di pena detentiva di 6 anni (e entro 4 anni se il reato rientra tra quelli ostativi ex art. 4-bis O.P.).

In secondo luogo, l'art. 90 del medesimo Testo Unico prevede la sospensione dell'esecuzione della pena per consentire al tossicodipendente condannato di iniziare un programma terapeutico (9-10); il Tribunale di Sorveglianza può sospendere l'ordine di carcerazione fino a 5 anni qualora il soggetto sia in trattamento riabilitativo certificato, offrendo così il tempo di avviare il percorso di recupero prima di decidere sulla concessione di una misura alternativa definitiva.

Quest'ultima disposizione – diversamente dall'art. 94 – si applica solo ai tossicodipendenti (non agli alcoldipendenti) e può essere concessa una sola volta nella vita, fungendo da strumento "temporaneo" per evitare l'ingresso in carcere e indirizzare subito verso la cura.

L'affidamento terapeutico ex art. 94, invece, è concedibile fino a un massimo di due volte nella vita del condannato (limite ri-

tenuto costituzionalmente legittimo dalla Corte Costituzionale, per evitare abusi e ripetuti tentativi a vuoto) (11-12).

Accanto alle norme vigenti, va segnalato un importante intervento legislativo in itinere: il Disegno di Legge 2025, presentato di recente, che propone modifiche al DPR 309/90 introducendo gli articoli 94-ter e 94-quater (13-16).

In base allo schema di riforma circolato, l'art. 94-ter istituirebbe una nuova forma di detenzione domiciliare "terapeutica" per i soggetti dipendenti, affiancando l'affidamento in prova speciale già previsto dall'art. 94.

Questa "detenzione domiciliare in casi particolari" amplierebbe il limite di pena ammисibile fino a 8 anni (ridotto a 4 anni in presenza di reati ostativi ex art. 4-bis O.P.), consentendo quindi l'accesso a misure extra-carcerarie anche a condannati con pene più elevate, purché tossico/alcoldipendenti in trattamento.

La misura in questione, pur ispirata alle finalità terapeutiche, avrebbe un regime più restrittivo rispetto all'affidamento in prova – richiamando l'applicazione delle regole sulla detenzione domiciliare ordinaria (art. 47-ter O.P.) per quanto concerne obblighi e controlli.

L'art. 94-quater proposto, invece, introdurrebbe una sorta di procedimento speciale "di trattamento" in fase di cognizione, assimilabile a un patteggiamento riservato agli imputati tossico- o alcoldipendenti.

In altri termini, l'imputato dipendente potrebbe concordare con il PM e il giudice un esito processuale che preveda l'inserimento immediato in un percorso terapeutico alternativo al carcere (anticipando di fatto l'accesso alla misura alternativa già in sede di condanna).

Contestualmente, il DDL 2025 prevede modifiche all'art. 656 c.p.p. (sospensione dell'ordine di esecuzione), per adeguarlo ai nuovi istituti: l'obiettivo è evitare che chi è destinabile alla misura ex art. 94-ter venga tradotto in carcere, estendendo la sospensione dell'esecuzione anche alle pene fino a 8 anni qualora ricorrono i presupposti del nuovo affidamento terapeutico domiciliare.

Tali innovazioni – non ancora legge definitiva al momento – testimoniano l'attenzione del legislatore nel 2023-2025 a potenziare gli strumenti di "giustizia terapeutica", alla luce sia dell'annoso sovraffollamento penitenziario sia dei ripetuti appelli a migliorare la presa in carico dei detenuti tossicodipendenti.

Oltre al Testo Unico sugli stupefacenti, rilevano altre norme del codice penale e di leggi speciali che offrono alternative al carcere con finalità rieducative.

L'art. 168-bis c.p. ha introdotto nel 2014 la messa alla prova per gli adulti: una sospensione del processo penale subordinata allo svolgimento, da parte dell'imputato, di un programma di trattamento e di lavori di pubblica utilità (5-17).

Questa misura, originariamente pensata per reati di minore gravità, è spesso utilizzata in caso di reati collegati all'abuso di sostanze: ad esempio nei procedimenti per guida in stato di ebbrezza o per piccoli reati patrimoniali di soggetti tossicodipendenti, il programma di messa alla prova include tipicamente l'adesione a un percorso terapeutico presso il Ser.D. e lo svolgimento di un'attività non retribuita a favore della collettività.

In effetti, la legge prevede esplicitamente che la concessione della messa alla prova sia subordinata alla prestazione di lavoro di pubblica utilità (LPU) da parte dell'imputato.

Proprio il lavoro di pubblica utilità merita menzione come ulteriore misura "alternativa" presente nell'ordinamento: esso costituisce una sanzione sostitutiva prevista in vari casi. Un caso emblematico è quello dei reati di guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di stupefacenti: l'art. 186, comma 9-bis, del Codice della Strada consente al giudice, per il conducente in stato di ebbrezza (o art. 187 CdS per sostanze), di sostituire la pena detentiva e pecuniaria con il lavoro di pubblica utilità consistente in un'attività gratuita presso enti convenzionati (purché non vi sia stato incidente stradale) (19-21).

In caso di esito positivo dello svolgimento dell'attività, il reato si dichiara estinto e vengono meno anche le sanzioni amministrative accessorie (come la sospensione della patente, che viene di norma ridotta della metà).

Analogamente, per il reato di lieve entità nel traffico di stupefacenti commesso da persona tossicodipendente (art. 73, co. 5 DPR 309/90), la legge prevede che – qualora non sia concedibile la sospensione condizionale della pena – il giudice, su richiesta, applichi direttamente il lavoro di pubblica utilità in luogo delle pene detentive.

Si tratta di disposizioni mirate a incentivare percorsi di reintegrazione sociale anziché ricorrere al carcere, nella convinzione che ciò favorisca anche il recupero personale e la riduzione del tasso di recidiva.

Infine, va ricordato che anche l'ordinamento penitenziario (Legge 354/75) contiene norme generali sulle misure alternative – come l'affidamento in prova al servizio sociale ordinario (art. 47 O.P.), la detenzione domiciliare (art. 47-ter O.P.) e la semilibertà (art. 48 O.P.) – le quali si applicano a tutti i condannati in possesso dei requisiti, inclusi naturalmente anche i soggetti dipendenti se del caso (22-23). In particolare, l'affidamento in prova "ordinario" fino a 4 anni di pena può cumularsi, in presenza di tossicodipendenza, con l'affidamento "terapeutico" ex art. 94 TU Stupefacenti, come riconosciuto anche dalla giurisprudenza: la Cassazione ha chiarito che l'affidamento terapeutico ha finalità specifiche di recupero socio-sanitario del tossicodipendente, distinte dall'affidamento tradizionale orientato al reinserimento sociale, e che il legislatore ha volutamente tenuto separato questo istituto dalle preclusioni previste per altre misure (ad esempio escludendolo dal divieto di concessione di benefici in caso di revoca di una precedente misura) (9).

In sintesi, il quadro normativo italiano vigente (aggiornato al 2025) offre un ventaglio di strumenti alternativi alla detenzione modulati sulle esigenze dei soggetti con dipendenze, con l'intento di privilegiare la cura e la riabilitazione in luogo della mera punizione carceraria, in linea con il dettato costituzionale della finalità rieducativa della pena.

Tipologie di misure alternative per persone dipendenti

Alla luce della cornice normativa delineata, possiamo distinguere le principali tipologie di misure alternative alla detenzione rivolte a tossicodipendenti e alcoldipendenti, evidenziandone caratteristiche, destinatari e modalità applicative:

Sospensione dell'esecuzione della pena per trattamento terapeutico (art. 90 DPR 309/90)

È un provvedimento temporaneo che blocca l'ingresso in carcere di un condannato tossicodipendente, per dargli modo

di intraprendere o proseguire un programma di recupero. Destinatari sono esclusivamente i condannati definitivi tossicodipendenti (la norma non include gli alcoldipendenti) con pena da espiare non superiore a 6 anni (4 anni se reato ostativo). L'istanza va presentata al Pubblico Ministero entro 30 giorni dall'ordine di esecuzione; il Tribunale di Sorveglianza, verificati i requisiti, può disporre la sospensione della pena fino a un massimo di 5 anni.

In tale periodo il condannato resta in libertà (o eventualmente in una comunità terapeutica volontaria) seguendo il programma di recupero concordato con i servizi.

Se nei 5 anni il soggetto non commette nuovi reati e porta avanti con successo il trattamento, la sospensione può facilitare l'accesso a una misura alternativa definitiva (tipicamente l'affidamento in prova terapeutico) senza mai passare per il carcere.

Viceversa, se il programma fallisce o il soggetto ricade nel crimine, la sospensione viene revocata e la pena viene eseguita. La sospensione ex art. 90 è concessa una sola volta nella vita, dunque è un'opportunità unica per l'individuo di dimostrare il proprio impegno nella riabilitazione (9-10).

Affidamento in prova al servizio sociale in casi particolari ("affidamento terapeutico", art. 94 DPR 309/90)

È la misura alternativa cardine per i condannati tossico- o alcoldipendenti. Consiste nell'affidare il condannato fuori dal carcere, sotto la supervisione dell'Ufficio Esecuzione Penale Esterna (UEPE) e con il supporto dei servizi sanitari per le dipendenze, affinché sconti la pena seguendo uno specifico programma terapeutico e socio-riabilitativo (2-8).

L'affidamento terapeutico ha durata pari al residuo di pena (comunque non oltre 6 anni, estensibili a 6 anche se pena originaria era maggiore tramite continuazione, e limitati a 4 anni in caso di reati di cui all'art. 4-bis O.P. e comporta una serie di prescrizioni analoghe all'affidamento ordinario (obbligo di dimora, divieto di frequentare certi luoghi, ecc.), con in più le prescrizioni attinenti alla terapia (es.: obbligo di seguire il percorso di cura presso il Ser.D. o comunità, sottoporsi a controlli medici periodici, ecc.).

Destinatari: condannati definitivi, anche già detenuti, che risultino attualmente tossicodipendenti o alcoldipendenti e abbiano in corso (o intendano intraprendere) un programma di recupero concordato con i servizi.

Modalità applicative: la richiesta può provenire dal detenuto stesso (se già in carcere) o dal difensore/procura (se il soggetto è libero in sospensione pena); è necessaria una istruttoria da parte dell'UEPE e del Ser.D., i quali redigono rispettivamente una relazione socio-familiare e una proposta di programma terapeutico individualizzato (2).

Il Tribunale di Sorveglianza valuta:

- la presenza dei requisiti formali (pena entro limiti, certificazione di dipendenza attuale);
- la serietà e fattibilità del programma di recupero proposto;
- la personalità e le motivazioni del condannato, accertando che lo stato di dipendenza e la richiesta di misura non siano strumentali al solo evitamento del carcere.

Se l'esito è positivo, viene emesso ordinanza di affidamento in prova al Ser.D. con specifiche prescrizioni (ad esempio: divieto di assumere sostanze, obbligo di frequenza del centro di cura, svolgimento di attività lavorativa o di volontariato, ritorno notturno in comunità o abitazione, ecc.).

Durante l'affidamento, il Ser.D. invia periodicamente relazioni sui progressi del programma e il Tribunale può, se necessario,

modificare le prescrizioni o, in caso di grave violazione/inefficacia, revocare la misura facendo riprendere la detenzione. L'affidamento terapeutico è un percorso intensivo di recupero: in caso di completamento del programma con esito positivo, la pena si considera espiata e il soggetto viene dichiarato libero senza ulteriori carichi.

La legge consente al massimo due affidamenti terapeutici nella vita di una persona, a sottolineare che dopo eventuali ricadute, ulteriori possibilità saranno precluse.

Questa misura ha avuto un'applicazione significativa negli ultimi decenni: al marzo 2023, su circa 37.700 persone in misure alternative, 3.919 (15,6%) erano in affidamento in prova "in casi particolari" per tossico/alcol dipendenti segno di un utilizzo consistente ma ancora perfettibile rispetto al bisogno potenziale (si stima infatti che i detenuti dipendenti in carcere siano molti di più di quelli in affidamento) (1).

Detenzione domiciliare "terapeutica" (misura proposta dall'art. 94-ter DDL 2025).

Si tratta, come accennato, di una nuova tipologia di misura alternativa in via di approvazione (13).

Diverrebbe applicabile a condannati tossico/alcol dipendenti con pene fino a 8 anni, ponendosi come alternativa quando l'affidamento in prova non sia percorribile (ad esempio per pene tra 6 e 8 anni, o per esigenze di maggior controllo).

La detenzione domiciliare speciale si svolgerebbe presso il domicilio del condannato o presso una struttura residenziale di cura autorizzata, e comporterebbe restrizioni simili alla detenzione domiciliare classica (obbligo di non allontanarsi senza permesso, controlli delle forze dell'ordine, ecc.).

Contestualmente però, il soggetto sarebbe inserito in un programma terapeutico con il Ser.D. o comunità, come condizione della misura.

Questa misura amplierebbe il novero dei beneficiari (anche chi ha pene medio-alte potrebbe evitare il carcere), ma con minore "libertà" rispetto all'affidamento in prova: di fatto una permanenza obbligatoria a casa o in comunità, invece che in istituto penitenziario.

Trattandosi di proposta non ancora vigente, resta da vedere come sarà attuata; in ogni caso evidenzia la tendenza del legislatore a creare strumenti flessibili calibrati sul profilo del condannato dipendente.

Messa alla prova per adulti (art. 168-bis c.p., L. 67/14)

Non è una misura alternativa post-condanna, bensì una sospensione del processo in fase dibattimentale, ma merita di essere descritta tra gli strumenti disponibili.

La messa alla prova (MAP) consente all'imputato (in genere per reati di minore gravità con pena massima entro 4 anni) di evitare il processo e la fedina penale sporca, accettando di sottoporsi a un programma di trattamento e riparazione per un periodo determinato, sotto la verifica dell'UEPE.

Per gli imputati tossicodipendenti o alcoldipendenti, la MAP è spesso l'occasione di iniziare immediatamente un percorso di cura: il giudice, nel formulare il programma, include quasi sempre l'obbligo di proseguire un trattamento presso il Ser.D. o comunità terapeutica, oltre a prescrivere un'attività di pubblica utilità e altre condizioni comportamentali (es. dimostrare astensione dall'uso di sostanze tramite test periodici).

Durante la MAP l'andamento viene monitorato: se l'imputato la completa con esito positivo, il reato è dichiarato estinto e non vi sarà condanna né carcerazione.

La MAP ha conosciuto un grande successo: dal 2014 al 2022 è cresciuta esponenzialmente, superando le 25 mila ammissioni l'anno, segno che molti anche tra i soggetti con problemi di dipendenza scelgono questo percorso alternativo, con benefici individuali e sistematici (minore carico per i tribunali e le carceri) (1).

Nel contesto delle dipendenze, la MAP rappresenta uno strumento prezioso perché "intercetta" la persona prima che entri nel circuito penitenziario, indirizzandola subito verso la riabilitazione.

Da notare che la legge vincola la MAP al lavoro di pubblica utilità obbligatorio: ciò, oltre a fornire un risarcimento simbolico alla collettività, funge anche da esperienza strutturante per l'imputato. Complessivamente, la messa alla prova realizza un modello di giustizia riparativa e terapeutica al tempo stesso, coerente con l'idea che per i reati legati alla marginalità sociale (come quelli spesso commessi dai tossicodipendenti) "curare è meglio che punire" in termini di prevenzione di futuri reati.

Lavori di pubblica utilità come sanzione sostitutiva (art. 186 co. 9-bis CdS, art. 73 co. 5-bis DPR 309/90, art. 165 c.p.)

Il lavoro di pubblica utilità (LPU) ricorre in varie forme nell'ordinamento: come condizione della MAP (sopra detta), come obbligo aggiuntivo per concedere la sospensione condizionale della pena (art. 165 c.p.), ma anche come pene sostitutive autonome introdotte dal 2010 in poi (6-21).

Abbiamo già visto il caso della guida in stato di ebbrezza: qui il giudice sostituisce la pena detentiva con un certo numero di giorni di lavoro socialmente utile (tipicamente presso enti locali, associazioni di assistenza, Protezione Civile, ecc.).

Se il condannato svolge regolarmente l'attività e non viola le prescrizioni, la pena si considera eseguita in modo satisfattivo (senza passare dal carcere).

Nel caso di lieve spaccio ad opera di un assuntore/tossicodipendente (art. 73 co. 5 DPR 309/90), l'art. 73 co. 5-bis prevede similmente che il giudice, invece di infliggere la reclusione e multa, applichi direttamente la pena del lavoro di pubblica utilità su richiesta dell'imputato.

Si segnala che l'esito positivo del LPU in questi casi comporta l'estinzione del reato e il venir meno di misure accessorie come la confisca del veicolo (per il reato di guida in stato di ebbrezza, la Corte Costituzionale ha chiarito che in caso di svolgimento positivo del LPU non si applica la confisca obbligatoria dell'auto, salvaguardando quindi il beneficio completo). Il LPU, quando applicato al posto della detenzione, trasforma una punizione passiva in un'attività dal valore sociale attivo: oltre a evitare al condannato l'ingresso in carcere, produce un'utilità per la comunità locale (ore di lavoro in servizi ambientali, manutenzione, assistenza, ecc.).

Questa forma di esecuzione penale "sul territorio" risulta particolarmente indicata per soggetti il cui reato è legato a condizioni personali (come l'abuso di alcol) suscettibili di raddrizzamento, permettendo di sperimentare concretamente la riparazione del danno e la responsabilizzazione.

Va detto che il ricorso ai LPU come pena sostitutiva in Italia è cresciuto, ma resta minoritario per ora: dal Rapporto Antigone risulta che i lavori di pubblica utilità costituiscono circa il 12,9% delle sanzioni eseguite all'esterno, e prevalentemente riguardano violazioni del codice della strada (nell'85% dei casi in ambito di messa alla prova, e solo nel 7,8% legati a violazioni della legge sulle droghe).

Ciò indica margini per un impiego più ampio di questa sanzione nei casi di dipendenza, compatibilmente con la disponibilità di convenzioni e posti dove svolgere i lavori: a tal fine, il Ministero della Giustizia promuove accordi con enti pubblici e del privato sociale per ampliare la rete di opportunità di LPU sul territorio.

Altre misure

Per completezza, si ricorda che esistono anche istituti come la libertà vigilata applicata come misura di sicurezza (ad esempio a fine pena, se la persona rimane socialmente pericolosa), la commutazione della pena detentiva in programmi terapeutici per detenuti stranieri con espulsione, ecc., ma si tratta di ipotesi particolari.

Nel contesto di questo lavoro, ci si concentra sulle misure alternative "principali" sopra elencate, che costituiscono il fulcro dell'intervento trattamentale per autori di reato con problemi di dipendenza.

Criteri di accesso alle misure alternative

L'accesso alle misure alternative per tossicodipendenti/alcoldipendenti è subordinato al rispetto di rigorosi criteri sia clinici che giuridici, volti a selezionare i beneficiari realmente meritevoli e bisognosi del percorso terapeutico.

Di seguito analizziamo i principali requisiti richiesti:

- **Accertamento dello stato di dipendenza attuale:** condizione indispensabile è che il soggetto sia effettivamente affetto da tossicodipendenza o alcoldipendenza in atto, cioè diagnosticata come condizione attuale e non solo pregressa.

La legge richiede una certificazione sanitaria rilasciata da un servizio pubblico per le dipendenze (Ser.D.) o struttura accreditata, attestante: lo stato di tossico/alcol dipendenza attuale, le procedure diagnostiche effettuate (esami, colloqui clinici), l'andamento di eventuali cure già intraprese e l'idoneità del programma terapeutico proposto ai fini del recupero.

Tale documentazione va allegata obbligatoriamente all'istanza di misura alternativa, a pena di inammissibilità. In pratica, il Ser.D. effettua una valutazione clinica completa e produce un rapporto in cui dichiara se la persona è dipendente secondo i criteri previsti dal ICD e/o DSM, specificando che è già in trattamento oppure disponibile a iniziare immediatamente.

Questo requisito intende evitare che soggetti non realmente dipendenti possano strumentalmente chiedere il beneficio: solo chi ha una diagnosi seria di dipendenza (o lo era al momento del reato ed è in fase di recupero) può accedere alle misure dedicate.

- **Certificazione di un programma terapeutico personalizzato:** oltre alla diagnosi, è necessario predisporre un programma di trattamento concordato con il Ser.D. o comunità.

Il programma deve contenere le attività previste (terapia farmacologica, psicoterapia, inserimento in comunità residenziale o centro diurno, eventuali impegni lavorativi o formativi) e la sua durata orientativa, e deve essere giudicato adeguato per la riabilitazione della persona.

Il Ser.D. infatti, nella sua relazione, deve dichiarare l'idoneità del programma rispetto agli obiettivi di recupero del condannato.

Ciò significa che il percorso proposto deve avere prospettive realistiche di successo (tenendo conto della storia di dipendenza e di eventuali precedenti trattamenti).

Ad esempio, per un eroinomane cronico recidivo potrebbe essere indicato un inserimento in comunità terapeutica a lungo termine, mentre per un alcolista incensurato un programma ambulatoriale intensivo potrebbe bastare.

Il tribunale valuta con attenzione questo elemento, spesso acquisendo anche informazioni sull'ente o comunità designata (es. posti disponibili, convenzioni attive, ecc.).

È previsto inoltre che, durante l'esecuzione della misura, il responsabile della struttura terapeutica invii segnalazioni periodiche all'autorità giudiziaria sui progressi o eventuali inosservanze del programma, così da permettere al magistrato di sorveglianza di confermare, modificare o revocare la misura in base all'andamento effettivo.

- **Limiti di pena e natura del reato:** sul piano giuridico, l'accesso è consentito solo entro determinati limiti di pena. Come detto, per l'affidamento terapeutico e la sospensione ex art. 90 la pena (inflitta o residua) non deve superare i 6 anni (salvo 4 in caso di reati ostativi).

Ciò allinea queste misure ai limiti previsti per le misure alternative ordinarie (affidamento, detenzione domiciliare) e riflette la scelta legislativa di escludere reati di particolare allarme sociale.

In presenza di reati ostativi (mafia, terrorismo, ecc.), l'ordinamento penitenziario art. 58-quater prevedeva originariamente un divieto di concessione di benefici se il condannato aveva già subito la revoca di una misura alternativa per cattiva condotta.

La giurisprudenza ha però chiarito che tale divieto non si applica all'affidamento terapeutico ex art. 94, poiché non è menzionato tra le misure ostative nella norma e la sua finalità speciale lo distingue dalle altre.

Dunque anche un condannato per reati comuni, a cui ad esempio sia stata revocata in passato una detenzione domiciliare, può comunque aspirare all'affidamento terapeutico se nel frattempo è divenuto tossicodipendente e intraprende la cura (come sancito dalla Cassazione, sent. n. 9866/23) (9).

Quanto alla natura del reato commesso, la legge non richiede un nesso causale stretto tra reato e dipendenza ai fini dell'ammissione alla misura – diversamente da quanto avveniva con la vecchia legge sugli stupefacenti del 1975.

Non è cioè necessario dimostrare che il reato sia stato commesso "a causa" della dipendenza (ad es. per procurarsi la droga o sotto effetto di alcool), anche se spesso tale circostanza è presente e viene valutata positivamente.

La giurisprudenza ha chiarito che il beneficio può essere concesso anche se il reato non è direttamente correlato alla tossicodipendenza, purché il soggetto sia attualmente dipendente e motivato al recupero (25).

Ovviamente, se dal fascicolo emerge che il reato è estraneo alla problematica di dipendenza (es. frodi fiscali commesse da un tossicodipendente), il tribunale di sorveglianza potrà scrutinare con maggior rigore l'effettiva utilità del programma terapeutico sul fronte della prevenzione di ulteriori reati.

In ogni caso, la pericolosità sociale del condannato deve essere compatibile con la misura in ambiente aperto: se vi sono indici attuali di elevata pericolosità (capacità criminale, condotte violente recenti), la concessione può essere

negata in quanto si ritiene insufficiente il solo percorso terapeutico a garantire la tutela sociale (25).

Ad esempio, la Cassazione ha ritenuto legittimo negare l'affidamento terapeutico a un detenuto con rischio concreto di recidiva violenta, evidenziando che il programma di recupero non può da solo neutralizzare un profilo di pericolosità significativo (25).

Questo bilanciamento tra diritto alla cura e sicurezza pubblica è affidato alla prudente valutazione caso per caso della magistratura di sorveglianza.

- **Non strumentalità della richiesta e motivazione personale:** un ulteriore criterio elaborato a livello giurisprudenziale è la verifica che la richiesta di misura alternativa non sia meramente strumentale ad evitare il carcere, ma accompagnata da un'autentica volontà di intraprendere un percorso di cambiamento.

Questo aspetto, pur non scritto espressamente nella legge, emerge dall'interpretazione dell'art. 94 che impone al tribunale di accertare la sincerità dell'intenzione terapeutica. Gli elementi per valutare ciò includono: precedenti tentativi di disintossicazione (e perché eventualmente falliti), epoca di inizio del programma rispetto alla vicenda giudiziaria (un indice negativo potrebbe essere l'aver iniziato il trattamento solo dopo la condanna, giusto per ottenere il beneficio), presenza di un nesso temporale e logico tra la condizione di dipendenza e il percorso proposto.

Le relazioni del Ser.D. e dell'UEPE qui sono fondamentali: una relazione dettagliata che evidenzia la motivazione intrinseca del soggetto al cambiamento, la consapevolezza circa la propria dipendenza e le sue cause criminogene, è spesso decisiva nel convincere il giudice. Al contrario, se emergono segnali di scarsa convinzione (p.es. scarsa partecipazione alle attività di cura durante una sospensione pena, o continui esiti tossicologici positivi segno di prosecuzione degli usi), la fiducia nell'affidamento viene meno.

In sintesi, l'accesso alle misure alternative terapeutiche richiede che la persona sia diagnosticamente dipendente, legalmente entro i limiti di pena e seriamente intenzionata a percorrere la via della riabilitazione.

Questa combinazione di requisiti clinici e giuridici mira a garantire che tali misure – che comportano pur sempre una deroga al rigore della detenzione – siano concesse ai casi più appropriati, massimizzandone le probabilità di successo.

Differenze territoriali nell'applicazione delle misure

Nonostante l'impianto normativo sia nazionale, in Italia si registrano difformità territoriali significative nell'applicazione pratica delle misure alternative per persone con dipendenze. Tali differenze riguardano sia i tassi di utilizzo effettivo dei benefici, sia le modalità di collaborazione tra sistema della giustizia e sistema sanitario locale.

Uno degli aspetti più evidenti è la disomogeneità nei numeri: ci sono regioni dove l'affidamento terapeutico e altre misure vengono concessi con maggiore frequenza e tempestività, e altre in cui invece pochi detenuti riescono ad accedervi.

Questo può dipendere da vari fattori: la cultura giudiziaria locale, la presenza di strutture terapeutiche adeguate sul territorio, e perfino prassi amministrative differenti.

Ad esempio, nel 2022 il rapporto tra numero di permessi premio concessi e popolazione detenuta variava enormemente

tra regioni come la Lombardia (molto attiva nell'accordare benefici) e il Lazio (molto più restrittiva) (1).

Analogamente, anche per affidamenti e detenzioni domiciliari esistono disparità: regioni del Nord hanno in genere una rete di comunità terapeutiche più sviluppata e una tradizione di coordinamento con i servizi, il che facilita l'invio dei detenuti in percorsi esterni; regioni del Sud scontano talora la carenza di strutture riabilitative accreditate e organici UEPE ridotti, con conseguente minore ricorso alle misure alternative.

I dati evidenziano inoltre una sotto-rappresentazione degli stranieri nelle misure alternative (solo ~19% degli affidati UEPE sono stranieri, a fronte di oltre 30% di stranieri in carcere) segno che in alcune aree i detenuti stranieri tossicodipendenti incontrano maggiori ostacoli (linguistici, documentali o di mancanza di rete sul territorio) nell'accedere a programmi esterni (1).

Un altro profilo è la difformità procedurale: sebbene la legge preveda passaggi formali simili, in alcune circoscrizioni giudiziarie esistono protocolli d'intesa e buone prassi che rendono più fluido il processo, mentre altrove il tutto è lasciato a iniziative informali dei singoli attori.

Buone prassi locali: tra le esperienze virtuose, si può citare il Protocollo di intesa UEPE-ASL di Bari per la presa in carico integrata dei detenuti tossicodipendenti, che ha istituito una corsia preferenziale per le richieste ex art. 94: il Ser.D. viene allertato già quando il detenuto firma il consenso al trattamento in carcere, così da avviare subito la certificazione e predisporre un progetto, riducendo i tempi morti.

A Milano, l'autorità giudiziaria ha in passato collaborato con la rete delle comunità (es. Comunità San Patrignano e altre) creando progetti come "carcere-drop in" per trasferire rapidamente in comunità detenuti motivati.

In Veneto, come detto, dal 2021 è attivo un sistema di screening in ingresso nelle carceri per individuare i detenuti con dipendenza e segnalare al magistrato di sorveglianza i nominativi potenzialmente eleggibili, dopodiché Ser.D. e UEPE elaborano congiuntamente le proposte di affidamento (18).

Queste prassi mostrano come l'integrazione tra Giustizia e Sanità sia fondamentale: dove vi è dialogo e protocolli, le misure alternative vengono attuate in modo più omogeneo ed efficace.

Viceversa, criticità territoriali includono: carenza di comunità terapeutiche residenziali disponibili ad accogliere detenuti (in alcune regioni i posti convenzionati sono pochissimi, costringendo a rimandare l'affidamento finché non si libera un posto); differenze nelle politiche regionali di finanziamento ai servizi per le dipendenze (che si traducono in Ser.D. più o meno attrezzati a seguire utenti in misura alternativa); variabilità nell'atteggiamento della magistratura di sorveglianza (alcuni tribunali adottano un approccio più "terapeutico" e di fiducia verso i Ser.D., altri più prudente se non diffidente, richiedendo standard probatori molto elevati per concedere i benefici).

Ad esempio, in alcune realtà si richiede sempre l'inserimento in comunità residenziale come condizione per l'affidamento, mentre altrove si accettano più spesso programmi ambulatoriali, con differenze sostanziali nell'accesso (non tutti possono o vogliono entrare in comunità lontano dalla famiglia).

Da segnalare inoltre le iniziative di formazione congiunta interregionali: negli ultimi anni, grazie anche al Dipartimento Politiche Antidroga, sono stati diffusi manuali ope-

rativi per i professionisti Ser.D. e UEPE in diverse regioni, al fine di uniformare prassi e linguaggio tecnico (14).

Ciò sta contribuendo ad attenuare le differenze, ma permangono disparità storiche. In conclusione, le misure alternative terapeutiche, pur essendo previste dalla legge nazionale, non vengono applicate in modo uniforme su tutto il territorio italiano.

Ridurre queste differenze è una sfida attuale: come vedremo nelle conclusioni, servirebbero interventi normativi e organizzativi (linee guida nazionali vincolanti, potenziamento delle strutture nelle regioni carenti, ecc.) per garantire pari opportunità di accesso alla cura e alla giustizia alternativa a tutti i dipendenti, a prescindere dalla zona di residenza o detenzione.

Per quanto sopra descritto, è doveroso segnalare che, il 19 gennaio 2018 è stato firmato un protocollo da FeDerSerD (Federazione degli Operatori delle Dipendenze) e CONAMS (Coordinamento Nazionale Magistrati di Sorveglianza) che mira a standardizzare l'applicazione dell'articolo 94 del DPR 309/90, relativo all'affidamento in prova in casi particolari.

L'obiettivo è favorire l'accesso a misure alternative alla detenzione per persone con dipendenze, creando un sistema più uniforme ed efficace per la loro gestione.

Garantire sull'intero territorio nazionale percorsi di cura e di recupero per le persone con problemi di dipendenza e contribuire all'obiettivo dell'ampliamento della efficacia delle misure alternative alla detenzione (30).

Efficacia e utilità delle misure alternative

Un aspetto centrale da considerare è l'efficacia di queste misure in termini di risultati ottenuti, sia per l'individuo che per la società.

Diversi studi e rilevazioni statistiche, condotti negli ultimi anni, indicano che le misure alternative alla detenzione per tossicodipendenti producono effetti positivi su più fronti: riduzione della recidiva, migliori esiti clinici di recupero, decongestionamento delle carceri e risparmi economici per lo Stato. Sul fronte della recidiva, i dati sono particolarmente significativi.

Secondo uno studio del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) citato anche dall'Istituto Einaudi, la percentuale di recidivi tra coloro che scontano interamente la pena in carcere raggiunge circa il 68%, mentre scende al 19% tra chi ha fruito di misure alternative (26).

In altre parole, meno di un detenuto su cinque che viene affidato all'esterno ricade nel reato, a fronte di oltre due su tre tra quelli che restano in carcere.

Questa differenza enorme (quasi 50 punti percentuali) è un indicatore della riuscita rieducativa delle misure alternative rispetto all'istituzione carceraria tradizionale.

Il dato è stato confermato da successive ricerche (es. studio EIEF-CREG 2012) che evidenziano come, a parità di condizioni, chi trascorre più tempo in "carcere aperto" o in comunità abbia tassi di recidiva notevolmente più bassi di chi rimane in un regime detentivo chiuso.

Concentrando l'attenzione specificamente sui tossicodipendenti: questi soggetti storicamente presentano tassi di recidiva criminale elevati se non trattati (spesso superiori al 70-80%). L'affidamento terapeutico e i programmi riabilitativi in esso contenuti rompono tale ciclo vizioso attraverso la cura della

dipendenza, che è spesso il motore dei comportamenti illegali (furti, spaccio di piccola entità, ecc.).

Statistiche del Ministero della Giustizia citate in letteratura riportano che tra gli affidati in prova con programma terapeutico la recidiva registrata al termine della misura è di gran lunga inferiore rispetto ai tossicodipendenti non affidati.(12)

Un'analisi condotta su un campione nazionale a fine anni 2000 ha trovato che la percentuale di recidiva "tecnica" tra gli affidati terapeutici era intorno al 25-30%, contro percentuali ben più alte per chi aveva scontato la pena in cella, con un effetto di abbattimento dunque molto rilevante.

Ancora, un dato del 2021: le revoca dell'affidamento terapeutico (spesso proxy di un fallimento del percorso) sono state appena l'1,5% ciò significa che nel 98,5% dei casi la misura viene portata a termine senza revoca, e nella stragrande maggioranza dei casi con esito positivo (1).

In sintesi, l'evidenza empirica supporta fortemente l'utilità delle misure alternative nel ridurre la recidiva: trattandosi di interventi rieducativi e di supporto sociale, essi affrontano i fattori criminogeni (la dipendenza, l'emarginazione, la disoccupazione) meglio di quanto faccia il carcere, prevenendo di conseguenza nuovi reati.

Dal punto di vista degli esiti clinici, per le persone tossicodipendenti o alcoliste, poter seguire un programma intensivo di recupero in ambiente libero (o in comunità terapeutica invece che in cella) è spesso decisivo per superare la dipendenza.

Numerosi studi evidenziano che la continuità terapeutica e il supporto psicosociale sono fattori chiave di successo nei trattamenti delle addiction.

Un detenuto in carcere, al contrario, incontra notevoli ostacoli nel seguire percorsi di disintossicazione: nonostante esistano Ser.D. operanti negli istituti di pena, il contesto detentivo con le sue privazioni e promiscuità può aggravare lo stress e innescare ricadute (si pensi all'uso di psicofarmaci non controllato o alle droghe che comunque circolano in alcuni penitenziari). Viceversa, l'affidamento in prova consente al soggetto di curarsi "sul territorio", in un ambiente più favorevole al recupero, mantenendo – quando possibile – legami familiari, opportunità di lavoro protetto e una routine di vita più normale.

Tutto ciò favorisce una riabilitazione più completa, che include non solo la disintossicazione fisica ma anche il reinserimento sociale.

Come risultato, i tassi di astinenza duratura dalle sostanze dopo un periodo in misura alternativa risultano significativamente più alti rispetto a quelli osservati dopo il semplice periodo detentivo.

Ad esempio, follow-up condotti su affidati terapeutici mostrano che una quota consistente rimane in trattamento volontario anche dopo la fine della pena e raggiunge uno stato di remissione dalla dipendenza, mentre molti detenuti tossicodipendenti all'uscita dal carcere ricadono nell'uso in tempi brevi in assenza di supporto.

Inoltre, misure come la messa alla prova e l'affidamento riducono drasticamente il rischio di overdose post-detenzione: è noto che subito dopo la scarcerazione i tossicodipendenti hanno un rischio elevatissimo di overdose fatale (per ridotta tolleranza e situazioni di abbandono sociale), rischio mitigato se la persona esce invece avendo già intrapreso un percorso di cura e magari continuando a essere seguita dai servizi.

Un ulteriore beneficio è l'impatto sul sovrappopolamento carcerario.

Le misure alternative per tossicodipendenti sono anche strumenti di politica criminale volti a deflazionare la popolazione detenuta, spostando una parte di essa verso l'area penale esterna.

Negli ultimi dieci anni, l'Italia ha vissuto periodi di grave sovrappopolamento carcerario (culminati nella condanna Torreggiani della Corte EDU nel 2013).

Ebbene, l'adozione di provvedimenti di "sfollamento", molti dei quali riguardavano proprio detenuti con pene brevi potenzialmente affidabili, ha prodotto effetti tangibili: tra il 2013 e il 2014 i detenuti sono calati di circa 10.000 unità (da ~65mila a ~55mila) proprio grazie all'ampliamento della platea dei beneficiari di misure alternative e alla liberazione anticipata speciale.

Attualmente, circa il 48,7% delle persone in esecuzione penale sta fuori dal carcere in misure alternative – un dato che segnala come quasi metà delle pene in Italia siano espiate non in cella ma in forma alternativa, contribuendo a mantenere il numero di detenuti entro livelli gestibili.

Se non vi fosse l'istituto dell'affidamento in prova (ordinario e terapeutico) e altri benefici, il sistema penitenziario sarebbe sicuramente ancora più congestionato.

In particolare, per i tossicodipendenti: a fine 2023 risultavano circa 8.000 detenuti in carcere segnalati come "tossicodipendenti in trattamento", ma molti di più quelli con storia di dipendenza non in trattamento.

L'implementazione più estesa delle misure alternative potrebbe trasferire una buona parte di costoro fuori dagli istituti, con duplice vantaggio: liberare posti e favorire la riabilitazione.

Infine, non vanno trascurati i vantaggi economici e sociali.

Mantenere una persona in carcere ha un costo elevato per lo Stato (stime del DAP indicano un costo medio attorno ai 130-150 euro al giorno per detenuto, includendo personale, vitto, sicurezza).

Al contrario, sostenere un individuo in misura alternativa costa molto meno: il costo giornaliero di un affidato ai servizi è stato stimato attorno a soli 11 euro, considerando che non vi sono le spese fisse di custodia (il soggetto magari vive a casa propria o in comunità con retta convenzionata in parte a carico del SSN).

Anche ipotizzando costi sanitari aggiuntivi per terapie e controlli, resta comunque una soluzione più economica del carcere.

L'Associazione Antigone ha calcolato che l'espansione delle misure alternative può far risparmiare allo Stato centinaia di milioni di euro l'anno, fondi che potrebbero essere reinvestiti in prevenzione e recupero.

A livello di benefici sociali più ampi: un individuo che viene curato e reinserito diventa un cittadino meno dipendente dall'assistenza (magari trova lavoro, ricostruisce legami familiari) e soprattutto cessa di essere fonte di allarme sociale (meno reati, meno vittime, meno costi giudiziari futuri).

Anche la collettività quindi guadagna in sicurezza reale e coesione.

I lavori di pubblica utilità, poi, generano essi stessi valore: migliaia di ore di lavoro gratuito in progetti ambientali, sociali, culturali – un impatto positivo tangibile.

Riassumendo, l'utilità delle misure alternative per persone con dipendenze è documentata: funzionano nel ridurre la recidiva e nel favorire percorsi di vita lontani dal crimine; alleviano il carico sulle carceri e sugli operatori penitenziari; fanno risparmiare risorse pubbliche; e traducono in pratica il principio

costituzionale della finalità rieducativa, dando contenuto concreto alla pena in termini di cambiamento personale.

Tutto ciò non significa che siano una "panacea" o che non esistano fallimenti (alcuni affidati ricadono, alcune comunità non riescano a recuperare i soggetti più difficili), ma nel complesso l'approccio terapeutico si dimostra più efficace del solo approccio punitivo nel contesto dei reati da dipendenza. In definitiva, come affermato dagli studiosi, "le misure alternative funzionano, e i numeri lo dimostrano": per questo andrebbero potenziate e non ostacolate, se l'obiettivo è davvero quello di ridurre il crimine e promuovere la salute pubblica.

Conclusioni

Dal panorama tracciato emergono importanti risultati ma anche criticità aperte nel sistema italiano delle misure alternative per tossicodipendenti e alcoldipendenti.

In conclusione, è utile riassumere i punti problematici e avanzare alcune proposte di miglioramento, sottolineando il ruolo chiave sia dei servizi delle dipendenze sia della magistratura.

Criticità attuali:

1. Accesso ancora limitato e disomogeneo: nonostante le norme lo consentano, molti detenuti con dipendenza non beneficiano di misure alternative.

Alcuni per mancanza dei requisiti formali (es. pene troppo alte, assenza di certificazione tempestiva), altri per inerzia del sistema (ritardi burocratici, carenza di posti in comunità). Vi sono inoltre disparità territoriali marcate, come visto, che minano il principio di uguaglianza: a parità di condizioni, un tossicodipendente detenuto in una regione "virtuosa" ha più chance di cura extra-muraria rispetto a uno detenuto altrove.

Questa difformità è stata rilevata anche in sede di Conferenza Nazionale sulle Dipendenze, suggerendo la necessità di una norma quadro nazionale che uniformi i criteri di accesso all'affidamento terapeutico su tutto il territorio, evitando che fattori geografici influenzino l'esito.

2. Procedure lente e "liberi sospesi": spesso tra la richiesta di misura alternativa e la decisione del tribunale passano mesi (se non oltre un anno), durante i quali il condannato rimane in carcere in attesa – magari con l'esecuzione sospesa ex art. 656 c.p.p. che gli impedisce attività trattamentali significative.

Questa lentezza vanifica in parte l'efficacia rieducativa: quando la misura arriva tardi, il soggetto può aver perso motivazione o agganci sociali.

Il fenomeno dei liberi sospesi è tanto serio che un caso (Valorio c. Italia) è all'attenzione della Corte EDU, configurando un possibile vulnus ai diritti umani per irragionevole ritardo nell'esecuzione della pena in forma rieducativa.

3. Numero insufficiente di strutture terapeutiche residenziali e posti dedicati: in molte zone vi è penuria di comunità disponibili ad accogliere detenuti o affidati (talora per motivi burocratici, altre volte per mancanza di convenzioni).

Ciò crea liste d'attesa e, di fatto, esclude dal beneficio chi non può essere preso in carico subito.

Proposta: incrementare i fondi (ad es. attraverso il "Fondo per le dipendenze patologiche" istituito nella Legge di Bilancio 2025) per ampliare la rete di comunità e servizi semi-residenziali, magari riservando una quota di posti agli inserimenti dalla giustizia.

Inoltre, promuovere accordi pubblico-privato sociale per aprire nuove strutture nelle regioni scoperte.

4. Quadro normativo frammentato e necessità di riforme mirate:

come visto, la disciplina è dispersa tra T.U. Stupefacenti, Codice penale, Codice della strada, ecc.

Il DDL 2025 in discussione è un segnale positivo di attenzione, introducendo misure innovative (detenzione domiciliare terapeutica, patteggiamento per dipendenti) e rafforzando la collaborazione interministeriale (Salute-Giustizia) tramite commissioni centrali di monitoraggio.

Sarebbe auspicabile una riforma organica della materia, ad esempio riunificando in un unico testo normativo tutte le disposizioni sulle "misure alternative terapeutiche", con definizioni chiare di criteri e procedure uniformi a livello nazionale.

Inoltre, sarebbe utile predisporre protocolli operativi standard Giustizia-Sanità.

5. Resistenze culturali e supporto post-misura:

una criticità meno tangibile ma importante è l'atteggiamento dell'opinione pubblica e talvolta di parte della politica, che vede queste misure come "favoritismi" o svuota-carceri.

Questo clima può portare a irrigidimenti normativi (ad es. innalzamento delle pene per piccoli spacciatori, come nel Decreto Caivano 2023) che vanno in direzione opposta rispetto all'ampliamento del recupero. È fondamentale lavorare sul fronte culturale: diffondere i dati sulla efficacia delle misure alternative (come quelli riportati in questo paper) per far comprendere che non sono regali ai delinquenti, bensì investimenti in sicurezza e coesione sociale.

Parallelamente, bisogna sostenere anche il dopo misura: terminato l'affidamento o la MAP, l'ex detenuto/affidato non dovrebbe essere abbandonato.

Servono programmi di after-care, ad esempio agevolazioni per l'inserimento lavorativo definitivo (borse lavoro, cooperative sociali) e per la continuità terapeutica volontaria (gruppi di auto-aiuto, counseling lungo termine).

Solo così il successo ottenuto durante la misura potrà consolidarsi nella vita libera.

In conclusione, le misure alternative alla detenzione per tossicodipendenti e alcoldipendenti costituiscono un settore in evoluzione, in cui l'Italia ha maturato un patrimonio di esperienze e risultati importanti negli ultimi decenni, pur dovendo ancora affrontare sfide per renderle pienamente efficaci e accessibili ovunque.

Le evidenze mostrano che investire su tali misure conviene: conviene alla persona, che può riconquistare una vita dignitosa lontano dalla schiavitù della dipendenza; conviene alla collettività, in termini di minori reati e costi sociali; conviene al sistema penitenziario, che può concentrare le risorse sui detenuti più pericolosi o con altre problematiche.

Per massimizzare questi benefici, le proposte di miglioramento ruotano attorno a: rafforzare la collaborazione interistituzionale e interdisciplinare (tavoli stabili tra Ministero della Giustizia e della Salute, linee guida condivise); aggiornare le norme rendendole più omogenee e inclusive (DDL 2025 e oltre); potenziare i servizi sul territorio (sia in termini di risorse umane che di posti di accoglienza); e promuovere una cultura della giustizia riparativa e riabilitativa, contrastando pregiudizi.

Riferimenti bibliografici

1. Antigone (2025). *XXI Rapporto sulle condizioni di detenzione*. Roma: Associazione Antigone.
2. Italia. DPR 309/90, art. 94. Affidamento in prova in casi particolari.
3. Italia. DPR 309/90, art. 90. Sospensione dell'esecuzione della pena per tossicodipendenti.
4. Italia. Disegno di Legge 2025, artt. 94-ter e 94-quater.
5. Italia. Codice penale, art. 168-bis. Messa alla prova per adulti. L. 67/14.
6. Italia. Codice della Strada, art. 186 c.9-bis. Guida in stato di ebbrezza - lavori di pubblica utilità.
7. Italia. Codice della Strada, art. 187. Guida in stato di alterazione da stupefacenti.
8. Italia. Legge 26 luglio 1975, n. 354. Ordinamento penitenziario (artt. 47, 47-ter, 48).
9. Cass. Pen., Sez. I, sentenza n. 9866/23.
10. Corte Costituzionale, sentenza n. 179/20.
11. Gargani A. (2018). L'affidamento in prova come esecuzione penale esterna. *Diritto penitenziario e Costituzione*.
12. Tucci G. (2011). L'affidamento in casi particolari. *Rivista ADiR*. Univ. Firenze.
13. Provvedimento A36079622/07/253 - DISEGNO DI LEGGE: Disposizioni in materia di detenzione domiciliare per il recupero dei detenuti tossicodipendenti o alcoldipendenti.
14. Dipartimento Politiche Antidroga. VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze. Roma: PCM; 2021.
15. *Libro Bianco sulle Droghe* 2025.
16. Ministero della Giustizia - DAP (2019). *Studi su recidiva e misure alternative*. Roma: DAP.
17. Menghini A. (2022). *Carcere e Costituzione. Garanzie, principio rieducativo e tutela dei diritti dei detenuti*. Editoriale Scientifica.
18. Regione Veneto (2022). *Linee guida regionali per percorsi alternativi di trattamento tossicodipendenti*. Venezia: Regione Veneto.
19. Politiche Antidroga (2023). *Manuale operativo per UEPE e Ser.D*. Roma: PCM.
20. Corte EDU. Sentenza Torreggiani c. Italia (2013).
21. Sistema Penale (2024). Misure alternative e tempi di esecuzione. *Rivista Sistema Penale*.
22. Antigone (2012). Senza dignità Nono rapporto sulla condizione detentiva in Italia. *Antigone*, 1.
23. Rassegna Penitenziaria e Criminologica (2021). *Speciale tossicodipendenze*. Roma: Ministero Giustizia.
24. Cass. Pen., Sez. I, sentenza n. 43586/04-Fravezzi.
25. Cass. Pen., Sez. I, sentenza n. 20104/20.
26. Leonardi F. (2009). Tossicodipendenza e alternative alla detenzione: il rischio di recidiva tra gli affidati in prova al servizio sociale. *Rassegna Penitenziaria e Criminologica*, 1.
27. Santoro E., Tucci R. (2006). L'incidenza dell'affidamento sulla recidiva: prime indicazioni e problemi per una ricerca sistematica. *Rassegna Penitenziaria e Criminologica*, 1.
28. Pelizza L. et al. (2021). The Parma integrated model for intervention on pathological addictions in an Italian prison: process description and preliminary findings. *Acta Biomed*, Jul 1, 92(3): e2021223.
29. Criminal reactions to drug-using offenders: A systematic review of the effect of treatment and/or punishment on reduction of drug use and/or criminal recidivism_ Psychiatry, 16 February 2023 Sec. Forensic Psychiatry Volume 14, 2023.
30. Protocollo operativo tra FeDerSerD e CONAMS per la corretta e omogenea applicazione dell'articolo 94 del DPR 309/90; 19 gennaio 2018. Palazzo Giustiniani, Roma.

¶ Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppialmente 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

Giovani e dipendenze da sostanza: vulnerabilità evolutiva e gravità clinica

*Analisi descrittiva e psicopatologica di un campione di soggetti under 26 in trattamento presso la S.S.D. Nuove Dipendenze ONDA1 - Dipartimento Integrato Dipendenze - Asl città di Torino**

Chiara Niglio**, Filippo Gabetta***, Nadia Gennari****, Flavio Vischia*****

Summary

■ Over the last decades, age at onset of substance use has progressively decreased, with earlier initiation being associated with worse prognosis and greater clinical severity.

This descriptive study examined patterns of use, clinical severity and psychopathological dimensions in 111 patients under 26 years old treated at Onda1 - SSD Nuove Dipendenze Asl Città di Torino in 2024.

Assessments were based on clinical records, the Adolescent Behavior Questionnaire (ABQ) and the Seven Domains Addiction Scale (7DAS).

Cannabis was the most frequent primary substance (~70%), but with increasing age a shift emerged towards crack, inhaled cocaine and polysubstance use, which reached 20% in the 23-25 age group. More than half of the sample (52.3%) presented severe Substance Use Disorder, with severity significantly associated with age and substance pattern.

Although fewer in number, female patients showed more severe clinical impairment and higher levels of psychopathology across all 7DAS domains.

Overall, findings indicate an age-related trajectory of clinical worsening from adolescence to young adulthood and underline the need for specialized public services able to provide early, multidisciplinary and gender-sensitive interventions to intercept developmental vulnerability and prevent progression towards more complex and severe patterns of use. ■

Keywords: Substance Use Disorder, Adolescence and young adulthood, Cannabis and polysubstance use, Psychopathology and gender differences, Early intervention services.

Parole chiave: Disturbo da uso di sostanze, Adolescenza e giovane età adulta, Cannabis e poliabuso, Psicopatologia e differenze di genere, Interventi precoci nei servizi pubblici.

* Elaborato vincitore del Premio FeDerSerD "Traguardi e prospettive dei Servizi delle Dipendenze" (in memoria di Guido Failace - 1^a ed., ottobre 2025), a seguito di valutazione di una commissione scientifica nazionale.

** Psicologa Borsista, S.S.D. Nuove Dipendenze, ONDA1 - Asl Città di Torino.

*** Psicologo, Cooperativa Pier Giorgio Frassati, (Piano locale Dipendenze), S.S.D. Nuove Dipendenze, ONDA1 - Asl Città di Torino.

**** Responsabile S.S.D. Nuove Dipendenze, ONDA1 - Asl Città di Torino.

***** Direttore Dipartimento Integrato Dipendenze - Asl Città di Torino.

Introduzione

Negli ultimi decenni, in Italia, si è registrato un costante abbassamento dell'età di primo consumo e sperimentazione di sostanze psicoattive.

La Relazione al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenze (2025) conferma questa tendenza, evidenziando che oltre un terzo degli studenti ha fatto uso di Cannabis, spesso già prima dei 15 anni, e che la fascia 15-25 anni è oggi la più vulnerabile, anche per quanto riguarda l'uso di Cocaina inalata e stimolanti.

Un'attenzione mirata al passaggio dall'adolescenza all'età adulta è necessaria non solo perché rappresenta una fase delicata di sviluppo, ma anche perché coincide con il periodo di massima incidenza dei disturbi psichiatrici lungo l'arco della vita.

La letteratura, infatti, indica tra i 14 e i 18 anni il picco di insorgenza dei principali disturbi psichiatrici (Solmi et al., 2022).

In questo contesto, la presenza di Servizi specialistici dedicati a questa fase evolutiva, come Onda1, è fondamentale.

Intercettare precocemente le situazioni di rischio e offrire interventi mirati consente non solo di prevenire la cronicizzazione del sintomo, ma anche di contrastarne la "nosologizzazione": un appiattimento che può coinvolgere sia i pazienti che i curanti.

Riuscire a "guardare oltre" apre allo spazio dell'ascolto di tentativi di regolazione affettiva e automedicazione (Morgenstern, 1993), permettendo di far emergere una sofferenza – talvolta sconfinante nella psicopatologia – nascosta dietro il sintomo.

Il presente studio si inserisce in questa cornice scientificoculturale e analizza un campione clinico di pazienti under 26 in trattamento presso il Servizio Onda1 dell'ASL Città di Torino nel corso del 2024.

Obiettivi

Il presente studio si propone di esaminare la relazione tra variabili cliniche e demografiche in un campione di giovani pazienti in trattamento per uso di sostanze presso il Servizio Onda1, servizio specialistico rivolto a giovani under 26 consumatori di sostanze psicoattive ad esclusione di oppiacei.

Gli obiettivi di ricerca sono stati così definiti:

- descrivere attraverso variabili sia descrittive che cliniche il campione clinico in oggetto;
- esplorare le variazioni dei pattern di consumo di sostanze in relazione all'età dei pazienti suddivisa in Cluster (A 15-18; B 19-22; C 23-25 anni) e i conseguenti risvolti clinici;
- esplorare le variazioni della gravità della diagnosi di Disturbo da uso di sostanze (DUS) in relazione all'età dei pazienti;
- verificare le sopracitate differenze in base al sesso, ipotizzando una maggiore gravità della condotta di consumo nei soggetti di sesso femminile e un'altrettanta maggiore comorbilità psichiatrica;
- sostenere con il supporto di dati statistici l'importanza della presenza di servizi specialistici rivolti all'utenza in esame.

Materiali e metodi

Partecipanti

Il campione ($n = 111$) è costituito da pazienti di età compresa tra 15 e 25 anni, in trattamento presso il Servizio Onda1.

I partecipanti sono stati differenziati in base al tipo di sostanza primaria utilizzata (consumo esclusivo di Cannabis vs altre sostanze o poliabuso).

Con poliabuso si intende il consumo combinato di 3 o più sostanze.

I dati demografici sono stati estrapolati dalle cartelle cliniche e integrati con quelli ottenuti dalla somministrazione dell'ABQ.

L'età media è 20,7 anni (DS 3,1; mediana 21), mentre la distribuzione per sesso vede in prevalenza soggetti di sesso maschile ($M: 66,7\% F: 33,3\%$).

In merito alla scolarità, oltre la metà (56,8%) ha completato la scuola secondaria di primo grado (8 anni), mentre il 36% ha un diploma superiore (13 anni).

Strumenti

La valutazione diagnostica è stata effettuata tramite:

ABQ - Adolescent Behavior Questionnaire (Hogrefe, 2016), per una valutazione multidimensionale del Disturbo da uso di sostanze, che restituisce punteggi categorizzati in quattro livelli di gravità: sotto l'attenzione clinica (punteggio < 5), lieve (5-6), moderata (7-8) e grave (≥ 9). Questo test conta al suo interno anche la 7DAS.

7DAS - Seven Domains Addiction Scale, che esplora sette domini psicopatologici individuati in letteratura come fattori prodromici per lo sviluppo e il mantenimento di una dipendenza patologica: ansia da separazione, disregolazione affettiva, dissociazione, esperienze traumatiche infantili, discontrollo degli impulsi, comportamenti compulsivi e pensieri ossessivi.

Procedura

La somministrazione è avvenuta nel corso dell'anno solare 2024 all'interno del percorso di presa in carico.

I questionari sono stati compilati con supervisione degli operatori.

Analisi statistiche

Sono state condotte analisi descrittive per caratterizzare il campione, i pattern di consumo e la distribuzione dei livelli di gravità (sotto l'attenzione clinica, lieve, moderato, grave), con stratificazione per sesso, cluster di età e tipologia di sostanza (Cannabis esclusivo vs altre sostanze/poliabuso).

Successivamente, sono stati eseguiti test del chi-quadrato (χ^2) per valutare l'associazione tra le variabili indipendenti (sesso, età, sostanza di consumo) e i livelli di gravità; vengono riportati χ^2 , gradi di libertà (gl) e p .

Il livello di significatività è stato fissato a $p < .05$ (bilaterale). Tutte le analisi sono state condotte con Python (versione 3.x) utilizzando i pacchetti statistici e grafici standard.

Risultati

Sezione A: Analisi delle variabili descrittive

A1. Analisi delle sostanze: sostanza primaria di consumo, sostanza secondaria e poliabuso

Nel campione la sostanza primaria più frequentemente riportata è la Cannabis, che compare come primaria nel 70,7% dei casi ($n=99$ poiché esclusi i poliabusatori) e come secondaria nel 40%.

Il Crack rappresenta la seconda sostanza primaria più diffusa e utilizzata (14,1%), spesso in associazione con Alcol o Cannabis.

L'Alcol risulta invece raro come sostanza primaria (7,1%), dato giustificato dalla specificità del Servizio e dall'esistenza di servizi dedicati per il trattamento dell'abuso di alcolici.

Tuttavia emerge molto frequentemente come sostanza secondaria (36,7%).

La Ketamina e la Cocaina inalata mostrano percentuali contenute come sostanze primarie (4% ciascuna), ma ricompaiono come secondarie (10% e 6,7%).

A2. Analisi delle sostanze: differenze di sesso

La Cannabis è la sostanza primaria più diffusa in entrambi i sessi ($\approx 70\%$), per le femmine rappresenta il 67,7% mentre i maschi il 72,1%.

Il Crack è la seconda più frequente ($\approx 13-15\%$), con distribuzione simile tra sesso maschile (14,7%) e femminile (12,9%).

L'Alcol come primaria è marginale (6,5% nei maschi e 7,4% nelle femmine; $\approx 6-7\%$), mentre la Cocaina inalata compare solo nei maschi (6%) e la Ketamina solo nelle femmine (13%), suggerendo pattern di sesso distinti.

Tra le sostanze secondarie (n=30), nelle femmine prevale l'Alcol (58%) e impone una riflessione in merito, seguito dalla Cannabis (25%); nei maschi domina la Cannabis (50%), seguito da Alcol (22%) e Ketamina (17%).

La Cocaina inalata è presente tra i maschi nel 5,6% dei casi mentre nelle donne nell'8,3%.

Infine, il poliabuso, inteso come l'utilizzo di almeno 3 sostanze in associazione, è stato rilevato nel 10,8% del campione (n = 12 su 111), equamente distribuiti tra i due sessi.

Queste differenze nei pattern di consumo tra maschi e femmine sono state sottoposte ad analisi statistiche per indagare l'indipendenza tra le variabili sostanza e sesso.

Il test del chi quadro di indipendenza suggerisce che la distribuzione delle sostanze è casuale ($p > .05$), pertanto queste differenze sono riscontrabili solamente a livello qualitativo.

A3. Analisi delle sostanze: differenze di età

Il campione analizzato è stato diviso in 3 Cluster d'età: Cluster A (15-18 anni), Cluster B (19-22 anni), Cluster C (23-25 anni).

Nel Cluster A (n = 35) prevale nettamente l'uso di una sola sostanza (n = 26; 74,3%), quasi esclusivamente Cannabis (30 casi), con rare presenze di Alcol (3) e Ketamina (1).

Le sostanze secondarie (n = 8; 22,9%) sono limitate (Cannabis, Alcol, Ketamina, Pregabalin), il poliabuso è quasi assente e rappresentato da un solo caso (n = 1; 2,9%).

Nel Cluster B (n = 36) il consumo si diversifica: l'utilizzo di una sola sostanza riguarda il 66,7% (n = 24) dei casi, ma cresce l'associazione con una secondaria (n = 9; 25%) e il poliabuso (n = 3; 8,3%). La Cannabis resta centrale (22 casi), ma aumentano Crack (5) e Ketamina (3) come sostanze primarie. L'Alcol compare soprattutto come sostanza secondaria.

Nel Cluster C (n = 40) il quadro si complica ulteriormente: solo il 47,5% (n = 19) consuma soltanto una sostanza, il 32,5% (n = 19) vi associa una seconda e il poliabuso raggiunge il 20% (n = 8).

La Cannabis resta prevalente (18 casi), ma il Crack assume un peso rilevante (9 casi), seguito da Alcol (3) e Cocaina inalata (2). Queste differenze nei pattern di consumo tra i 3 Cluster d'età sono state sottoposte ad analisi statistiche per indagare l'indipendenza statistica tra le variabili sostanza ed età.

Il test del chi-quadro di indipendenza suggerisce che la distribuzione delle sostanze non è casuale ($p = 0.0048$).

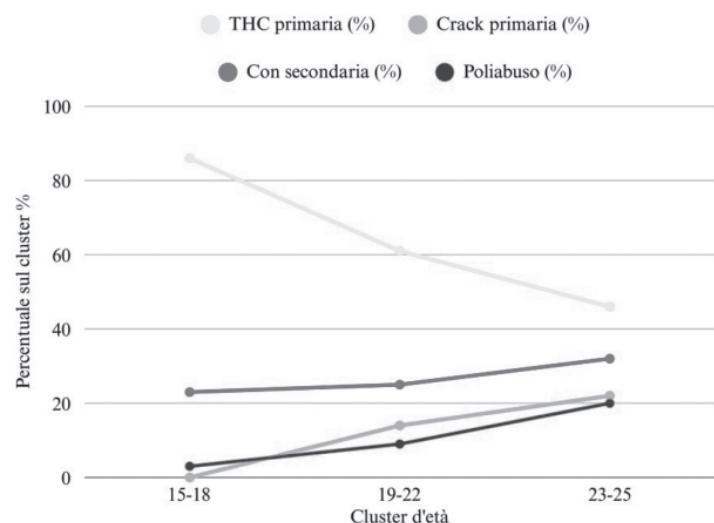
Sintesi trasversale

La Cannabis rappresenta la sostanza primaria più diffusa in tutte le fasce d'età, ma la sua centralità si riduce progressivamente: dall'85% nella popolazione tra i 15 e i 18 anni scende al 45% tra i 23-25 anni.

A partire dai 19 anni compaiono in modo più consistente il Crack e la Ketamina, mentre Cocaina inalata e Alcol restano meno rappresentati ma relativamente stabili.

Sul piano delle sostanze secondarie, l'Alcol diventa la sostanza più frequente soprattutto dai 19 anni in avanti, mentre la Cannabis continua a comparire anche nei soggetti più grandi. Infine, il poliabuso mostra un andamento crescente con l'età: quasi assente tra i 15-18 anni, compare nell'8,3% dei 19-22 anni e raggiunge il 20% nei 23-25 anni.

Graf. 1 - Variazione della percentuale di partecipanti in relazione al pattern di consumo nei diversi cluster di età



Sezione B: Analisi delle variabili cliniche

B1. Gravità del Disturbo da uso di sostanze (DUS) nel campione clinico

Per ciascun partecipante è stato misurato il livello di gravità del DUS attraverso la somministrazione dell'ABQ secondo una classificazione articolata in quattro fasce: sotto l'attenzione clinica (punteggio < 5), lieve (5-6), moderata (7-8) e grave (≥ 9).

I risultati mostrano una prevalenza marcata di quadri clinici gravi, che riguardano oltre la metà del campione (n = 58; 52,3%), delineando quadri clinici di marcata compromissione.

Circa un terzo (n = 19; 32,4%) presenta livelli lievi o moderati, mentre solo una minoranza (n = 17; 15,3%) non soddisfa i criteri diagnostici (Grafico 2).

B2. Analisi dell'associazione tra la gravità del DUS e l'età

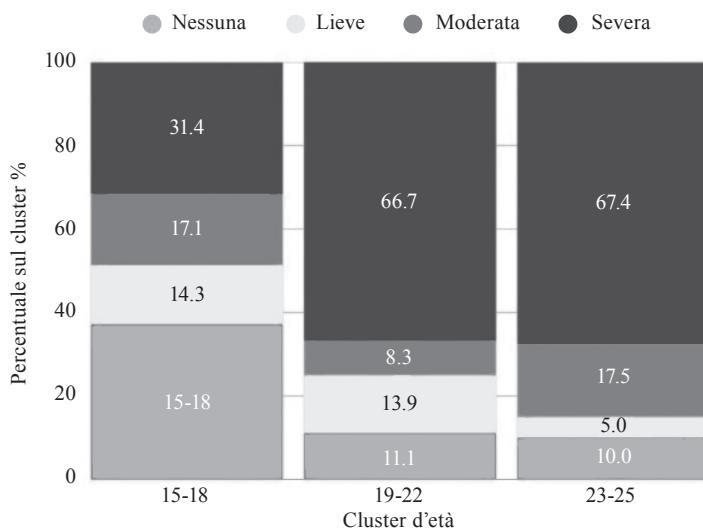
I partecipanti sono stati distribuiti in 3 Cluster d'età e all'interno degli stessi per gravità della diagnosi.

Dal Grafico 2 emerge come nel Cluster A (15-18 anni) ci sia una quota maggiore di "nessuna diagnosi" (n = 13; 37,1%), mentre nel Cluster B (19-22 anni) prevalgono nettamente i casi con diagnosi severa (n = 24; 66,7%), con un incremento ancora più evidente (n = 27; 67,5%) nel Cluster C (23-25 anni).

La differenza nella distribuzione della gravità della dipendenza tra i tre Cluster di età è stata sottoposta ad analisi statistiche.

Il test del chi-quadro di indipendenza suggerisce che la distribuzione della gravità tra i Cluster non è casuale ($\chi^2 = 17.77$; $p = 0.0068$).

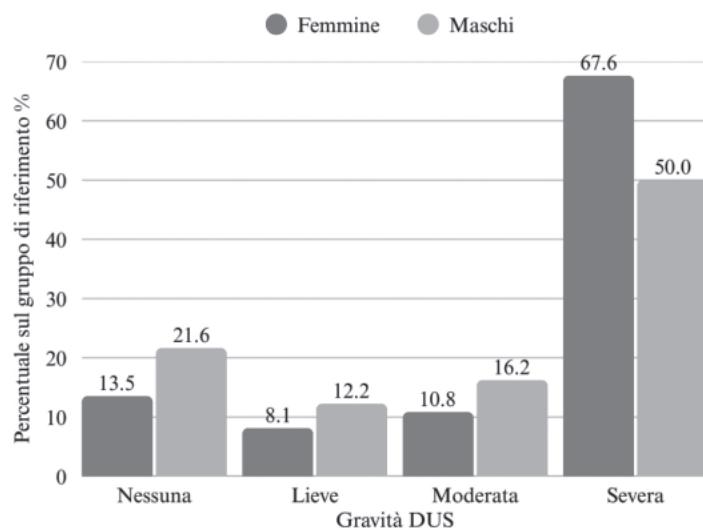
Graf. 2 - Distribuzione della gravità del DUS all'interno dei tre cluster di età



B3. Analisi dell'associazione tra la gravità del DUS e il sesso

I partecipanti sono stati distinti per sesso e per gravità della dipendenza.

Graf. 3 - Distribuzione della gravità del DUS per distinzione di sesso ($F = 37$; $M = 74$)



L'analisi dei dati raccolti indica una prevalenza di quadri più severi di DUS nel campione femminile ($n = 25$; 67,6%) rispetto a quello maschile ($n = 37$; 50%).

Queste differenze nella gravità tra maschi e femmine sono state sottoposte ad analisi statistiche per indagarne l'indipendenza. Il test del chi-quadro non ha evidenziato un'associazione significativa tra sesso e gravità della diagnosi ($\chi^2 = 3,10$; $p = 0,38$), verosimilmente anche a causa della dimensione ridotta del sottogruppo femminile.

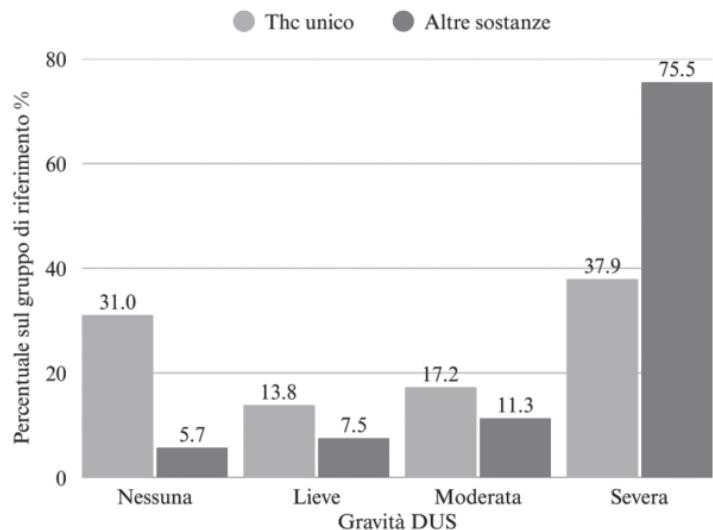
B4. Analisi dell'associazione tra la gravità del DUS e sostanze di consumo

I partecipanti sono stati distribuiti in due sottocampioni differenti.

Il primo è composto da consumatori "puri" di Cannabis, quindi in assenza di altre sostanze in combinazioni.

Il secondo è composto da consumatori di tutte le altre sostanze, da sole o in combinazione tra loro.

Graf. 4 - Gravità del DUS nei due gruppi (consumatori esclusivi di Cannabis vs. consumatori di altre sostanze)



Le percentuali si riferiscono al numero totale di partecipanti in ciascun gruppo.

Come mostra il Grafico 4, nel gruppo "Cannabis unico" ($n = 78$) la gravità è più distribuita, con una quota consistente senza diagnosi ($n = 18$; 31%) o con livelli lievi ($n = 8$; 13,8%) oppure moderati ($n = 10$; 17,2%).

Nel gruppo "altre sostanze" ($n = 53$) prevale nettamente la gravità severa ($n = 40$; 75,5%) con una concentrazione molto alta di casi.

Queste differenze nella gravità del DUS tra i due gruppi "Cannabis unico" e "altre sostanze" sono state sottoposte ad analisi statistiche per indagarne l'indipendenza statistica.

Il test del chi-quadro ha evidenziato un'associazione significativa tra pattern di consumo e gravità del DUS ($\chi^2 = 22.5$; $p < 0.001$).

Sezione C: Analisi dei 7 domini psicopatologici

Nel campione analizzato emerge una presenza significativa di compromissione clinica nel dominio discontrollo degli impulsi: il 46,8% dei partecipanti mostra livelli gravi.

Seppur anche all'interno dei restanti domini si riscontrino percentuali di casi gravi fanno da controaltare percentuali elevate di pazienti che risultano sotto soglia, mostrando valori più bassi di gravità media.

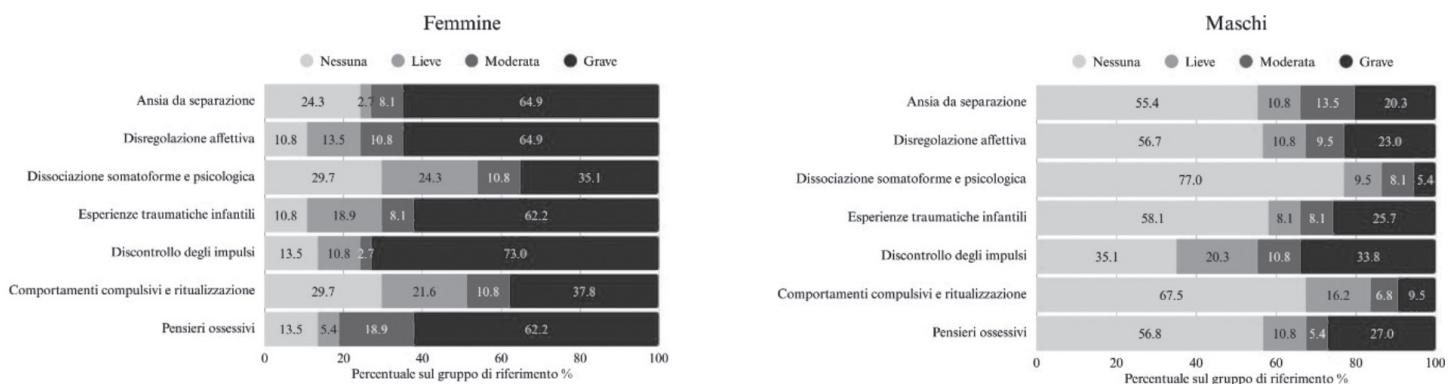
Nel complesso i dati relativi al campione suggeriscono profili psicopatologici eterogenei e diversificati.

C1. Analisi dell'associazione tra i 7 domini psicopatologici e sesso

Al fine di valutare la possibile relazione tra sesso e domini psicopatologici, il campione clinico è stato dapprima diviso in due gruppi (M, F) e poi distribuito per gravità (fuori dall'attenzione clinica, lieve, moderato, grave) all'interno di tutti e 7 i domini psicopatologici considerati.

La distribuzione dei livelli di gravità nei 7 domini all'interno dei campioni M e F è riportata nel Grafico che segue.

Graf. 5 - Distribuzione percentuale dei livelli di gravità nei 7 domini all'interno dei campioni M e F



Queste differenze nei livelli di gravità tra maschi e femmine sono state sottoposte ad analisi statistiche per indagare l'indipendenza tra le 7 variabili e il sesso.

Il test del chi-quadro di indipendenza suggerisce che in tutti i domini psicopatologici analizzati le differenze di sesso risultano statisticamente significative.

I valori statistici sono riportati in Tabella 1.

Tab. 1 - Risultati delle analisi del chi-quadro per le differenze di sesso nei domini clinici

Dominio psicopatologico	$\chi^2(df)$	p
Ansia da separazione	21.87 (3)	< .001
Disregolazione affettiva	24.48 (3)	< .001
Dissociazione somatoforme e psicologica	27.22 (3)	< .001
Esperienze traumatiche infantili	24.17 (3)	< .001
Discontrollo degli impulsi	15.51 (3)	.001
Comportamenti compulsivi e ritualizzazione	17.83 (3)	< .001
Pensieri ossessivi	24.10 (3)	< .001

Sono riportati i valori del test del chi-quadro (χ^2) con i gradi di libertà tra parentesi e i corrispondenti valori di significatività (p). I valori p inferiori a .001 sono riportati come $p < .001$.

Dalla distribuzione percentuale dei livelli di gravità nei 7 domini, si osserva una tendenza delle partecipanti di sesso femminile a concentrarsi nelle fasce di gravità clinica più elevate.

Discussione e conclusioni

I risultati emersi dall'analisi condotta dal seguente studio hanno evidenziato alcuni pattern ricorrenti di particolare interesse sintetizzabili in 6 punti:

1. **Centralità della Cannabis:** rappresenta la sostanza primaria più diffusa in tutte le fasce d'età ($\approx 70\%$), ma la sua centralità

si riduce progressivamente con l'aumentare dell'età, a favore di sostanze con alto potenziale additivo come Crack e Cocaina inalata.

2. **Complessificazione delle traiettorie di consumo:** mentre negli adolescenti (15-18 anni) prevale l'uso di una sola sostanza (in primis Cannabis), nei giovani adulti (19-25 anni) emerge una crescente diversificazione e un incremento significativo del poliabuso (fino al 20% nei 23-25enni).

3. **Incremento della gravità del DUS con l'età:** la distribuzione della gravità del DUS, misurata tramite ABQ, mostra una netta associazione statistica con l'età ($p = .0068$). Nella fascia 15-18 anni la quota di diagnosi severe è pari al 31,4%, mentre raggiunge il 67,5% in quella 23-25 anni.

4. **Rapporto tra sostanza di consumo e gravità del DUS:** i consumatori esclusivi di Cannabis presentano una distribuzione più bilanciata della gravità del disturbo, con il 37,9% aventi una diagnosi severa, mentre tra i consumatori di altre sostanze o poliabuso la gravità severa raggiunge il 75,5% ($p < .001$).

5. **Sesso e gravità del DUS:** pur non risultando un dato statisticamente significativo ($p = .38$), le pazienti di sesso femminile mostrano una prevalenza clinicamente rilevante di quadri severi del Disturbo da uso di sostanze (67,6% dei casi) rispetto ai pazienti di sesso maschile (50% dei casi).

6. **Sesso e psicopatologia:** si riscontra una marcata compromissione psicopatologica, nettamente associata con il sesso in tutti e 7 i domini valutati con 7DAS. Tali differenze tra maschi e femmine in tutti e 7 i domini risultano statisticamente significative, pertanto non dovute al caso (Tabella 1).

Nel complesso, i risultati indicano una traiettoria di aggravamento clinico legata all'aumento dell'età e al passaggio dalla Cannabis al policonsumo, con differenze di sesso che richiedono un'attenzione clinica specifica.

I dati raccolti si allineano con le evidenze di recenti studi epidemiologici e clinici: la Cannabis è inizialmente la sostanza prevalente, ma lascia progressivamente spazio a pattern di consumo più complessi.

Questo è in linea con quanto riportato in letteratura, dove policonsumo e uso di stimolanti tendono ad emergere nella prima età adulta e sono associati a prognosi più severe (Connor *et al.*, 2014; Starzer *et al.*, 2018).

È importante sostenere l'idea di traiettorie differenziate, influenzate da vulnerabilità individuali e contesti sociali (Volkow et al., 2014), così come considerare l'impatto di esperienze traumatiche precoci, come trascuratezza emotiva, abusi fisici, sessuali e psicologici.

In questo senso, una parte significativa del campione, maschile e femminile, riporta esperienze traumatiche infantili.

Il dato relativo al genere merita particolare attenzione.

Sebbene non emerga una significatività statistica rispetto alla gravità del Disturbo da Uso di Sostanze, le donne mostrano una tendenza a quadri clinici più gravi, in linea con quanto evidenziato dalla letteratura (Haro et al., 2023).

Inoltre, in tutti i domini psicopatologici indagati – ansia da separazione, disregolazione affettiva, dissociazione, traumi infantili, discontrollo degli impulsi, compulsività e pensieri ossessivi – le differenze di sesso risultano significative, con una maggiore concentrazione delle partecipanti nelle fasce di gravità più elevata.

Questi risultati evidenziano la necessità di servizi specialistici dedicati, non solo ai consumi di sostanza ma a questa specifica fascia d'età, e che offrano percorsi terapeutici che tengano in considerazione le implicazioni delle differenze di sesso.

Limiti e prospettive future

Il presente lavoro presenta alcuni limiti metodologici da considerare.

Il campione, limitato a un solo servizio cittadino, riduce la generalizzabilità dei risultati.

Inoltre, la ridotta rappresentanza femminile del campione limita la potenza statistica delle analisi.

Il disegno trasversale, infine, non permette di stabilire relazioni causali tra età, sostanze e gravità, né di seguire l'evoluzione dei percorsi individuali.

Studi futuri dovrebbero prevedere campioni più ampi e multicentrici, con disegni longitudinali in grado di chiarire meglio le dinamiche di transizione dal consumo di Cannabis ad altre sostanze, e di approfondire le vulnerabilità specifiche tra i sessi.

Conclusioni

I risultati di questo studio confermano che età, sesso e tipo di sostanza sono variabili chiave nella comprensione del Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) anche tra i giovani.

La Cannabis si conferma sostanza d'esordio più comune, ma lascia progressivamente spazio a consumi più complessi e gravi, come Cocaina inalata e Crack, soprattutto con l'aumentare dell'età. Le differenze tra i sessi richiedono modelli di intervento mirati, attenti alle vulnerabilità specifiche della popolazione femminile.

Emergono traiettorie di aggravamento clinico dall'adolescenza alla giovane età adulta, che rafforzano la necessità di servizi specialistici capaci di offrire interventi precoci, multidisciplinari e sensibili alle differenze tra i sessi.

I servizi pubblici territoriali si confermano fondamentali per l'intercettazione precoce, il trattamento e la produzione di dati scientifici utili a orientare politiche e pratiche cliniche.

Riferimenti bibliografici

- Balestra G., Rossi M., & Ferraro P. (2025). L'integrazione dei servizi di salute mentale e delle dipendenze: Rischi e prospettive. *Rivista Italiana di Psichiatria*, 60(1): 45-56.
- Bellavia A., Bellini A., D'Elia P., Gennari N., Ivaldi F., & Imperiale G. (2019). Come motivare al cambiamento giovani consumatori? *Animazione Sociale*, 332: 63-94.
- Bifulco A., & Moran P. (2007). Clinical and research perspectives on child neglect and abuse: Implications for adult mental health. *Psychiatry*, 6(8): 339-342.
- Connor J.P., Gullo M.J., White A., & Kelly A.B. (2014). Polysubstance use: Diagnostic challenges, patterns of use and health. *Drug and Alcohol Review*, 33(3): 309-319.
- Eaton N.R., Keyes K.M., Krueger R.F., Noordhof A., Skodol A.E., Markon K.E., Grant B.F., & Hasin D.S. (2012). An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorder prevalence: Evidence from a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1): 282-288.
- Eaton N.R., Rodriguez-Seijas C., Carragher N., & Krueger R.F. (2018). Transdiagnostic factors of psychopathology and substance use disorders: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(5): 509-518.
- Gruppo Abele (2011). Quando un Ser.T. si mette in viaggio di conoscenza. Transizioni da una dimensione ambulatoriale ad una logica laboratoriale. *Animazione Sociale*, 78-89.
- Haro J.M., Altamura A.C., Correll C.U., Frydecka D., Nuijten M., & Patel A. (2023). Gender differences in clinical presentation and treatment outcomes in substance use disorders. *Addiction*, 118(6): 1151-1164.
- Hogrefe (2016). *Adolescent Behavior Questionnaire (ABQ): Manuale di somministrazione e scoring*. Hogrefe Editore.
- Meares R. (2005). *The metaphor of play: Origin and breakdown of personal being*. Routledge.
- Miller M.L., & Hurd Y.L. (2017). Testing the gateway hypothesis. *Neuropharmacology*, 42(5): 985-986.
- Morgenstern J., & Leeds M. (1993). Individuals seeking treatment for substance use disorders: A clinical perspective on self-medication and affect regulation. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(4): 285-296.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga (2025). *Relazione al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze*.
- Publedit (2004). L'onda lunga della cocaina. In: *Dal fare al dire* (Vol. III, dicembre 2004). Publedit.
- Publedit (2009). Il Progetto O.N.D.A.1. In: *Interventi Innovativi per le Dipendenze Patologiche* (Collana In-DIPENDENZE, gennaio 2009). Publedit.
- Solmi M., Radua J., Olivola M., Croce E., Soardo L., Salazar de Pablo G., ... & Fusar-Poli P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1): 281-295.
- Starzer M.S.K., Nordentoft M., & Hjorthøj C. (2018). Rates and predictors of conversion to schizophrenia or bipolar disorder following substance-induced psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 175(4): 343-350.
- Volkow N.D., Swanson J.M., Evans A.E., DeLisi L.E., Meier M.H., Gonzalez R., Bloomfield M.A.P., Curran H.V., Baler R., & Muenke M. (2014). Effects of cannabis use on human behavior, including cognition, motivation, and psychosis: A review. *JAMA Psychiatry*, 71(3): 292-297.
- Zerbini M. (2013). Costruzione, manutenzione ed implementazione di una efficace rete territoriale: L'esperienza di O.N.D.A.1. *Federser Informa*, 21: 7-8. Supplemento a Mission. Atti del Convegno "Costruire politiche sulle dipendenze", Milano, giugno 2013.
- Zerbini M. (2014). Se la deve vedere lui... adolescenti, genitori, sostanze e servizi di cura. *Federser Informa*, 25: 24-25. Supplemento a Mission. Atti del Convegno "Adolescenza, vulnerabilità, esordi psicotici, dipendenze", Palermo, ottobre 2014.

¶ 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

Diagnosi infermieristiche nei giovani con disturbo da uso di sostanze: evidenze per la personalizzazione delle cure

*Studio osservazionale trasversale presso un servizio per giovani con disturbo da uso di sostanze; identificazione di 19 diagnosi infermieristiche prevalenti; evidenza del bisogno di interventi personalizzati che integrino aspetti clinici, psicosociali e di supporto familiare**

Claudia Fantuzzi**, Alessandra Zarl***, Teresa Nicola****, Valentina Zeffiro*****,
Gianfranco Sanson°

Summary

■ This study provides the first mapping of nursing diagnoses among young people with substance use disorders accessing the Androna Giovani service in Trieste.

Using a cross-sectional design, 90 participants aged 15-25 were assessed through standardized nursing interviews based on NANDA-I criteria.

Nineteen diagnoses showed a prevalence $\geq 30\%$, with Risk for suicidal behavior emerging as the most frequent.

Significant associations were observed between psychosocial vulnerabilities – such as unemployment, low educational attainment, lack of family support, involvement with social services, and previous stays in therapeutic communities – and multiple nursing diagnoses reflecting both clinical and psychosocial fragilities.

These findings align with existing evidence highlighting the impact of social determinants of health on substance use trajectories and treatment engagement.

The use of nursing diagnoses allowed for a detailed characterization of care complexity, underscoring the need for integrated, individualized, and psychosocially informed nursing interventions.

Despite limitations, including the absence of benchmarks and missing data, this study supports the essential role of nursing in recognizing early vulnerabilities and promoting comprehensive, person-centered care in youth addiction settings. ■

Keywords: Nursing diagnoses, Addiction, Youth, Nursing plan.

Parole chiave: Diagnosi infermieristiche, Dipendenza, Giovani, Piano assistenziale.

Introduzione

La crescente diffusione dei disturbi da uso di sostanze tra adolescenti e giovani adulti rappresenta una sfida sanitaria e sociale di rilevanza globale (World Health Organization, 2023).

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, oltre 35 milioni di persone sono affette da tali disturbi, con una prevalenza in au-

mento tra i soggetti sotto i 25 anni (World Health Organization, 2023).

In Italia, nel 2023 i giovani tra i 15 e i 19 anni che riferivano di aver consumato una sostanza illegale almeno una volta nella vita erano il 39%, con il 28% che lo ha fatto nel corso dell'ultimo anno (Dipartimento delle politiche contro la droga e le altre dipendenze, 2024).

* Elaborato vincitore del Premio FeDerSerD “Traguardi e prospettive dei Servizi delle Dipendenze” (in memoria di Guido Faillace - 1^a ed., ottobre 2025), a seguito di valutazione di una commissione scientifica nazionale.

** Università degli Studi di Roma Tor Vergata - Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione - Roma - I/Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI) – Corso di Laurea in Infermieristica - Trieste.

*** Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI) - DAI Dipendenze e Salute Mentale - SSD Consumi e dipendenze giovanili - Trieste.

**** Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI) - Trieste.

**** Università degli Studi di Roma Tor Vergata - Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione - Roma.

° Università degli Studi di Trieste - Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute - Trieste.

In questo contesto, l'assistenza infermieristica gioca un ruolo fondamentale nella somministrazione di terapie, nell'educazione sanitaria, nella riduzione del danno e nel supporto psicosociale. Tuttavia, le attività cliniche in ambito di dipendenze giovanili sono spesso codificate esclusivamente con diagnosi psichiatriche, escludendo la prospettiva diagnostica infermieristica.

La diagnosi infermieristica, definita come "un giudizio clinico riguardante una risposta umana di un individuo, famiglia o comunità, rispetto a condizioni di salute/processi vitali, o una suscettibilità a tale risposta" costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici volti a raggiungere risultati di cui l'infermiere ha la responsabilità (Herdman *et al.*, 2021).

La letteratura scientifica finora ha trascurato l'epidemiologia delle diagnosi infermieristiche in questo ambito, nonostante la complessità assistenziale (valutabile anche tramite il numero di diagnosi infermieristiche presenti in un dato momento) sia riconosciuta come predittore indipendente di esiti clinici quali mortalità e durata della degenza in altri contesti clinici (D'Agostino *et al.*, 2017, 2019; Sanson *et al.*, 2017, 2019; Zeffiro *et al.*, 2020).

Contesto: Androna Giovani

Fig. 1



Nel 2012, il Dipartimento delle Dipendenze di Trieste ha istituito il servizio Androna Giovani, dedicato ai giovani sotto i 25 anni con problematiche legate all'uso di sostanze (Figura 1). Il servizio si caratterizza per un accesso spontaneo, non stigmatizzante, e per un approccio multidisciplinare che coinvolge psicologi, psichiatri, educatori, terapisti occupazionali, assistenti sociali e infermieri (Tabella 1).

Tab. 1 - Utenti in carico al servizio dall'apertura

Anno	Utenti attivi under 25	% annua di crescita
2013	48	/
2014	83	73%
2015	113	36%
2016	166	47%
2017	165	-1%
2018	184	12%
2019	183	-1%
2020	183	0%
2021	248	36%
2022	242	-2%
2023	267	10%
2024	264	-1%

Obiettivi dello studio

Lo studio ha perseguito due obiettivi principali:

- identificare le diagnosi infermieristiche più prevalenti tra giovani con disturbo da uso di sostanze;
- analizzare le associazioni tra tali diagnosi e variabili socio-demografiche.

Metodologia

Lo studio osservazionale trasversale è stato condotto tra aprile e giugno 2024 presso Androna Giovani.

Sono stati inclusi i giovani che avevano ricevuto almeno una valutazione infermieristica nel primo semestre dell'anno.

Al primo contatto utile con l'équipe infermieristica nel periodo di studio, sono state raccolte variabili sociodemografiche (Tabella 2) come parte dell'accertamento di routine e sono state formulate le diagnosi infermieristiche secondo i criteri NANDA-I (2021-2023). Le analisi sono state condotte con software statistico Jamovi.

Tab. 2 - Variabili sociodemografiche

Variabile	n (%)
<i>Livello di istruzione*</i>	
Basso livello di istruzione ¹	69 (77,5%)
Istruzione professionale/superiore ²	20 (22,5%)
<i>Condizione abitativa</i>	
Stabile	77 (85,6%)
Precaria	4 (4,4%)
Attualmente in comunità terapeutica	9 (10,0%)
<i>Supporto familiare</i>	
Presente	60 (66,7%)
Assente	30 (33,3%)
<i>Relazione genitoriale</i>	
Genitori separati	50 (56,8%)
Genitori non separati	35 (39,8%)
<i>Condizione socioeconomica</i>	
Reddito basso o assente	49 (54,4%)
Reddito medio o alto	41 (45,6%)
<i>Condizione lavorativa</i>	
Studente o occupato	41 (45,6%)
Disoccupato ³	49 (54,4%)
<i>Fonte di invio</i>	
Sistema giudiziario	30 (33,3%)
Accesso diretto	27 (30,0%)
Servizi sanitari	21 (23,3%)
Familiari	8 (8,9%)
Servizi sociali	4 (4,4%)
<i>Altri servizi sanitari e sociali coinvolti</i>	
Nessuno	18 (20,0%)
Servizi di salute mentale (adulti o minori)	34 (37,8%)
<i>Terapia sostitutiva</i>	
	25 (27,8%)
<i>Farmaci psichiatrici prescritti</i>	
	23 (25,6%)

Note:

* n = 89 (1 dato mancante); * n = 85 (2 dati mancanti; 3 partecipanti senza famiglia)

¹ Istruzione primaria, secondaria inferiore o nessuna istruzione formale

² Qualifica professionale, diploma di scuola superiore, laurea

³ Disoccupato, lavoratore occasionale o inserito in programmi di collocamento

Risultati

Il campione finale ha incluso 90 partecipanti, rappresentanti la totalità degli utenti attivamente seguiti dal team infermieristico.

L'età media era di 21,4 anni ($\pm 2,9$, mediana 21, range 15-25), con una maggioranza di genere maschile alla nascita (62%).

Complessivamente, 19 fra le 95 diagnosi infermieristiche assegnate (20%) avevano una prevalenza $\geq 30\%$ nella popolazione (Tabella 3).

La diagnosi infermieristica con maggior prevalenza è stata Rischio di comportamento suicidario presente nel 90% dei ragazzi (n = 81).

Tab. 3 - Diagnosi infermieristiche prevalenti ($\geq 30\%$)

Titolo diagnostico	N/90	Prevalenza
Rischio di comportamento suicidario	81	90%
Prestazioni di ruolo inefficaci	56	62%
Rischio di funzionalità epatica compromessa	56	62%
Rischio di stipsi	56	62%
Comportamento di salute rischioso	48	53%
Rischio di funzione cardiovascolare compromessa	48	53%
Rischio di integrità cutanea compromessa	48	53%
Processi familiari disfunzionali	47	52%
Sindrome da disturbo dell'identità familiare	46	51%
Rischio di resilienza compromessa	43	48%
Rischio di relazione inefficace	43	48%
Insonnia	41	46%
Coping inefficace	41	46%
Rischio di tentativo di allontanamento	37	41%
Sindrome post-traumatica	36	40%
Coping difensivo	32	36%
Rischio di infezione	32	36%
Resilienza compromessa	29	32%
Senso di impotenza	27	30%

Per questo sottogruppo di diagnosi è stata studiata l'associazione con le variabili sociodemografiche raccolte.

La diagnosi è risultata più frequentemente formulata per i soggetti che ricevevano contemporaneamente assistenza da altri servizi sociali e sanitari ($p = 0,003$), che non lavoravano né studiavano ($p = 0,010$), con un basso livello di istruzione ($p = 0,025$) o che mancavano di un supporto familiare efficace ($p = 0,027$).

Inoltre, il rischio suicidario è risultato maggiore nei soggetti con una storia di trattamento più lunga all'interno del servizio per le dipendenze ($p < 0,001$).

È stata osservata una tendenza non statisticamente significativa verso un rischio suicidario più elevato nei soggetti sottoposti a terapie sostitutive ($p = 0,058$) o con doppia diagnosi ($p = 0,058$).

Oltre alla citata diagnosi, la mancanza di supporto familiare (presente nel 33% dei ragazzi) è risultata associata, come atteso, a molte altre diagnosi infermieristiche di stampo psicosociale, quali: Comportamento di salute rischioso ($p < 0,001$), Processi familiari disfunzionali ($p < 0,001$), Sindrome da disturbo dell'identità familiare ($p = 0,005$), Rischio di resilienza compromessa ($p < 0,001$), Rischio di relazione inefficace ($p = 0,009$), Coping inefficace ($p = 0,002$), Rischio di tentativo di allontanamento ($p = 0,010$), Coping difensivo ($p = 0,002$), Insonnia ($p = 0,047$) e Senso di impotenza ($p = 0,010$).

Sono state però riscontrate anche associazioni con problemi con ricadute di natura maggiormente biologica, come Rischio di stipsi ($p = 0,004$), Rischio di integrità cutanea compromessa ($p < 0,001$), Rischio di funzionalità epatica compromessa ($p = 0,004$), Rischio di infezione ($p < 0,001$), Rischio di funzione cardiovascolare compromessa ($p = 0,004$).

La disoccupazione (rilevata nel 30% del campione) è risultata associata alle diagnosi infermieristiche di Prestazioni di ruolo inefficaci ($p = 0,003$), Comportamento di salute rischioso ($p = 0,020$), Rischio di funzione cardiovascolare compromessa ($p = 0,020$), Rischio di integrità cutanea compromessa ($p = 0,020$), Processi familiari disfunzionali ($p = 0,003$), Coping difensivo ($p < 0,001$) e Senso di impotenza ($p = 0,010$).

L'essere in carico ai servizi sociali (27% dei partecipanti) è risultato associato alle diagnosi infermieristiche Sindrome da disturbo dell'identità familiare ($p = 0,020$), il Rischio di resilienza compromessa ($p = 0,008$), Rischio di comportamento suicidario ($p = 0,008$), Sindrome post-traumatica ($p = 0,030$) e Coping difensivo ($p = 0,030$). Le diagnosi infermieristiche associate al vivere o aver vissuto in

comunità terapeutiche (presente nel 36% del campione) erano Rischio di comportamento suicidario ($p = 0,009$), Prestazioni di ruolo inefficaci ($p = 0,020$), Sindrome da disturbo dell'identità familiare ($p = 0,007$), Rischio di resilienza compromessa ($p = 0,020$), Rischio di relazione inefficace ($p = 0,030$), Insonnia ($p = 0,030$), Coping inefficace ($p = 0,002$), Rischio di tentativo di allontanamento ($p = 0,002$), Coping difensivo ($p = 0,008$) e Rischio di infezione ($p = 0,040$).

Nei partecipanti con condizione socioeconomica bassa, pari al 54,4% del campione, sono state rilevate associazioni statisticamente significative con il Rischio di comportamento suicidario ($p = 0,040$), Rischio di resilienza compromessa ($p = 0,040$), Coping difensivo ($p = 0,020$) e Rischio di infezione ($p = 0,020$).

Nei partecipanti con basso livello di istruzione (77,5%) sono emerse associazioni significative con le diagnosi infermieristiche di Coping inefficace ($p = 0,030$), Rischio di tentativo di allontanamento ($p = 0,030$) e Coping difensivo ($p = 0,040$).

Discussione

La prevalenza elevata di diagnosi legate al rischio suicidario, ai processi familiari e alle condizioni socioeconomiche sottolinea l'interconnessione tra aspetti biologici e psicosociali nell'assistenza infermieristica ai giovani con disturbo da uso di sostanze.

Questi dati confermano la complessità assistenziale di questa popolazione e la necessità di un approccio infermieristico integrato e personalizzato, che includa anche il coinvolgimento delle comunità terapeutiche e delle reti di supporto (Naegle & Fougere, 2017).

I risultati sono coerenti con quanto già descritto in letteratura, che ha documentato come la disoccupazione rappresenti un fattore di rischio significativo per lo sviluppo e il mantenimento dei disturbi da uso di sostanze (Nagelhout et al., 2017) e come la bassa scolarità sia associata a esiti clinici e psicosociali peggiori (Requena-Ocaña et al., 2021).

La vulnerabilità economica osservata nel campione appare strettamente connessa ai determinanti sociali di salute, che influenzano non solo il benessere psicosociale ma anche la capacità dei giovani di accedere e aderire ai percorsi di cura (World Health Organization, 2025).

L'utilizzo delle diagnosi infermieristiche ha permesso di evidenziare con chiarezza la compresenza di fragilità biologiche e psicosociali, supportando quanto già la letteratura indica circa il bisogno di interventi psicoeducativi e di sostegno sociale.

Ciò conferma il valore dell'approccio olistico e infermieristico nel riconoscere precocemente vulnerabilità spesso trascurate in altri setting assistenziali (come ad esempio quelli di emergenza/urgenza), rafforzando l'importanza di interventi integrati e personalizzati (Marchand et al., 2019).

Tra i limiti dello studio va segnalata l'assenza nella letteratura di dati provenienti da contesti simili, che riflette il carattere pionieristico del servizio Androna Giovani e della ricerca sulle diagnosi infermieristiche in questo setting. Inoltre, una parte degli utenti era seguita in altri servizi territoriali e non direttamente dagli infermieri, con conseguente riduzione del campione disponibile e rischio di accertamenti incompleti.

Alcuni dati mancanti potrebbero avere influenzato le stime di prevalenza, mentre il campione piccolo e variabili confondenti, come la minore presenza di supporto familiare tra le partecipanti di genere femminile, suggeriscono cautela nell'interpretazione dei risultati.

Conclusioni

Questo studio rappresenta il primo tentativo di mappare l'epidemiologia delle diagnosi infermieristiche nei giovani con disturbo da uso di sostanze.

I risultati hanno implicazioni rilevanti per la formazione infermieristica, che dovrebbe includere competenze specifiche per affrontare la complessità dell'assistenza alle persone con problemi di dipendenza.

Fig. 2



L'approccio infermieristico non si limita al trattamento, ma si orienta a favorire trasformazioni durature nella vita dei giovani, promuovendo resilienza e inclusione sociale. Investire nella formazione avanzata e nel riconoscimento del ruolo autonomo dell'infermiere può contribuire a migliorare gli esiti clinici e sociali, rafforzando una presa in carico integrata, efficace e centrata sulla persona. Infine, condividere sistematicamente le informazioni diagnostiche all'interno dell'équipe multiprofessionale rappresenta un elemento essenziale per garantire coerenza progettuale, continuità assistenziale e interventi realmente personalizzati.

Riferimenti bibliografici

- D'Agostino F., Sanson G., Cocchieri A., Vellone E., Welton J., Maurici M., Alvaro R., & Zega M. (2017). Prevalence of nursing diagnoses as a measure of nursing complexity in a hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 73(9): 2129-2142. Doi: 10.1111/jan.13285.
- D'Agostino F., Vellone E., Cocchieri A., Welton J., Maurici M., Polistena B., Spandonaro F., Zega M., Alvaro R., & Sanson G. (2019). Nursing Diagnoses as Predictors of Hospital Length of Stay: A Prospective Observational Study. *Journal of Nursing Scholarship*, 51(1): 96-105. Doi: 10.1111/jnu.12444.
- Dipartimento delle politiche contro la droga e le altre dipendenze (2024). *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia anno 2024 (dati 2023)*. Presidenza del Consiglio dei Ministri.

https://www.politicheantidroga.gov.it/media/mlsigkh0/relazione-al-parlamento_2024.pdf.

Herdman T.H., Kamitsuru S., & Lopes C. (a cura di) (2021). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2021-2023* (12th edition). Thieme.

Marchand K., Beaumont S., Westfall J., MacDonald S., Harrison S., Marsh D.C., Schechter M.T., & Oviedo-Joekes E. (2019). Conceptualizing patient-centered care for substance use disorder treatment: Findings from a systematic scoping review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 14(1), 37. Doi: 10.1186/s13011-019-0227-0.

Naegle M., & Fougere M.A. (2017). Nursing Roles in the Care of Patients with Substance Use Disorders. *Journal of Addictions Nursing*, 28(3), 109. Doi: 10.1097/JAN.0000000000000183.

Nagelhout G.E., Hummel K., de Goeij M.C.M., de Vries H., Kaner E., & Lemmens P. (2017). How economic recessions and unemployment affect illegal drug use: A systematic realist literature review. *The International Journal on Drug Policy*, 44: 69-83. Doi: 10.1016/j.drugpo.2017.03.013.

Requena-Ocaña N., Flores-Lopez M., Martín A.S., García-Marchena N., Pedraz M., Ruiz J.J., Serrano A., Suárez J., Pavón F.J., de Fonseca F.R., & Araos P. (2021). Influence of gender and education on cocaine users in an outpatient cohort in Spain. *Scientific Reports*, 11(1), 20928. Doi: 10.1038/s41598-021-00472-7.

Sanson G., Alvaro R., Cocchieri A., Vellone E., Welton J., Maurici M., Zega M., & D'Agostino F. (2019). Nursing Diagnoses, Interventions, and Activities as Described by a Nursing Minimum Data Set: A Prospective Study in an Oncology Hospital Setting. *Cancer Nursing*, 42(2): E39-E47. Doi: 10.1097/NCC.0000000000000581.

Sanson G., Vellone E., Kangasniemi M., Alvaro R., & D'Agostino F. (2017). Impact of nursing diagnoses on patient and organisational outcomes: A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24): 3764-3783. Doi: 10.1111/jocn.13717.

World Health Organization (2023). *Addictive behaviour*. -- <https://www.who.int/health-topics/addictive-behaviour>.

World Health Organization (2025). *World report on social determinants of health equity*. World Health Organization. -- <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b88a62f3-2f12-4001-840d-db0ef78dce71/content>.

Zeffiro V., Sanson G., Welton J., Maurici M., Malatesta A., Carboni L., Vellone E., Alvaro R., & D'Agostino F. (2020). Predictive factors of a prolonged length of stay in a community Nursing-Led unit: A retrospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(23-24): 4685-4696. Doi: 10.1111/jocn.15509.

RECENSIONE

Una piacevole presenza

È in uscita il 15 dicembre per i tipi dell'editore RAZ, la prima antologia delle poesie di Enzo Lamartora tradotta in Francia, *Après les pertes*. Essa comprende opere tratte dalle raccolte apparse in Italia dal 2002 al 2026 per l'editore Crocetti (*Nel corpo tuo rimorso*, 2002; *La dimensione della perdita*, 2016; *Prima parola*, 2026), La vita felice (*It was*, 2017; *Disamore*, 2018; *L'amore perduto*, 2026), Raffaelli (*Rosso interludio*, 2022) e Aracne (*Attendersi di là*, 2022), oltreché inediti della raccolta *Infine*, di prossima pubblicazione in Italia.

Si tratta di un'opera significativa, che abbraccia un arco di 25 anni e che per la prima volta presenta al pubblico francese un autore importante della poesia italiana, tradotto già in America da Michael Palma (*The autumn of love*, Gradiva publications, 2018 e *The dimension of loss*, Fomite press, 2024), in Spagna (*Después de las heridas*, traduzione di Ana Lara Almarza, Averso-Poesía, 2025), in Grecia (*Dopo le ferite*, traduzione di Anna Griva, Enypnion, 2026 e *Perduto amore*, traduzione di Giannis Pappas, 24Grammatika 2025), e in Austria (*Das Ausmass Des Verlusts*, traduzione di Hans Raimund, 2023).

Oltreché poeta, Lamartora è anche traduttore: ha "portato" in Italia importanti autori del Novecento, in primis Arthur Adamov (*La confessione*, Mar dei Sargassi, 2025), Dominique Grandmont (*Memoria del presente. Antologia poetica*, Mar dei Sargassi, 2026) e Giannis Ritsos, del quale ha tradotto i poemetti *Aiace*, *Persefone* e *Il ritorno di Ifigenia* (*Rivista Passages*, 2004 e 2005).

La poesia di Lamartora è improntata da una forte connotazione etica.

Seguendo la traiettoria novecentesca che parte da Saba e arriva Fiori, Benedetti e Dal Bianco – passando per gli amati maestri Ungaretti, Luzi, e Giudici – Lamartora ritiene che la poesia abbia il compito di educare gli uomini alla cura delle relazioni, alla consapevolezza di sé.

I poeti hanno la responsabilità di parlare in modo chiaro e farsi capire, con stile "semplice", e che il poeta parli di ciò che ha realmente vissuto e sofferto: solo una parola autentica e appassionata può smuovere e coinvolgere l'altro.

Alla vocazione etica della poesia va affiancata la necessaria coerenza che il poeta deve perseguire, tra la poesia e la vita: la scissione tra l'esperienza

personale e la scrittura non fa che rendere inefficace e marginale la poesia contemporanea.

Le aree tematiche maggiormente esplorate nelle sue opere sono quelle del disincanto, del silenzio, della perdita, "non solo la perdita di relazioni sociali come la famiglia, il matrimonio, l'amicizia, la conoscenza, eccetera, ma anche la perdita della patria, la perdita di un'umanità che non è affatto rafforzata dall'istruzione e dalla formazione, ma piuttosto messa in discussione" (Hans Raimund, <https://www.planetaryrik.de/enzo-lamartora-das-ausmass-des-verlusts/2023/11>).

Lamartora non pone domande, non elargisce sentenze; enuncia fatti, formula diagnosi.

Alcuni testi di questo libro presentano un elenco amaro degli aspetti negativi dell'esistenza.

Eppure, qua e là, emergono sprazzi di consolazione, di compassione – per sé stessi e per l'altro – che risuonano con suoni sorprendentemente delicati, come un venire a patti con la realtà e con la perdita nella sua piena portata. Con queste traduzioni estere, *Enzo Lamartora* ripropone la sua voce poetica nel panorama internazionale.

(A.L.)

Lamartora è nato a Napoli, nel 1965. Si è laureato in medicina nel 1989, e specializzato in psichiatria nel 1993. Dal 2002 al 2009 ha diretto il quadriennale di arti, culture e riflessioni "Passages", su cui ha pubblicato poesie e opere inedite di Franco Loi, Giorgio Barberi Squarotti, Katerina Angelaki-Rooke, Alain Jouffroy, Philippe Sollers, Louis Aragon.

Ha scritto articoli di critica per la rivista "Poesia", di Nicola Crocetti, per la rivista "Anterem" di Flavio Ermini, per il mensile "MicroMega".

È stato direttore artistico del Festival della poesia della città di Ascoli Satriano. È membro dell'esecutivo nazionale di FeDerSerD e vice direttore del Comitato scientifico nazionale.

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno XII, n. 46

MISSION n. 72

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

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

Direttore: Alfio Lucchini

Responsabile scientifico: Ezio Manzato

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

Redazione Mission: CeRCo, Milano.

Approccio Terapeutico-Sociale per i Detenuti con Disturbo da Uso di Alcol. L’esperienza del Ser.D. Intramurario di Taranto

Stefania Montesano*, Vincenzo Verardi**, Vincenza Ariano***

Introduzione

Il disturbo da uso di alcol rappresenta una delle principali problematiche sanitarie e sociali all’interno degli istituti penitenziari, con impatti significativi sia sul benessere individuale dei detenuti che sulla sicurezza e gestione della popolazione carceraria.

Secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità l’alcol è responsabile di oltre 3 milioni di decessi ogni anno a livello globale e costituisce un fattore di rischio per oltre 200 condizioni patologiche, tra cui disturbi psichiatrici, malattie epatiche e cardiovascolari, nonché comportamenti violenti e criminali (WHO, 2024).

Nel contesto penitenziario italiano, la presenza di detenuti con problematiche legate all’abuso di alcol e sostanze psicoattive è in costante aumento (WHO Collaborating Centre - ISS, 2016).

In particolare, presso il centro di reclusione di Taranto, su una popolazione detenuta di circa 900 persone, di cui 350 in carico al Ser.D., il 20% presenta una diagnosi di disturbo da uso di alcol.

Tale dato risulta particolarmente rilevante se si considera la correlazione tra l’abuso di alcol e la commissione di reati a sfondo sessuale, di stalking e di violenza (Ison *et al.*, 2024; ISS, 2023), fenomeni che richiedono un approccio terapeutico e riabilitativo integrato.

Il carcere, tradizionalmente concepito come luogo di espiazione della pena, si configura oggi sempre più come spazio di intervento socio-sanitario, in cui è possibile attivare percorsi di cura, riabilitazione e reinserimento sociale. In tale prospettiva, il Ser.D. intramurario svolge un ruolo fondamentale nella presa in carico dei detenuti con dipendenze, attraverso un modello multidisciplinare che integra interventi farmacologici, psicologici e sociali.

L’assistente sociale, in particolare, rappresenta una figura chiave nel processo di accompagnamento terapeutico, con il compito di costruire un progetto individualizzato che tenga conto della storia personale, familiare e sociale del detenuto, promuovendo l’autonomia, la responsabilizzazione e la riduzione del rischio di recidiva.

L’intervento sociale, infatti, non si limita alla gestione della dipendenza, ma si estende alla ricostruzione di legami affettivi, alla mediazione con le istituzioni e alla creazione di opportunità formative e lavorative, anche in vista del reinserimento post-detentivo.

Alla luce di queste considerazioni, il presente contributo si propone di descrivere l’esperienza maturata

* Psicologa clinica, Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL di Taranto.

** Medico, Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL di Taranto.

*** Direttore, Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL di Taranto.

presso il Ser.D. intramurario di Taranto, con particolare riferimento all'approccio terapeutico-sociale rivolto ai detenuti con disturbo da uso di alcol.

Attraverso l'analisi di casi concreti e la riflessione sulle pratiche professionali adottate, si intende offrire uno spunto di riflessione per il miglioramento delle politiche di trattamento e inclusione sociale in ambito penitenziario.

Descrizione del Ser.D. intramurario di Taranto ed esperienza clinica diretta

L'approccio terapeutico-sociale adottato dal Servizio per le Dipendenze (Ser.D.) intramurario della Casa Circondariale di Taranto si basa su un modello multidisciplinare e integrato, volto a garantire una presa in carico globale della persona detenuta con disturbo da uso di alcol.

Il metodo si articola in diverse fasi operative, che coinvolgono professionisti con competenze complementari e si sviluppano in sinergia con i servizi territoriali.

All'ingresso in carcere è prevista una fase di accoglienza e presa in carico in occasione della quale il detenuto viene sottoposto a una valutazione iniziale da parte dell'équipe sanitaria, che include un primo screening per l'individuazione di problematiche legate all'uso di sostanze.

In presenza di indicatori di abuso o dipendenza da alcol, il detenuto viene segnalato al Ser.D. intramurario per un approfondimento diagnostico.

L'assistente sociale, in collaborazione con psicologi e medici, effettua un colloquio di accoglienza volto a raccogliere informazioni anamnestiche, familiari, sociali e motivazionali.

Questo momento è fondamentale per stabilire una relazione di fiducia e per iniziare a costruire un progetto terapeutico personalizzato.

Viene quindi effettuata una valutazione clinica e psicosociale viene condotta attraverso incontri in équipe multidisciplinare, composta da medici tossicologi del Ser.D. Intramurario, psicologo psicoterapeuta, assistente sociale ed educatore penitenziario.

Sulla base della valutazione, viene redatto un programma terapeutico-riabilitativo individualizzato che definisce gli obiettivi terapeutici a breve, medio e lungo termine, gli Interventi farmacologici, quelli psicologici e sociali e le attività educative e formative.

Il piano viene condiviso con il detenuto, che partecipa attivamente alla definizione degli obiettivi, in un'ottica di empowerment e responsabilizzazione.

Nel contesto dell'attività svolta presso la struttura carceraria di Taranto, l'esperienza diretta che ho matu-

rato in qualità di assistente sociale mi ha permesso di osservare da vicino le caratteristiche psicosociali e cliniche dei detenuti affetti da disturbo da uso di alcol. Una parte significativa di questi soggetti presenta condizioni di comorbilità, in particolare con disturbi psichiatrici (es. disturbi dell'umore, disturbi di personalità) e con altri disturbi da uso di sostanze, quali cocaina, eroina e cannabinoidi.

Le motivazioni che spingono all'uso di sostanze, in particolare dell'alcol, appaiono frequentemente legate a bisogni contingenti e a strategie di coping disfunzionali.

In numerosi casi, si tratta di individui che vivono condizioni di grave deprivazione socioeconomica, disoccupazione cronica, perdita di legami familiari significativi e isolamento sociale.

L'alcol viene spesso utilizzato come forma di auto-medicatione per gestire stati ansiosi, depressivi o di disregolazione emotiva, assumendo una funzione compensativa e consolatoria, quasi come un "analgesico psichico" per affrontare il dolore emotivo e l'angoscia esistenziale.

Tra le emozioni più difficili da gestire per questi soggetti emerge la rabbia, spesso non elaborata e non contenuta da adeguate risorse personali o relazionali. In assenza di strumenti di regolazione emotiva, l'uso di alcol diventa la modalità prevalente per affrontare situazioni di frustrazione, conflitto o senso di colpa, anche in relazione ai reati commessi, che frequentemente includono furti, rapine, spaccio o violenze, spesso perpetrati sotto l'effetto della sostanza.

Il profilo sociale di questi detenuti è spesso caratterizzato da storie familiari disfunzionali, con genitori anch'essi coinvolti in circuiti di dipendenza o detenzione, e da una crescita in contesti ad alta vulnerabilità sociale, quali quartieri segnati da criminalità diffusa, povertà educativa e assenza di modelli prosociali.

Si tratta di soggetti appartenenti a fasce deboli della popolazione, con scarse risorse culturali, economiche e relazionali, e con un ridotto accesso a fattori protettivi.

L'età dei detenuti osservati varia dai 30 ai 60 anni, ma si registra una presenza crescente di giovani adulti, in particolare nella fascia 20-26 anni, che hanno iniziato a delinquere e a sviluppare comportamenti alcol-correlati già in età adolescenziale o preadolescenziale. L'obiettivo generale dell'intervento sociale è quello di promuovere l'autonomia della persona, favorendo il reinserimento lavorativo, familiare e sociale, e sostenendo il percorso di uscita dalla dipendenza.

Il lavoro si concentra sulla ricostruzione delle competenze di vita quotidiana, sul rafforzamento del ruolo genitoriale e familiare, e sulla prevenzione delle ricadute.

Tuttavia, il rischio di recidiva rimane elevato, soprattutto nei casi in cui il detenuto rientra nel medesimo contesto ambientale e relazionale preesistente, caratterizzato da fattori di rischio non modificati.

In tale ottica, il lavoro rappresenta un importante fattore protettivo.

L'inserimento lavorativo, anche in fase detentiva, attraverso misure quali i permessi premio, consente al detenuto di sperimentarsi in contesti esterni, rafforzare l'autoefficacia e costruire un progetto di vita alternativo alla devianza.

La formazione professionale in carcere e l'acquisizione di competenze spendibili nel mercato del lavoro sono strumenti fondamentali per rendere effettivo il principio costituzionale della funzione rieducativa della pena.

Dal punto di vista umano e professionale, le storie che colpiscono maggiormente sono quelle dei soggetti più giovani, spesso privi di opportunità e di sostegni adeguati.

Per gli operatori sociali, la soddisfazione non risiede necessariamente nel successo pieno del percorso, ma nella possibilità di offrire ascolto, presenza e supporto nei momenti di maggiore fragilità.

Anche un semplice colloquio può rappresentare un momento di sollievo e di riconoscimento per la persona detenuta.

L'attività dell'assistente sociale, in questo contesto, si configura come una scelta vocazionale, orientata alla cura e alla promozione della dignità umana, al di là dei risultati immediatamente misurabili.

Conclusioni

L'attività svolta presso l'istituto penitenziario di Taranto conferma l'efficacia e la necessità dell'approccio terapeutico-sociale integrato nel trattamento del disturbo da uso di alcol tra i detenuti.

La presa in carico multidisciplinare, che combina interventi clinici, psicologici e sociali, consente non solo di trattare la dipendenza, ma anche di agire sulle cause profonde del disagio, favorendo un percorso di consapevolezza, responsabilizzazione e reinserimento.

L'intervento sociale è essenziale in quanto non si limita a fornire un supporto tecnico, ma assume una valenza relazionale e trasformativa, capace di restituire dignità e senso di possibilità anche nei contesti più difficili.

Tuttavia, per rendere questo modello realmente efficace e sostenibile, è necessario promuovere una cultura della cura e della riabilitazione all'interno del sistema penitenziario, superando logiche esclusivamente pu-

nitive, contrastando lo stigma sociale che colpisce le persone con dipendenze, in particolare se ex detenute. In prospettiva, è auspicabile che il carcere diventi sempre più un luogo di ricostruzione identitaria, in cui la persona possa sperimentare nuove possibilità di vita, sviluppare competenze e rafforzare la propria autonomia.

Perché il vero successo di un percorso terapeutico non si misura solo nell'astinenza dalla sostanza, ma nella capacità di vivere una vita piena, relazionale e socialmente integrata.

Riferimenti bibliografici

- ASL Taranto - Ser.D. Intramurario (2024). *Struttura semplice Ser.D. Intramurario - Attività e funzioni*. Regione Puglia. -- https://www.sanita.puglia.it/web/asltaranto/dipartimenti_det/-/journal_content/56/36057/struttura-semplice-sert-intramurario.
- Centro Studi Affido (2024). *L'assistente sociale all'interno delle carceri: recupero sociale dei condannati*. -- <https://www.centrostudiaffido.it/articoli/assistente-sociale-carceri-recupero-condannati>.
- Dors Piemonte (2023). *Correlazione fra violenza di genere e abuso di alcol*. -- <https://www.dors.it/2023/07/correlazione-fra-violenza-di-genere-e-abuso-di-alcol/>.
- Ison J., Wilson I., Forsdike K., Theobald J., Wilson E., Laslett A.M., & Hooker L. (2024). A scoping review of global literature on alcohol and other drug-facilitated sexual violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15248380241297349.
- Istituto Superiore di Sanità (2023). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni* (Rapporti ISTISAN 23/3). <https://alcologialitaliana.it/wp-content/uploads/2023/06/ISTISAN-2023-Monitoraggio-Italia-Regioni.pdf>.
- Italia Globale (2025). *Assistente sociale in carcere: un ruolo chiave*. <https://www.italiaglobale.it/assistente-sociale-in-carcere-un-ruolo-chiave-20790>.
- Ministero della Giustizia - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (2023). *Progetti di recupero e reinserimento dei detenuti tossicodipendenti*. https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_6_1.page?contentId=SCE442727.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2024). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. <https://www.epicentro.iss.it/alcol/alcol-salute-disturbi-uso-sostanze-rapporto-oms-2024>.
- Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento Politiche Antidroga (2023). *Trattamenti in carcere - Linee guida per la salute dei detenuti*. <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/1732/parte-iii-cap-2-integrazioni.pdf>.
- WHO Collaborating Centre - Istituto Superiore di Sanità (2016). *Problemi di alcol nel sistema giudiziario penale: un'opportunità di intervento*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107310/9789289002905-ita.pdf>.

L'infermiere case manager nel percorso di disassuefazione alcolica con Sodio Oxibato: l'esperienza del NOA di San Donato Milanese

Giuseppe Fiorentino*, Maurizio Schiavi**

L'inizio di un percorso

Quando un paziente varca la soglia del nostro ambulatorio per iniziare un trattamento di disassuefazione con sodio oxibato, porta con sé molto più di una diagnosi.

Porta timori, dubbi, spesso il peso di tentativi falliti.

È in questo momento cruciale che si gioca una partita fondamentale: quella della fiducia.

Dopo la valutazione medica iniziale e la formulazione del piano terapeutico, il paziente viene affidato all'infermiere.

Non si tratta di un semplice passaggio di consegne, ma dell'inizio di una relazione terapeutica che durerà settimane e che, nella nostra esperienza, rappresenta uno dei fattori determinanti per il successo del percorso.

Il case management infermieristico: una scelta organizzativa vincente

Nel corso del 2024, presso il Nucleo Operativo Alcologia di San Donato abbiamo trattato 74 pazienti con disturbo da uso di alcol utilizzando un protocollo ambulatoriale basato sul sodio oxibato.

L'età media era di 49,2 anni, con una prevalenza maschile (64,9%) in linea con i dati epidemiologici nazionali.

Tutti presentavano una sindrome da astinenza da moderata a severa, con un punteggio CIWA medio iniziale di 24,8 punti.

La peculiarità del nostro modello organizzativo sta nell'aver posto l'infermiere al centro del percorso terapeutico, in un ruolo di autentico case manager.

Questa scelta non è stata casuale: la gestione ambulatoriale della disassuefazione richiede un monitoraggio ravvicinato, costante e competente che solo una figura dedicata può garantire.

Il counseling infermieristico: costruire la fiducia

Il primo incontro dopo la prescrizione medica è un momento delicato.

Il paziente ha appena ricevuto molte informazioni, spesso in uno stato di ansia o malessere fisico.

Il nostro compito, in questa fase, è tradurre il linguaggio tecnico in parole comprensibili e, soprattutto, rassicurare.

* Infermiere, IFO Coordinatore SerD-Nucleo Operativo Alcologia (NOA), Ser.D. San Donato Milanese, ASST Melegnano e della Martesana, Milano.

** Infermiere, Nucleo Operativo Alcologia (NOA), Ser.D. San Donato Milanese, ASST Melegnano e della Martesana, Milano.

“È normale avere dei dubbi”, spieghiamo. “Il sodio oxibato è un farmaco che conosciamo bene, lo usiamo da anni e sappiamo come gestirlo insieme a voi”.

Adottiamo uno stile comunicativo empatico, evitando tecnicismi inutili.

Ascoltiamo le preoccupazioni: alcuni pazienti temono di “sostituire una dipendenza con un'altra”, altri hanno sentito parlare del GHB in contesti non medici e ne sono spaventati.

Affrontare questi timori apertamente, con informazioni chiare e oneste, pone le basi per una buona alleanza terapeutica.

Questa funzione di counseling si estende per tutta la durata del trattamento.

Quando compaiono effetti collaterali – sonnolenza, vertigini, nausea – il paziente sa di poterci chiamare.

E noi sappiamo che rassicurarlo sulla natura transitoria e benigna di questi sintomi può fare la differenza tra l'abbandono del percorso e la sua prosecuzione.

La continuità assistenziale non si interrompe nel fine settimana.

I pazienti in trattamento possono contare su un numero telefonico dedicato, attivo il sabato e la domenica, dove ricevere supporto in caso di dubbi, difficoltà o sintomi che generano preoccupazione.

Sapere di non essere soli, anche quando l'ambulatorio è chiuso, contribuisce a ridurre l'ansia e a prevenire abbandoni legati a momenti di crisi non gestiti.

Il monitoraggio clinico: rigore e prossimità

Tre volte alla settimana, ogni paziente viene valutato ambulatorialmente.

Il protocollo prevede:

- *Somministrazione della scala CIWA-Ar*: per quantificare oggettivamente l'evoluzione della sintomatologia astinenziale.
- *Test etilometrico su aria espirata*: per verificare l'effettiva astensione dall'alcol.
- *Rilevazione dei parametri vitali*: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, temperatura.
- *Valutazione degli effetti collaterali*: attraverso un colloquio strutturato che indaga la comparsa di nuovi sintomi.

Al termine di ogni controllo, viene erogato il quantitativo di farmaco strettamente necessario a coprire il periodo fino all'appuntamento successivo.

Questa modalità di “minimo affido” rappresenta un elemento di sicurezza fondamentale nella gestione di un farmaco che richiede attenzione.

L'infermiere, inoltre, è formato per riconoscere i segnali che richiedono un'anticipazione del controllo medico: peggioramento del quadro clinico, comparsa di sintomi atipici, difficoltà nella gestione domiciliare del farmaco.

In questi casi, la comunicazione tempestiva con il medico consente interventi rapidi e mirati.

I risultati: numeri che parlano

I dati raccolti nel corso del 2024 confermano l'efficacia di questo modello organizzativo.

Controllo della sindrome da astinenza

Il punteggio CIWA medio è passato da 24,8 punti all'ingresso a 8,9 dopo una settimana di trattamento, per stabilizzarsi a 7,2 al termine del percorso.

Un miglioramento del 64% già nei primi sette giorni.

Completamento del programma.

Il 91,9% dei pazienti (68 su 74) ha portato a termine il trattamento.

Solo 6 pazienti hanno richiesto ospedalizzazione per complicanze cliniche, a conferma della sicurezza del setting ambulatoriale quando adeguatamente presidiato.

Astensione dall'alcol

L'89,2% dei pazienti che hanno completato il percorso presentava test etiometrico negativo o con valori trascurabili al termine del trattamento.

Prevenzione delle ricadute

Il follow-up ha evidenziato un tasso di ricaduta del 18,9%, significativamente inferiore rispetto ai dati di letteratura per approcci esclusivamente psicosociali.

L'approccio integrato: non solo farmaco

Il trattamento farmacologico, per quanto efficace, non è mai stato concepito come intervento isolato.

Nel nostro campione, il 73% dei pazienti ha ricevuto interventi educativi mirati alla consapevolezza e alla prevenzione delle ricadute, il 43,2% ha beneficiato di supporto sociale per il reinserimento, e il 32,4% ha intrapreso un percorso di sostegno psicologico.

L'infermiere case manager funge da snodo di questa rete: segnala bisogni emergenti, facilita l'accesso agli altri servizi, mantiene una visione d'insieme del percorso del paziente.

Conclusioni: un modello da replicare

L'esperienza del NOA di San Donato dimostra che il trattamento ambulatoriale con sodio oxibato può essere gestito in sicurezza ed efficacia quando si investe sulla figura dell'infermiere case manager.

Non si tratta semplicemente di delegare compiti, ma di riconoscere che la prossimità, la competenza relazionale e la continuità assistenziale sono ingredienti terapeutici al pari del farmaco. Il paziente che sa di avere un riferimento costante, che viene ascoltato nei suoi dubbi e rassicurato nelle sue paure, è un paziente che aderisce meglio al trattamento.

E un paziente che aderisce al trattamento è un paziente che ha maggiori probabilità di guarire.

Ci auguriamo che questo modello possa essere replicato e adattato in altri contesti, contribuendo a migliorare l'offerta terapeutica per le persone con disturbo da uso di alcol.

Protocollo operativo infermieristico

Frequenza dei controlli

Tre accessi settimanali (es. lunedì, mercoledì, venerdì).

Attività ad ogni controllo

1. *Accoglienza e colloquio* - Valutazione soggettiva dello stato del paziente, ascolto di eventuali difficoltà o preoccupazioni.
2. *Test etiometrico* - Rilevazione su aria espirata, registrazione del valore.
3. *Scala CIWA-Ar* - Somministrazione e calcolo del punteggio.
4. *Parametri vitali* - PA, FC, TC.
5. *Valutazione effetti collaterali* - Indagine su sonnolenza, vertigini, nausea, cefalea, altri sintomi.
6. *Dispensazione farmaco* - Erogazione del quantitativo minimo necessario fino al controllo successivo.
7. *Registrazione* - Documentazione in cartella clinica.

Funzione di counseling

- All'avvio del trattamento: rassicurazione, chiarimento dubbi, verifica comprensione delle modalità di assunzione.
- Durante il percorso: gestione delle preoccupazioni relative agli effetti collaterali, rinforzo motivazionale.
- Stile comunicativo: empatico, linguaggio chiaro e non tecnico.

Reperibilità nel weekend

- Numero telefonico dedicato attivo sabato e domenica.
- Supporto per dubbi, difficoltà nella gestione del farmaco, sintomi preoccupanti.
- Valutazione telefonica e, se necessario, indicazione ad anticipare l'accesso ambulatoriale.

Criteri per anticipare il controllo medico

- Punteggio CIWA in aumento rispetto al controllo precedente.
- Comparsa di sintomi non attesi o atipici.
- Effetti collaterali persistenti o invalidanti.
- Positività etiometrica dopo iniziale negativizzazione.
- Richiesta esplicita del paziente o difficoltà nella gestione domiciliare.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Sullivan J.T., Sykora K., Schneiderman J., Naranjo C.A., Sellers E.M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict.*, 84(11): 1353-1357.
- Skala K., Caputo F., Mirijello A., Vassallo G., Antonelli M., Ferrulli A., Walter H., Lesch O., Addolorato G. (2014). Sodium oxybate in the treatment of alcohol dependence: from the alcohol withdrawal syndrome to the alcohol relapse prevention. *Expert Opin Pharmacother.*, 15(2): 245-257.
- Leone M.A., Vigna-Taglianti F., Avanzi G., Brambilla R., Faggiano F. (2010). Gamma-hydroxybutyrate (GHB) for treatment of alcohol withdrawal and prevention of relapses. *Cochrane Database Syst Rev.*, (2), CD006266.
- Caputo F., Vignoli T., Maremmani I., Bernardi M., Zoli G. (2009). Gamma hydroxybutyric acid (GHB) for the treatment of alcohol dependence: a review. *Int J Environ Res Public Health*, 6(6): 1917-1929.
- Ministero della Salute (2021). *Linee di indirizzo per il trattamento dei disturbi correlati al consumo di alcol*. Roma: Ministero della Salute.

Approccio integrato con stimolazione magnetica transcranica (TMS): un caso clinico con Disturbo da uso di Alcol e di Benzodiazepine

N.M. Marigliano*, C. Buccolieri*, S. German**, A. Larato*, G.M.M. Schirosi*, V. Ariano***

Introduzione

Il Disturbo da Uso di Alcol (DUA) rappresenta una delle condizioni più difficili da trattare in ambito di Medicina delle Dipendenze.

Nonostante i progressi degli ultimi decenni, la gestione clinica di pazienti con dipendenza alcolica severa continua a presentare un elevato tasso di ricadute: sono casi definiti resistenti o multi-fallimentari, dove l'intervento farmacologico standard e i percorsi psicoterapici tradizionali risultano parzialmente o totalmente inefficaci.

La presenza di comorbidità psichiatriche, la plurimodulazione farmacologica e la compromissione neurocognitiva contribuiscono a ridurne l'efficacia.

La complessità aumenta quando il paziente appartiene a contesti istituzionali o comunitari a forte identità simbolica, come nel caso di sacerdoti, religiosi e ministri di culto, per le quali il conflitto identitario, lo stigma intra-istituzionale e il senso di fallimento spirituale rappresentano ostacoli, che alimentano dinamiche di vergogna, colpa, isolamento sociale e difficoltà ad accedere alle cure, oltre una maggiore resistenza ad accettare percorsi terapeutici che implicino un riconoscimento formale della dipendenza.

In questo articolo presentiamo un caso clinico complesso di un paziente con dipendenza severa da alcol e benzodiazepine, che dopo diversi tentativi terapeutici inefficaci ha beneficiato dell'introduzione di un protocollo di Stimolazione Magnetica Transcranica ripetitiva (rTMS) sulla corteccia prefrontale dorsolaterale sinistra.

Negli ultimi anni, accanto alle terapie tradizionali, l'impiego della neuromodulazione non invasiva, ha mostrato risultati promettenti nel trattamento dei disturbi da uso di sostanze, soprattutto in presenza di craving resistente.

* Dirigente Medico Dipartimento Dipendenze Patologiche Ser.D. Taranto.

** Dirigente Psicologa Dipartimento Dipendenze Patologiche Ser.D. Taranto.

*** Responsabile Dipartimento Dipendenze Patologiche Taranto.

La rTMS permette infatti, di modulare circuiti implicati nei processi decisionali, nel controllo inibitorio e nei sistemi di ricompensa alterati nei soggetti con dipendenza.

L'obiettivo è descrivere l'applicazione di un protocollo rTMS nell'ambito di un percorso integrato di cura integrato, evidenziando gli aspetti clinici, tecnici e istituzionali che hanno contribuito alla risposta positiva.

Caso clinico

Il caso clinico, qui descritto, riguarda un Sacerdote di 40 anni con un percorso di studi teologici e filosofici svolto a Roma, ordinato dopo una Formazione Superiore di eccellenza.

Fin dall'adolescenza presenta tratti ansioso-depressivi, esacerbati dopo l'ingresso nel ministero attivo a causa delle crescenti richieste pastorali, dell'isolamento affettivo e del carico emotivo connesso all'ascolto delle sofferenze della comunità.

Nel corso degli anni ha sviluppato un uso progressivamente smodato di alcol come auto-medicazione, con conseguente compromissione della vita comunitaria ed ecclesiastica.

A tale uso si è associata una dipendenza da benzodiazepine, inizialmente prescritte dal proprio medico di base, per insomnia e disturbi d'ansia.

Trattamenti precedenti

Una prima ospedalizzazione in un reparto di Medicina delle Dipendenze nel Nord Italia, ha permesso una parziale disassuefazione dall'alcol, mediante detoxificazione controllata e trattamento farmacologico mirato, comprendente: Soluzione orale di Sodio Oxibato, a scalare, Sertralina (SSRI), Trazodone (antidepressivo con proprietà ipnoinducenti) e Bupropione, Topiramato e Baclofen per il controllo del craving, Rivotril (clonazepam) per la gestione dell'ansia residua.

Tale protocollo veniva confermato alle dimissioni come terapia di mantenimento ed il paziente inviato al nostro Servizio per una presa in carico integrata fina-

lizzata a dare continuità terapeutica e potenziarne la stabilizzazione.

Evoluzione

Nonostante un iniziale ritiro relazionale e difficoltà di engagement, il paziente ha progressivamente mostrato una buona aderenza al percorso medico e psicoterapico, condividendo tematiche centrali quali il conflitto tra la propria missione spirituale e la sofferenza personale, il vissuto di fallimento percepito rispetto al ruolo di guida per la comunità e la difficoltà di riconoscersi bisognoso di aiuto. Tuttavia, nonostante la motivazione crescente, ha presentato diversi episodi di ricaduta con consumo eccessivo di alcol, spesso associato a un abuso di benzodiazepine.

Questa vulnerabilità si è manifestata anche dopo un successivo ricovero, espressamente richiesto dal paziente, in una Struttura privata accreditata, finalizzato alla disassuefazione dalle benzodiazepine tramite somministrazione di Flumazenil, antagonista recettoriale GABAergic di tipo A, utilizzato secondo specifici protocolli, in casi di dipendenza cronica.

Il protocollo, condotto in regime residenziale con Elastomero, ha permesso di gestire in sicurezza la fase di wash-out farmacologico, ma la successiva ricaduta precoce, dopo la dimissione, ha confermato la necessità di strategie di potenziamento e di un approccio integrato più incisivo.

Una ulteriore misura di prevenzione delle ricadute è stata introdotta mediante l'utilizzo di Disulfiram, ma la stessa ha prodotto effetti deterrenti parziali, limitando in parte l'assunzione impulsiva di alcol grazie al meccanismo di blocco dell'acetaldeide deidrogenasi, ma senza impedire un consumo episodico.

Inoltre, sono emersi segni di compromissione neurocognitiva: disorientamento temporo-spatiale, eloquio rallentato, deficit di memoria recente, verosimilmente legati sia all'uso cronico di sostanze e ai danni neurotossici dell'alcol, sia al carico farmacologico.

A questo punto, è stata da noi attuata una strategia di deprescription, riducendo la politerapia e mantenendo esclusivamente Sertralina, Levetiracetam e Trazodone.

Introduzione della Stimolazione Magnetica Transcranica (TMS)

Alla luce della refrattarietà del caso, il nostro Servizio ha deciso di proporre un approccio innovativo, integrando la Stimolazione Magnetica Transcranica ripetitiva (rTMS) come trattamento di potenziamento. La TMS è una tecnica di neuromodulazione non invasiva che utilizza impulsi magnetici per stimolare regioni specifiche della corteccia cerebrale.

Gli studi hanno evidenziato come la stimolazione della corteccia prefrontale dorsolaterale sinistra (DLPFC) possa modulare circuiti neurofunzionali implicati nel craving, nella ricompensa e nei meccanismi di controllo inhibitorio, frequentemente disfunzionali nei disturbi da uso di sostanze.

Il razionale neurofisiologico si basa sull'ipotesi che la DLPFC regoli i circuiti fronto-striatali implicati nel comportamento impulsivo, nella gestione del desiderio di sostanza e nei processi decisionali.

L'ipostimolazione di queste aree, osservabile tramite studi di neuroimaging nei soggetti con dipendenza da alcol, giustifica l'impiego della TMS per potenziare la neuroplasticità e favorire il recupero di un controllo cognitivo più efficace.

Protocollo TMS

Il protocollo adottato nel caso descritto si è articolato come segue:

Target: corteccia dorsolaterale prefrontale sinistra (DLPFC), localizzata manualmente sulla superficie del caschetto di posizionamento, identificata mediante metodo della distanza, basato su coordinate standard 5 cm anteriori rispetto al punto motorio, al fine di garantire l'accuratezza e la riproducibilità del trattamento.

Frequenza di stimolazione: 15 Hz (pps).

Impulsi per treno: 60.

Numero di treni per sessione: 40.

Intervallo tra treni: 15 secondi.

Durata di ciascuna sessione: circa 12 minuti e 12 secondi.

Intensità di stimolazione: 100% del Motor Threshold (MT), determinato individualmente.

Programmazione: fase intensiva con 5 sessioni a settimana per 4 settimane consecutive, seguita da una fase di mantenimento con 2 sessioni settimanali per ulteriori 3 mesi.

Durante le sedute, il paziente è stato monitorato con valutazione settimanale dei parametri di craving, con esami tossicologici urinari bi-settimanali e CDT test una volta al mese, scale Hamilton all'inizio e alla fine del ciclo intensivo + MMPI-2.

Risposta clinica e outcome

Già dopo le prime due settimane di stimolazione, il paziente ha riferito una significativa riduzione del craving, con una diminuzione progressiva dei pensieri intrusivi legati all'alcol.

Parallelamente, si è osservato un miglioramento dell'umore, una ripresa dell'efficienza cognitiva e una

maggior apertura nei colloqui di psicoterapia.

Al termine del Ciclo Intensivo di 20 sedute, il paziente ha presentato un'astensione completa da alcol e benzodiazepine, confermata dai controlli ematochimici (CDT test) e controlli tossicologici urinari (ETG e benzodiazepine).

Il Ciclo di mantenimento bisettimanale per 12 settimane ha consolidato il risultato, consentendo una ripresa parziale delle attività comunitarie e del percorso vocazionale, pur con un accompagnamento clinico costante.

Aspetti “istituzionali” e supporto psicologico

Un elemento cruciale di questo percorso è stato il supporto psicoterapico individuale, orientato ad affrontare la dimensione identitaria del sacerdote.

La psicoterapia ha lavorato su:

- la rielaborazione del vissuto di fallimento spirituale;
- la gestione della vergogna e dello stigma intra-istituzionale e gestione delle ricadute,
- la ricostruzione di reti di sostegno familiare e all'interno della diocesi,
- il ripristino di una progettualità compatibile con le proprie fragilità.

L'integrazione tra dimensione clinica e dimensione istituzionale si è rivelata determinante nel prevenire l'isolamento e nel sostenere l'aderenza terapeutica.

Discussione

Questo caso clinico sottolinea alcuni aspetti centrali:

1. La complessità bio-psico-sociale del disturbo da uso di sostanze richiede approcci di cura ad alta personalizzazione.
2. La TMS, pur non essendo ancora inserita nei percorsi standard per le dipendenze, rappresenta una frontiera promettente, supportata da una crescente evidenza di efficacia in casi di craving resistente.
3. L'integrazione tra neuromodulazione, psicoterapia e modulazione farmacologica mirata è cruciale per gestire la multifattorialità del disturbo.
4. Il follow-up prolungato, la supervisione psicologica e la collaborazione con gli ambienti circostanti (in questo caso specifico, istituzionali ecclesiastici) possono ridurre lo stigma e favorire la reintegrazione del soggetto in percorsi di vita coerenti.

Conclusioni

Il caso presentato conferma come, nei pazienti ad alto rischio di ricaduta, la Stimolazione Magnetica Transcranica possa svolgere un ruolo di potenziamento, promuovendo la stabilizzazione clinica e contribuendo alla prevenzione di ricadute.

Sono necessari ulteriori studi controllati randomizzati per validare protocolli standardizzati di TMS nei disturbi da uso di sostanze e per definire la durata ottimale del mantenimento, l'intensità di stimolazione più efficace e le variabili predittive di risposta.

Nel frattempo, esperienze come questa dimostrano la potenzialità di strategie integrate, capaci di rispondere non solo al sintomo biologico, ma anche alle sfide psicologiche, sociali e spirituali dei pazienti.

Riferimenti bibliografici

- Camprodon J.A., Martínez-Raga J. (2017). Transcranial magnetic stimulation for the treatment of substance use disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(4): 268-274.
- Diana M., Raij T., Melis M., Nummenmaa A., Leggio L., & Bonci A. (2017). Rehabilitating the addicted brain with transcranial magnetic stimulation. *Nature Reviews Neuroscience*, 18(11): 685-693.
- Ekhtiari H. et al. (2019). Transcranial electrical and magnetic stimulation (tES and TMS) for addiction medicine: A consensus paper. *Progress in Brain Research*, 14: 245-269.
- Grande L.A., Dileone M., Mantovani A., & Priori A. (2018). Modulation of craving in alcohol-use disorders through neuromodulation. *Alcohol and Alcoholism*, 53(2): 149-160.
- Hanlon C.A., & Canterbury M. (2012). The use of repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of addiction. *Frontiers in Psychiatry*, 3, 97.
- Ipser J.C., Wilson D., Akindipe T.O., Sager C., Stein D.J. (2015) Jan 20, 1.
- Pharmacotherapy for anxiety and comorbid alcohol use disorders. *Cochrane Syst Rev*.
- Treiber M., Tsapakis E.-M., Fountoulakis K. (2025). Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation for Alcohol Craving in Alcohol Use Disorders: A Meta-analysis. *Journal of Addiction Medicine*, 19(2): 195-201, 3/4.
- Witkiewitz K., & Vowles K. (2018). Alcohol use disorder and psychiatric comorbidity: A review. *Clinical Psychology Review*, 65: 113-123.

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



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

La citsina nel trattamento del disturbo da uso di tabacco: un trattamento efficace e sicuro per il controllo del craving

Marco Riglietta*, Linda Daffini**, Paola Banalotti***, Sara Caminada^o, Fabrizio Cheli**, Francesca Chiara**, Grazia Carbone**, Paolo Donadoni****, Paolo Fumagalli*****,
Roberta Marenzi**, Liliana Praticò**, Margherita Rossi**

Riassunto

■ Il fumo di tabacco è una delle principali cause di morbilità e mortalità a livello mondiale, e il suo uso cronico è riconosciuto come una vera e propria patologia: il disturbo da uso di tabacco.

L'approccio più efficace per smettere di fumare combina il supporto comportamentale con la terapia farmacologica. I farmaci hanno l'obiettivo di agire controllando i sintomi di astinenza ma soprattutto riducendo il craving che rimane il sintomo patognomonico della dipendenza.

Lo sviluppo della dipendenza si realizza nel corso di anni in cui i meccanismi neurobiologici cerebrali si modificano cambiando la risposta agli stimoli e modificando i percorsi di memorizzazione.

Al pari di altre dipendenze (oppiacei o alcol) il trattamento farmacologico deve permettere un riequilibrio del funzionamento cerebrale per un tempo sufficientemente lungo da permettere il riequilibrio dei circuiti alterati.

La citsina rappresenta un'opzione terapeutica di grande interesse e con una storia consolidata nei paesi dell'Est Europa. L'effetto della citsina è quello di un agonista parziale dei recettori nicotinici dell'acetilcolina $\alpha 4\beta 2$. Ciò significa che si lega a questi recettori nel cervello con un'affinità molto alta, li stimola in modo debole, producendo una quantità sufficiente di dopamine per alleviare i sintomi dell'astinenza e il craving, al contempo, blocca il legame della nicotina derivata dal fumo, riducendo o eliminando la sensazione di piacere e gratificazione che il fumatore ottiene dalla sigaretta.

A tutt'oggi il comportamento prescrittivo segue schematismi che non possono essere condivisi stante la cronicità della patologia: è indispensabile modificare la visione del trattamento e valutarne l'efficacia su parametri più consoni quali la riduzione del craving e la scomparsa/riduzione dei sintomi di astinenza. ■

Parole chiave: Citsina, Tabagismo, Ser.D., Centro antifumo, Terapia della dipendenza, Terapia del tabagismo.

Summary

■ Tobacco smoking is a leading cause of morbidity and mortality worldwide, and chronic use is recognized as a pathology in its own right: tobacco use disorder.

The most effective approach to quitting smoking combines behavioral support with pharmacological therapy. Medications aim to control withdrawal symptoms but, above all, reduce craving, which remains the hallmark of addiction.

Addiction develops over years, during which the brain's neurological mechanisms change, altering the response to stimuli and modifying memory pathways.

As with other addictions (opioids or alcohol), pharmacological treatment must allow for a sufficiently long period of time to restore balance to the altered circuits.

Cytisine represents a highly attractive therapeutic option with a well-established history in Eastern European countries. Cytisine acts as a partial agonist of $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptors. This means that: It binds to these receptors in the brain with a very high affinity, weakly stimulating them, producing sufficient amounts of dopamine to alleviate withdrawal symptoms and craving. At the same time, it blocks the binding of nicotine derived from smoking, reducing or eliminating the sensation of pleasure and gratification the smoker derives from smoking.

To date, prescribing behavior follows patterns that cannot be shared given the chronicity of the disease: it is essential to change the treatment approach and evaluate the effectiveness of treatment based on more appropriate parameters, such as the reduction of craving and the disappearance/reduction of withdrawal symptoms. ■

Keywords: Cytisine, Addictive behaviour centre, Smoking cessation centre, Addiction therapy, Smoking therapies.

Articolo ricevuto: 10/10/2025, accettato: 26/11/2025

* Direttore SC Dipendenze, ASST Papa Giovanni XXIII – Bergamo.

** Dirigente medico, Ser.D. Bergamo.

*** Dirigente medico, Ser.D. Carcere.

**** Responsabile SS, Ser.D. Carcere.

***** Infermiere, Ser.D. Bergamo.

^o Terapista della riabilitazione psichiatrica, Ser.D. Bergamo.

Introduzione: il tabagismo come complesso di disturbo neurobiologico e sistematico

Il tabagismo continua a rappresentare la principale causa di morbilità e mortalità prevenibile a livello globale, imponendo un onere significativo sia sulla salute individuale che sui sistemi sanitari pubblici (Prochaska, 2024). La comprensione moderna del fumo non lo definisce più come una semplice abitudine, ma come un "disturbo da uso di tabacco" (TUD) (APA, 2013), una patologia cronica e complessa che trova le sue radici in un'intricata rete di fattori biologici, psicologici e ambientali. La natura cronica e la notevole difficoltà di interruzione sono evidenziate dal fatto che, se non adeguatamente trattato, il successo dei tentativi effettuati si aggira intorno al 20%.

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. 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, quelli 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-CHRN B4* 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 (Geeta 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.

Tab. 1 - Panoramica dei geni e meccanismi associati al tabagismo

Gene/Cluster Genico	Ruolo Biologico Principale	Impatto Comportamentale	Fonti
<i>CYP2A6</i>	Metabolismo della nicotina (70-80%)	Maggiore o minore dipendenza in base all'attività metabolica dell'enzima	Anu Loukola et al., 2014
<i>CHRNA5-CHRNA3-CHRN B4</i>	Codifica per le subunità dei recettori nAChR ($\alpha 5$, $\alpha 3$, $\beta 4$)	Correlazione con la quantità di sigarette fumate al giorno (CPD)	Tobacco and Genetics Consortium, 2010
Altre 3.500 varianti del DNA	Non specificato; ruolo vario	Predisposizione al consumo di tabacco e alcol	Joëlle A. Pasman et al., 2021

Revisione della letteratura sulla citisina

Gli interventi farmacologici svolgono un ruolo cruciale nel supportare i fumatori nei loro tentativi di raggiungere l'astensione. Tra le opzioni disponibili, la citisina è emersa come un trattamento efficace, con un buon profilo rischio-beneficio, oltre ad un costo relativamente contenuto.

I primi utilizzi della citisina risalgono a oltre mezzo secolo fa. Già nel 1960, il farmaco veniva commercializzato in Europa centrale e orientale come ausilio per la cessazione del fumo. Inizialmente, fu impiegata nell'Unione Sovietica come stimolante respiratorio, simile alla lobelina. Dagli anni '60, il suo utilizzo per il trattamento del tabagismo si è diffuso in Bulgaria e in altri paesi dell'Europa orientale e centrale (Etter, 2016).

Attualmente, la citisina continua a essere un farmaco primario per la disassuefazione dal fumo in molti paesi. Studi recenti e protocolli di ricerca indicano un crescente interesse globale. Ad esempio, sono stati condotti studi clinici controllati e randomizzati in diverse parti del mondo, inclusa la Thailandia (Rungruanghiranya, 2024). Anche nel nostro Paese tale farmaco è stato ampiamente studiato ed utilizzato; studi italiani recenti ne hanno valutato l'efficacia e la sicurezza in contesti ospedalieri (Torazzi, 2024).

Dal punto di vista chimico la citisina è un alcaloide naturale appartenente alla classe chimica delle chinolizidine. La sua struttura

fu descritta per la prima volta nel 1912. Si trova in diverse piante, in particolare nel Cytisus laburnum (maggiociondolo), e può anche essere isolata dalle radici di Sophora flavescens Ait (Gotti, 2021).

Il principale meccanismo d'azione della citisina riguarda la sua interazione con i recettori nicotinici dell'acetilcolina (nAChR) ampiamente distribuiti nel sistema nervoso centrale. In particolare, la citisina agisce come agonista parziale di questi recettori, mostrando un'elevata affinità per il sottotipo $\alpha 4\beta 2^*$ dei nAChR, che sono cruciali nel mediare gli effetti gratificanti della nicotina e i sintomi dell'astinenza. Legandosi a questi recettori, la citisina aumenta moderatamente i livelli di dopamina nel sistema mesolimbico, contribuendo ad alleviare i sintomi da astinenza da nicotina (Ferger, 1998). Grazie alla sua attività di agonista parziale, la citisina produce un effetto sul recettore inferiore rispetto agli agonisti completi come la nicotina, prevenendo la piena attivazione che porta a un forte rinforzo, pur bloccando contemporaneamente la nicotina dall'esplicare i suoi effetti. Si ritiene che questa doppia azione sia centrale per il suo effetto terapeutico nel ridurre il desiderio e i sintomi da astinenza. Studi su tessuti cerebrali di roditori hanno dimostrato che la 3H-citisina si lega agli stessi siti della 3H-nicotina e della 3H-acetilcolina con affinità nanomolare (Boido, 2003).

Per quanto riguarda la farmacocinetica, alcuni studi sull'uomo hanno fornito indicazioni su come la citisina venga assorbita, distribuita, metabolizzata ed eliminata (Tutka, 2019). A seguito della somministrazione orale, la biodisponibilità sistemica della citisina risulta elevata. Uno studio ha rilevato che il 90-95% di una dose orale veniva rilevato nelle urine entro 24 ore, indicandone un ottimo assorbimento. La citisina viene assorbita rapidamente, con la concentrazione plasmatica massima spesso raggiunta in meno di un'ora dopo la somministrazione orale. Il volume di distribuzione è in media di circa 115 litri (circa 2 L/kg), suggerendo una moderata distribuzione nei tessuti (Jeong, 2014). La clearance è prevalentemente renale, con un metabolismo minimo o nullo. Si verifica una secrezione renale netta, poiché la clearance orale (16,7 L/ora o 278 mL/min) è notevolmente superiore al tasso di filtrazione glomerulare (100 mL/min). L'emivita plasmatica della citisina è in media di 4,8 ore. Livelli rilevabili di citisina (circa 1 ng/mL) sono stati misurati nel sangue fino a 24 ore dopo la dose, suggerendo un potenziale lento rilascio dai tessuti (Tutka, 2019). Studi che hanno confrontato la somministrazione di citisina con o senza cibo hanno dimostrato la bioequivalenza, il che significa che il suo assorbimento non è significativamente influenzato dall'assunzione di cibo (Tutka, 2019).

Gli studi pre-clinici, inclusi quelli su modelli animali, hanno indagato il legame della citisina ai recettori cerebrali e le sue proprietà farmacologiche psicoattive. L'assorbimento cerebrale nei modelli animali è descritto come moderato. È stato dimostrato che la citisina diminuisce lo stato simil-disforico associato all'astinenza spontanea da nicotina nei ratti (Igari, 2013).

Vi è un interesse crescente nella sintesi di nuovi derivati della citisina, con l'obiettivo di ottenere composti con specificità di bersaglio e farmacocinetica migliorate. Sono state esplorate modifiche strutturali, in particolare sull'atomo di azoto, per ottenere ligandi selettivi per specifici sottotipi di nAChR. Alcuni derivati, come la N-fenetylclitisina e la N-cinnamylclitisina, hanno mostrato attività promettente negli screening farmacologici (Boido, 2003). Numerosi studi clinici randomizzati (RCT) e meta-analisi hanno valutato l'efficacia e la sicurezza della citisina rispetto ad altri trattamenti per la cessazione del fumo, come il placebo, la terapia sostitutiva della nicotina (TSN) e la varenicline (Ofori, 2023; Puljević, 2024; Rungruanghiranya, 2024).

- Citisina vs. placebo: i risultati sono consistentemente a favore della citisina. Una meta-analisi ha mostrato che la citisina è

significativamente più efficace del placebo nel favorire l'astinenza dal fumo, con rischio relativo (RR) di 2,25 (IC 95% 1,13-4,47) per l'astinenza continua a 6 mesi. Un'altra meta-analisi ha riportato un RR ancora maggiore, pari a 2,65 (IC 95% 1,50-4,67) (Rungruanghiranya, 2024).

- La citisina è stata anche confrontata con altre farmacoterapie consolidate per la cessazione del fumo, inclusa la terapia sostitutiva della nicotina (TSN) e la varenicline.
- Citisina vs. TSN: uno studio di non inferiorità in Nuova Zelanda che ha confrontato la citisina con la TSN, ha rilevato che la citisina era superiore nell'aiutare i fumatori a smettere. I tassi di astinenza continua auto-riportati erano più alti nel gruppo trattato con citisina a 1 e 6 mesi dopo la data di cessazione (Walker, 2014). Allo stesso modo, uno studio trasversale che ha utilizzato dati dalla Russia ha riportato tassi di astinenza dal fumo auto-riportati più elevati per la citisina rispetto alla TSN a 30 e 90 giorni. Dopo aver corretto per potenziali fattori confondenti, la citisina è risultata più efficace della TSN per l'astinenza a 90 giorni (Leaviss, 2014).
- Citisina vs. varenicline: Il confronto con la varenicline, un altro agonista parziale dei nAChR, non ha mostrato una superiorità significativa della citisina (Puljević C., 2024). Sia la citisina che la varenicline sono classificate come agonisti parziali dei nAChR, in particolare del sottotipo $\alpha 4\beta 2^*$, e sono farmaci efficaci per la cessazione del fumo. Tuttavia, ci sono diverse differenze chiave tra queste due opzioni farmacologiche (Tutka, 2019).

Per quanto riguarda l'efficacia, sono stati effettuati confronti tra citisina e varenicline in studi clinici e revisioni. Una revisione sistematica e meta-analisi di tre studi che confrontavano citisina e varenicline, coinvolgendo 2331 partecipanti, ha rilevato che l'evidenza per l'efficacia della citisina rispetto alla varenicline era risultata di bassa evidenza. Questa bassa evidenza è principalmente attribuita all'imprecisione dei risultati e all'eterogeneità tra gli studi (Puljević, 2024). Mentre alcune revisioni precedenti suggerivano che la citisina potesse essere più clinicamente efficace, uno studio randomizzato controllato molto recente che ha confrontato citisina e varenicline in popolazioni indigene Māori in Nuova Zelanda ha rilevato che la citisina era efficace quanto la varenicline nel supportare la cessazione del fumo (Tutka, 2019).

In termini di eventi avversi sono emerse differenze nei loro profili. Lo studio randomizzato controllato in Nuova Zelanda ha specificamente notato che la citisina aveva significativamente meno effetti collaterali rispetto alla varenicline. Tuttavia, l'interpretazione della significatività e della credibilità delle differenze negli eventi avversi può essere difficile a causa della notevole variazione nella segnalazione degli stessi eventi (Puljević, 2024; Walker, 2021).

Una differenza significativa risiede anche nel costo del trattamento. La citisina è più economica della varenicline. Questo vantaggio economico rende la citisina un'opzione particolarmente interessante nei paesi a basso e medio reddito, dove il costo di altri farmaci come la varenicline, la TSN o il bupropione può essere proibitivo per la maggior parte dei fumatori (Leaviss, 2014).

Bisogna però anche sottolineare come la varenicline sia stata indagata in un numero maggiore di studi clinici utilizzando una più ampia gamma di approcci scientifici rispetto alla citisina. Ciò include studi approfonditi sulla sua farmacocinetica e sul profilo di sicurezza che hanno portato alla sua ampia approvazione regolamentare (Tutka, 2019; Puljević, 2024).

Nonostante la continua necessità di ulteriori ricerche, in particolare confronti diretti con altri trattamenti e studi in popolazioni specifiche, la citisina rappresenta un'alternativa valida e spesso più economica per gli individui che cercano un aiuto farmacologico.

gico per smettere di fumare. La decisione tra citisina, varenicrina e altre opzioni spesso implica la considerazione di fattori come l'efficacia, i profili degli effetti collaterali, il costo, l'accessibilità e le preferenze del paziente (Tutka, 2019; Puljević, 2024).

Il protocollo di trattamento standard con la citisina prevede una terapia a scalare, generalmente della durata di 25 giorni (Puljević, 2024; Rungruanghiranya, Walker, 2014). Secondo il protocollo standard, la dose raccomandata iniziale è di 1 cp (1.5 mg) di citisina ogni 2 ore, assumendo un totale di 6 cp /die nei primi 3 giorni di trattamento. Al paziente viene richiesto di ridurre progressivamente il numero delle sigarette fumate. Se viene raggiunto un buon effetto sul craving e sulla riduzione dei sintomi astinenziali, il paziente prosegue la terapia assumendo a seguire 5 cp/die (giorni 4-12). Lo stop al fumo idealmente dovrebbe avvenire entro il quinto giorno. La terapia prosegue poi con 4 cp/die (1 cp ogni 3 ore) nei giorni 13-16, poi 3 cp/die (1 cp ogni 5 ore) nei giorni 17-20, terminando con 2 cp/die (1 cp ogni 6-8 ore) nei giorni 21-25 (ENSP Guidelines, 2016).

In pazienti affetti da insufficienza renale di stadio IV o V, la dose di citisina consiste in 3 cp/die per 12 giorni (dal giorno 1 al 12), 2 cp/die per 8 giorni (dal giorno 13 al 20) e infine 1 cp/die per gli ultimi 5 giorni (dal giorno 21 al 25). Le terapia concomitanti possono in genere essere mantenute (Torazzi, 2024).

Uno studio italiano ha riportato uno schema terapeutico più lungo (esteso fino a 40 giorni di terapia), che inizia con un dosaggio di farmaco incrementale. La dose massima di 6 cp/die viene raggiunta gradualmente nei primi 7 giorni di terapia. La data target di sospensione viene settata tra l'ottavo e il quattordicesimo giorno. A seguire la dose assunta quotidiana viene scalata lentamente fino al quarantesimo giorno (SITAB, 2018).

Il profilo di sicurezza della citisina è generalmente considerato accettabile, con la maggior parte degli eventi avversi riportati di gravità lieve o moderata, come evidenziato da studi clinici e dall'uso a lungo termine in alcune regioni (Puljević, 2024).

Le reazioni avverse comuni, frequentemente riportate negli studi, includono disturbi gastrointestinali, come nausea, vomito, dispepsia, dolore addominale superiore e secchezza delle fauci. Vengono comunemente osservati anche effetti neurologici come mal di testa e insonnia. Altri eventi meno frequenti e non gravi riportati in uno studio includevano mal di gola, stipsi, rinorrea e intorpidimento della lingua (Mitchell, 1951).

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, 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 notato un aumento degli eventi avversi con la citisina rispetto al placebo e alla TSN, ma un numero inferiore di eventi avversi rispetto alla varenicrina. Tuttavia, ci può essere una notevole variazione nella segnalazione e nell'occorrenza degli eventi avversi tra i vari studi (Tutka, 2019; Puljević, 2024).

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).

È stato indagato anche il rischio di eventi avversi gravi (SAE) e di tossicità tramite studi clinici. In uno studio, eventi avversi gravi (inclusi cinque decessi e due ricoveri) si sono verificati in partecipanti che ricevevano sia citisina che placebo. Tuttavia, nessuno di questi SAE è stato valutato come correlato al farmaco in studio (West, 2011). Questo risultato è rassicurante, specialmente consi-

derando l'uso della citisina per oltre 50 anni nei paesi dell'Europa orientale, anche come farmaco da banco (Walker, 2016). Gli studi hanno anche indagato il potenziale di tossicità, inclusa l'embriotoxicità. Uno studio sperimentale che ha utilizzato larve di zebrafish ha valutato la teratogenicità della nicotina e della citisina, da sola o in combinazione. La nicotina ha aumentato la mortalità e ritardato la schiusa in modo dose-dipendente in questo modello. 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). È importante sottolineare come alle fumatrici in gravidanza viene generalmente raccomandato di smettere senza l'ausilio di farmaci; il counseling comportamentale rappresenta l'approccio di prima linea in questi casi, in assenza di sufficiente evidenza di efficacia e delle teoriche preoccupazioni sulla sicurezza del farmaco durante la gravidanza.

In conclusione, la citisina si conferma come un'opzione terapeutica efficace ed economicamente vantaggiosa per la cessazione del fumo, supportata da una solida evidenza scientifica che ne attesta la superiorità rispetto al placebo e alla terapia sostitutiva della nicotina, con un profilo di sicurezza favorevole rispetto alla varenicrina (Puljević, 2024; Rungruanghiranya).

Caratteristiche della popolazione in studio

Lo studio è stato condotto presso gli ambulatori del Servizio per le Dipendenze di Bergamo (Ser.D.). Si tratta di uno studio osservazionale, retrospettivo e monocentrico. Abbiamo analizzati i dati relativi ai pazienti che hanno prenotato una "prima visita" presso il Servizio per "tabagismo" nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2022 e il 31 dicembre 2024. L'analisi dei dati è stata realizzata sui dati disponibili al marzo 2025.

Nel periodo in esame, le prime visite prenotate sono risultate essere un totale di 449. Il campione definitivo, oggetto della nostra analisi, ha riguardato però solo i "nuovi pazienti" che si sono effettivamente sottoposti alla prima visita; abbiamo escluso quindi i pazienti che non si sono presentati alla prima visita e le riammissioni nel percorso di cura (pazienti che avevano cioè già avuto una presa in carico negli anni precedenti) per evitare potenziali fattori confondenti. Il numero di pazienti risultati arruolabili è composto da 338 pazienti totali.

Dal punto di vista demografico la popolazione in esame presenta un'età media di 56,95 ($\pm 12,37$ deviazione standard) anni, con un'età minima di 18 anni e massima di 84 anni.

La distribuzione per sesso è risultata equilibrata, evidenziando solo una minima prevalenza del sesso femminile, con 170 pazienti di sesso femmine e 166 maschile; 2 di sesso non determinato (pazienti che hanno richiesto l'anonimato). È presente una percentuale del 50,59% di donne e del 49,40% di uomini.

Al momento dell'analisi dei dati, 86 pazienti erano ancora in follow-up mentre 252 erano stati dimessi. Il tasso di abbandono del percorso di cura è stato del 53,84% (182 pazienti). Il tasso di completamento della terapia, inteso come il raggiungimento della durata prescritta del trattamento e del follow-up, è stato del 44,97% (152 pazienti). Un paziente è deceduto, per cause indipendenti.

Dei 152 pazienti che hanno concluso il percorso terapeutico, la durata del follow-up medio è stata di 211,98 giorni. Il periodo del

follow-up è stato analizzato suddividendolo in quattro intervalli temporali, di cui indichiamo il numero di pazienti corrispondenti che lo hanno concluso: ≤ 30 giorni: 0 pazienti, ≥ 31 e ≤ 90 giorni: 18 pazienti, ≥ 91 e ≤ 180 giorni: 42 pazienti, ≥ 181 giorni: 70 pazienti.

Dei 182 pazienti che non hanno concluso il percorso, la durata del follow-up medio è stata di 180,54 giorni. Il periodo del follow-up, suddiviso in quattro intervalli temporali come sopra, ha dato i seguenti risultati: ≤ 30 giorni: 39 pazienti, ≥ 31 e ≤ 90 giorni: 36 pazienti, ≥ 91 e ≤ 180 giorni: 45 pazienti, ≥ 181 giorni: 59 pazienti.

Il grado di dipendenza al fumo di tabacco della popolazione in oggetto è stato valutato somministrando il test di Fageström (risultato valutabile in 335 pazienti), che ha evidenziato un grado di dipendenza rispettivamente: bassa in 15 pazienti, media in 151 pazienti, alta in 103 pazienti e altissima in 66 pazienti.

Il grado di motivazione al raggiungimento di una condizione di astensione completa dal fumo di tabacco è stato valutato tramite test di Mondor (valutabile in 330 pazienti sul totale), che ha evidenziato un grado di motivazione scarsa in 3 pazienti, discreta in 115 pazienti, buona in 190 pazienti e ottima in 22 pazienti.

Il craving per il fumo di tabacco è stato valutato tramite la scala Scala Analogico-Visiva (VAS), misurando sia l'intensità del craving percepito che la frequenza con cui esso si manifesta nel corso della giornata. I valori ottenuti, relativi all'intensità e alla frequenza (espressi come valore percentuale), sono stati moltiplicati ottenendo un valore compreso teoricamente tra 0 e 100. Quando possibile, tale misurazione è stata effettuata sia all'inizio del trattamento che al termine dello stesso. Il valore della VAS all'inizio del trattamento (VAS t0) era valutabile in 127 pazienti, con valore minimo di 3, massimo di 100, media di 45,80 (\pm 26,21 deviazione standard). Il valore della VAS alla fine del trattamento (VAS t1) era valutabile in 61 pazienti, con valore minimo di 0, massimo di 80, media di 12,23 (\pm 15,17 deviazione standard).

Tra i 338 nuovi pazienti la distribuzione dei pazienti in base al tipo di trattamento farmacologico somministrato è stata la seguente:

- terapia con citisina: 278 pazienti (82,24% del totale);
- terapia con derivati della nicotina: 10 pazienti (2,95%);
- terapia con bupropione: 12 pazienti (3,55%);
- nessuna terapia (rifiuto del trattamento farmacologico): 38 pazienti (11,24%).

Per quanto riguarda i pazienti a cui è stata prescritta terapia con citisina, e che hanno proseguito il follow-up, 161 erano ancora in terapia con citisina dopo 1 mese di follow-up, 31 dopo 3 mesi di follow-up, 4 a 6 mesi di follow-up, nessuno a 12 mesi.

Riguardo i pazienti a cui è stata prescritta terapia con bupropione, e che hanno proseguito il follow-up, 8 erano ancora in terapia dopo 1 mese di follow-up, 4 dopo 3 mesi di follow-up, 3 a 6 mesi di follow-up, 1 a 12 mesi di follow-up.

Ai pazienti a cui è stata prescritta terapia con derivati della nicotina, e che hanno proseguito il follow-up, 4 erano ancora in terapia dopo 1 mese di follow-up, 3 dopo 3 mesi di follow-up, 0 a 6 e 12 mesi di follow-up.

Al termine del follow-up, lo stato di remissione clinica, definito come disturbo da uso di tabacco in remissione completa, è stato osservato in 108 pazienti, pari al 31,95% della coorte.

Materiali e metodi

Le visite sono state tutte eseguite in regime ambulatoriale presso il Servizio delle Dipendenze di Bergamo (Ser.D.) dal personale medico del Servizio.

Il grado di dipendenza al fumo di tabacco della popolazione in oggetto è stato valutato somministrando il test di Fageström, strutturato in 6 quesiti che restituiscono uno score così composto: 0-2: dipendenza bassa, 3-5 dipendenza media, 6-7: dipendenza alta, 8-10 dipendenza molto alta.

Il grado di motivazione al raggiungimento di una condizione di astensione completa dal fumo di tabacco è stato valutato tramite test di Mondor, strutturato in 15 quesiti che restituiscono uno score così composto: > 16 motivazione ottima, 13-16 motivazione buona, 6-12 motivazione discreta, < 6 motivazione scarsa.

Il craving per il fumo di tabacco è stato valutato tramite la scala Scala Analogico-Visiva (VAS) chiedendo ai pazienti di indicare su una linea retta di 100 mm sia l'intensità del craving percepito che la frequenza con cui esso si manifesta nel corso della giornata. I valori ottenuti, relativi all'intensità e alla frequenza (espressi come valore percentuale), sono stati moltiplicati ottenendo un valore compreso teoricamente tra 0 e 100. Quando possibile, tale misurazione è stata effettuata sia all'inizio del trattamento (VAS t0) che al termine dello stesso (VAS t1).

Tutti i dati sono stati raccolti ed elaborati utilizzando il software statistico (Microsoft Excell 2016 e SPSS v31). Le variabili quantitative sono state descritte mediante la media (\pm deviazione standard, DS), mentre le variabili qualitative sono state presentate come frequenze assolute e percentuali.

Per il confronto tra più di due gruppi, è stata condotta l'analisi della varianza (ANOVA) per le variabili con distribuzione normale. In caso di "non normalità", è stato impiegato il test di Kruskal-Wallis.

Per l'analisi delle variabili categoriche, è stato utilizzato il test del chi quadrato (χ^2). Quando una o più celle della tabella di contingenza presentavano un valore atteso inferiore a 5, è stato applicato il test esatto di Fisher.

La significatività statistica è stata definita a un valore di $p < 0,05$. I risultati sono stati interpretati a un livello di confidenza del 95%, salvo diversa indicazione.

Risultati

Riepilogo dell'analisi statistica sulla terapia di disassuefazione al fumo

Sui dati a nostra disposizione è stata svolta un'analisi statistica con la finalità di valutare la correlazione tra diversi fattori (livello di dipendenza, motivazione, durata della terapia, genere, ecc.) e l'esito di percorsi di disassuefazione al fumo, con particolare attenzione all'uso del farmaco citisina. Le conclusioni tratte sono basate sull'elaborazione dei dati e, sebbene alcune tendenze siano evidenti, la maggior parte delle correlazioni non ha raggiunto la significatività statistica ($p < 0,05$).

Gravità della dipendenza (test di Fagestroem) ed esito del trattamento

L'analisi del punteggio di dipendenza di Fageström è stata condotta su due gruppi di pazienti: quelli trattati con citisina e quelli trattati con altre terapie (bupropione/NRT).

- Terapia con citisina: la percentuale di astinenza è risultata più alta per i gruppi con dipendenza "media" (43,7%) e "alta" (42,7%). La percentuale di astinenti diminuisce per la dipendenza "bassa" (37,5%) e, in particolare, per la dipendenza "altissima" (34,0%). Ciò suggerisce che un livello di dipenden-

za estremamente elevato potrebbe correlare con una minore probabilità di successo. La percentuale di abbandono è relativamente stabile, mentre i "non astinenti" sono più numerosi agli estremi dello spettro di dipendenza ("bassa" e "altissima"). Il test del chi-quadro non ha rilevato una correlazione statisticamente significativa.

- Altre terapie: per questo gruppo, emerge un andamento più netto: all'aumentare dello score di Fageström, la percentuale di astinenza sembra diminuire (dopo il gruppo "bassa") e la percentuale di abbandono aumenta significativamente, raggiungendo il 75,0% nel gruppo con dipendenza "altissima". La bassa numerosità del campione, tuttavia, rende i dati meno robusti. Il test esatto di Fisher non ha mostrato significatività statistica.

Livello della motivazione ed esito del trattamento

L'analisi del punteggio di motivazione di Mondor è stata eseguita anch'essa su due gruppi di pazienti.

- Terapia con citisina: i pazienti con motivazione "altissima" mostrano una percentuale di astinenza notevolmente elevata (87,5%) e una probabilità di abbandono molto bassa (12,5%). Questo suggerisce che una motivazione molto alta sia un forte predittore di successo. Si osserva una relazione non lineare, con una diminuzione della percentuale di astinenza per il gruppo "alta" rispetto ai gruppi "bassa/media" e "altissima". Il test del chi-quadro non ha mostrato una correlazione statisticamente significativa.
- Altre terapie: anche in questo caso, il gruppo con motivazione "altissima" presenta una probabilità di successo molto più elevata (66,7%) e una probabilità di abbandono molto più bassa (33,3%) rispetto ai gruppi con motivazione "media" e "alta". Ciò rafforza l'idea che una forte motivazione sia un potente predittore di successo, indipendentemente dal tipo di terapia. Anche per questo gruppo, la bassa numerosità del campione è una limitazione significativa.

L'analisi ha valutato anche altri fattori che potrebbero influenzare l'esito della terapia con citisina.

- **Durata della terapia:** non è stata rilevata una correlazione statisticamente significativa tra la durata della terapia (1 o 3 mesi) e l'esito. Le percentuali di astinenza, non astinenza e abbandono sono risultate molto simili tra i due gruppi.
- **Genere:** non è stata trovata una correlazione statisticamente significativa tra il sesso del paziente e l'esito della terapia. Sebbene si sia osservata una leggera tendenza delle femmine ad essere più astinenti (43,36%) rispetto ai maschi (34,81%), questa differenza non è risultata significativa al test del chi-quadro.
- **Craving (VAS Score):** non esiste una correlazione statisticamente significativa tra il livello di craving all'inizio della terapia (VAS t0) e l'esito. Tuttavia, tramite test di Kruskal-Wallis, è stata riscontrata una correlazione statisticamente significativa ($p < 0,00001$) tra il livello di craving alla fine della terapia (VAS t1) e l'esito. I pazienti che raggiungono l'astinenza mostrano cioè una riduzione del craving significativamente maggiore rispetto a coloro che non smettono o che abbandonano. Ciò indica che il monitoraggio del VAS a fine terapia è un buon indicatore dell'efficacia del trattamento nel controllare il craving.
- L'importanza del controllo del craving è stata valutata anche tramite analisi della correlazione fra la variazione del valore del craving calcolato e l'esito della terapia. In primo luogo è stata analizzata la variazione del craving calcolato: la ridu-

zione media nel corso di trattamento con citisina è risultata essere del 58,96%.

In seguito abbiamo analizzato la differenza tra la variazione del craving tra il gruppo di pazienti che hanno raggiunto l'astinenza al termine dello studio e i pazienti che hanno abbandonato il percorso o non hanno raggiunto l'astinenza. Tale correlazione, valutata tramite Test Anova, è risultata statisticamente significativa ($p < 0,01$).

Conclusioni

Il trattamento del disturbo da uso di tabacco, come in tutte le forme di dipendenza, si basa sull'associazione di una terapia farmacologica efficace ma anche da un paziente intervento motivazionale, supportivo e cognitivo e comportamentale (WHO, 2014). Il farmaco è indispensabile per raggiungere l'obiettivo di controllare/ridurre in misura significativa il craving che, ricordiamo, è il sintomo patognomonico dei comportamenti di addiction. Avere un farmaco efficace nel controllo dei sintomi di astinenza e nella riduzione dei valori di craving permette al paziente di lavorare su altri aspetti aiutato dallo specialista.

Il nostro studio, retrospettivo, risente della difficoltà di avere una valutazione completa dei parametri che non sempre vengono registrati correttamente nella cartella clinica.

Alcune suggestioni interessanti possono essere così rappresentate:

- I pazienti evidenziano una buona affezione al servizio: dei 152 pazienti che hanno concluso il percorso terapeutico, la durata del follow-up medio è stata di 211,98 giorni, per i 182 pazienti che non hanno concluso il percorso, la durata del follow-up medio è stata di 180,54 giorni.
- Il tasso di abbandono del trattamento/follow-up è del 53%. Su questo dobbiamo considerare alcuni aspetti che purtroppo impattano negativamente sul trattamento stesso. Quando si parla di dipendenze i pazienti, che riflettono il sentire comune della popolazione generale, ritiene che "tutto dipenda dalla propria forza di volontà"; la pazienza di porsi obiettivi limitati e raggiungibili e di proseguire nel percorso di cura è la sfida più importante che dobbiamo affrontare.
- La citisina è un farmaco molto efficace nel controllo del craving: la riduzione del valore di VAS calcolato (intensità per frequenza) è del 58,96%. In tutti i gruppi troviamo una riduzione importante dei valori che a T0 raggiungono valori di 30-40/100 e a T1 scendono a 8-17/100. Ciò nonostante i pazienti tendono a voler sospendere il trattamento dopo poche settimane dalla sospensione del farmaco.
- La riduzione del craving ottenuto con la citisina corrella statisticamente con l'esito della terapia: il gruppo dei pazienti astinenti raggiungi valori di craving calcolato di 8,78, molto inferiori a quelli del gruppo dei non astinenti (17,58) e di coloro che abbandonano (16,55).
- Non sembra esserci una correlazione significativa fra gravità della dipendenza calcolata con il test di Fagstrom ed esito della terapia.
- Una correlazione positiva sembra esserci per il Test di Mondor: coloro che hanno una motivazione altissima ha una probabilità di successo maggiore.

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.
- Benowitz N.L. (2009). Pharmacology of Nicotine: Addiction, Smoking-Induced Disease, and Therapeutics. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*, 49: 57-71. Doi: 10.1146/annurev.pharmtox.48.113006.094742.
- Boido C.C., Tasso B., Boido V., Sparatore F. (2003). Cytisine derivatives as ligands for neuronal nicotine receptors and with various pharmacological activities. *Farmacologia*, Mar, 58(3): 265-77. doi: 10.1016/S0014-827X(03)00017-X. PMID: 12620422.
- Bondi L., Lucatoni A. *Aumentare l'efficacia dei trattamenti del tabagismo con la costituzione di una rete integrata di interventi*. Edizioni Cultura Salute | Editore Perugia, accesso eseguito il giorno agosto 20, 2025.
- Cardonna F. et al. (2006). *Polimorfismi del gene CYP2A6 e dipendenza dal fumo in un gruppo di soggetti della Sicilia Occidentale*. -- <https://iris.unipa.it/handle/10447/6456>.
- Castaldelli-Maia J.M., Martins S.S., Walker N. (2018). The effectiveness of Cytisine versus Nicotine Replacement Treatment for smoking cessation in the Russian Federation. *Int J Drug Policy*, Aug, 58: 121-125. Doi: 10.1016/j.drugpo.2018.05.012. Epub 2018 Jun 18. PMID: 29929154.
- Etter J.F. (2006). Cytisine for smoking cessation: a literature review and a meta-analysis. *Arch Intern Med*, Aug 14-28, 166(15): 1553-9. Doi: 10.1001/archinte.166.15.1553. PMID: 16908787.
- European Network for Smoking and Tobacco Prevention. ENSP (2016). *Guidelines for treating tobacco dependence the comprehensive guide to the implementation of treatments and strategies to treat tobacco dependence*. <https://elear ning-ensp.eu/asset s/English%2520version.pdf>.
- Ferger B., Spratt C., Teismann P., Seitz G., Kuschinsky K. (1998). Effects of cytisine on hydroxyl radicals in vitro and MPTP-induced dopamine depletion in vivo. *Eur J Pharmacol*, Nov 6, 360(2-3): 155-63. Doi: 10.1016/s0014-2999(98)00696-7. PMID: 9851582.
- Giulietti F., Filippini 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. Epub 2020 Jun 23. PMID: 32578165; PMCID: PMC7309212.
- Gotti C., Clementi F. (2021). Cytisine and cytisine derivatives. More than smoking cessation aids. *Pharmacol Res*, Aug, 170, 105700. Doi: 10.1016/j.phrs.2021.105700. Epub 2021 Jun 2. PMID: 34087351.
- IGari M., Alexander J.C., Ji Y., Qi X., Papke R.L., Bruijnzel A.W. (2014). Varenicline and cytisine diminish the dysphoric-like state associated with spontaneous nicotine withdrawal in rats. *Neuropsychopharmacology*, Jan, 39(2): 455-65. Doi: 10.1038/npp.2013.216. Epub 2013 Aug 21. PMID: 23966067; PMCID: PMC3870769.
- Jeong S.H., Newcombe D., Sheridan J., Tingle M. (2015). Pharmacokinetics of cytisine, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic receptor partial agonist, in healthy smokers following a single dose. *Drug Test Anal*, Jun, 7(6): 475-82. Doi: 10.1002/dta.1707. Epub 2014 Sep 17. PMID: 25231024.
- 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. Epub 2019 Jun 19. PMID: 30526213.
- Leaviss J., Sullivan W., Ren S., Everson-Hock E., Stevenson M., Stevens J.W., Strong M., Cantrell A. (2014). What is the clinical effectiveness and cost-effectiveness of cytisine compared with varenicline for smoking cessation? A systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*, May, 18(33): 1-120. Doi: 10.3310/hta18330. PMID: 24831822; PMCID: PMC4780997.
- Linea guida per il trattamento della dipendenza da tabacco e da nicotina. guidelines_2020_italian_forprint.pdf*.
- Loukola A. et al. (2014). Genetics and smoking. *Curr Addict Reports*, March 1, 1(1): 75-82. Doi: 10.1007/s40429-013-0006-3.
- 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. PMID: 14842114.
- Ofori S., Lu C., Olasupo O.O., Dennis B.B., Fairbairn N., Devereaux P.J., Mbuagbaw L. (2023). Cytisine for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*, Oct 1, 251, 110936. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2023.110936. Epub 2023 Aug 25. PMID: 37678096.
- Pasman J.A. et al. 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.msdmanuals.com/it/professionale/argomenti-speciali/uso-di-tabacco/fumo-e-altri-usi-del-tabacco>.
- Puljević C., Stjepanović D., Meciar I., Kang H., Chan G., Morphett 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. Epub 2024 Jul 4. PMID: 38965792.
- Rungruanghiranya S., Tulatamatkit S., Chittawatanarat K., Preedapornpakorn K., Wongphan T., Sutanthavibul N., Preechawong S., Petborom P. (2024). Efficacy and safety of cytisine versus nortriptyline for smoking cessation: A multicentre, randomized, double-blinded and placebo-controlled trial. *Respirology*, Oct, 29(10): 880-887. Doi: 10.1111/resp.14787. Epub 2024 Jul 14. PMID: 39004954.
- Sharma G., Vijayaraghavan S. (2008). Nicotinic Receptors: Role in Addiction and Other Disorders of the Brain. *Subst Abuse*, Nov 11, 1: 81-95.
- Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) (2018). *Linee guida per il trattamento della dipendenza da tabacco*. https://www.tabacologica.it/filed/rectory/PDF/guide_lines_2018_online.pdf.
- Świątkowski W., Budzyńska B., Maciąg M., Świątkowska A., Tylżanowski P., Rahnama-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. PMID: 37569468; PMCID: PMC10419251.
- Tiwari R.K., Sharma V., Pandey R.K., Shukla S.S. (2020). Nicotine Addiction: Neurobiology and Mechanism. *Journal of Pharmacopuncture*, 23(1): 1-7. Doi: 10.3831/KPI.2020.23.001.
- 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. Epub 2010 Apr 25.
- Torazzi A., Tedesco E., Ceccato S., Santin L., Campagnari S., Losso L., Toldo S., Casari R., Arzenton E., Marini P., Chiamulera C., Lugoboni F. (2024). Safety and efficacy of CyTisine for smoking cessation in a hOSPital context (CITOSP): study protocol for a prospective observational study. *Front Public Health*, Sep 30, 12, 1350176. Doi: 10.3389/fpubh.2024.1350176. PMID: 39403432; PMCID: PMC11471529.
- 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. Epub 2019 Jul 19. PMID: 31240783.
- Walker N., Howe C., Glover M., McRobbie H., Barnes J., Nosa V., Parag V., Bassett B., Bullen C. (2014). Cytisine versus nicotine for smoking cessation. *N Engl J Med*, Dec 18, 371(25): 2353-62. Doi: 10.1056/NEJMoa1407764. PMID: 25517706.
- 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 world-wide: a call to action. *Addiction*, Nov, 111(11): 1895-1898. Doi: 10.1111/add.13464. Epub 2016 Jul 17. PMID: 27426482.
- Walker N., Smith B., Barnes J., Verbiest M., Parag V., Pokhrel S., Wharakura M.K., Lees T., Cubillos Gutierrez H., Jones B., Bullen C. (2021). Cytisine versus varenicline for smoking cessation in New Zealand indigenous Māori: a randomized controlled trial. *Addiction*, Oct, 116(10): 2847-2858. Doi: 10.1111/add.15489. Epub 2021 May 4. PMID: 33761149; PMCID: PMC8519028.
- 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. PMID: 21991893.
- WHO - toolkit for delivering 5A's and 5R's brief tobacco intervention in primary care - 2014 - Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care.

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

La rappresentazione delle figure parentali nei soggetti con addiction attraverso il Test di Rorschach

Maria Chiara Ciabattoni*, Silvia Formentin**, Cristina Marogna***, Luca Bruno****

Riassunto

■ Obiettivo: La presente ricerca intende indagare la qualità delle relazioni d'oggetto e le rappresentazioni delle figure parentali in soggetti con addiction a seconda del tipo di sostanza e del programma di trattamento, attraverso il test di Rorschach, cercando di rispondere alla seguente domanda: si può ipotizzare che dinamiche relazionali precoci con i caregiver corrispondano ad una maggiore vulnerabilità alla dipendenza da una tipologia di sostanza piuttosto che un'altra? **Metodo:** Sono stati considerati i protocolli Rorschach di 196 soggetti dipendenti da eroina, cocaina, alcol suddivisi in due differenti programmi di trattamento residenziale comunitario (alcoldipendenti e tossicodipendenti). Per studiare le relazioni oggettuali sono state analizzate le risposte date alle tavole bilaterali II, III, VII classificando il tipo di relazione individuata dal soggetto, mentre per studiare le rappresentazioni parentali sono state analizzate le risposte date alle tavole IV e VII, considerate rispettivamente la tavola paterna e materna, classificando il contenuto delle risposte a seconda delle proiezioni di aspetti positivi, depressivi, aggressivi, persecutori e di identificazione proiettiva, con l'intento di indagare le differenze tra soggetti alcoldipendenti e tossicodipendenti. **Risultati:** L'analisi delle risposte date alle tavole bilaterali ha rilevato una prevalenza delle risposte basate principalmente sulla forma e, secondariamente, risposte basate sull'azione generica e sull'interazione, mentre la proiezione di figure in relazione fra loro è risultata povera. Riguardo l'analisi delle rappresentazioni parentali, vi è un'associazione significativa tra il programma di trattamento e le risposte fornite alla tavola IV ($p=0.001$), con maggiore concentrazione di rilievi depressivi nei soggetti tossicodipendenti e maggiore frequenza di proiezioni correlate all'aggressività nei soggetti dipendenti da alcol. Dall'analisi delle risposte alla tavola VII, inoltre, risulta evidente come i soggetti tossicodipendenti proiettino aspetti positivi fino a tre volte di più rispetto ai soggetti alcoldipendenti, mentre entrambi i gruppi di soggetti proiettano massicciamente e in ugual misura aspetti aggressivi a questa tavola. **Conclusioni:** Questo studio evidenzia la difficoltà dei soggetti con addiction di investire nelle relazioni oggettuali che, quando presenti, si rifanno a modalità arcaiche relative alle primissime fasi di costruzione della relazione d'oggetto. Se da una parte questa ricerca conferma l'inconsistenza della rappresentazione della figura paterna nelle addiction come da letteratura, con vissuti di vuoto, deterioramento di tipo depressivo-anaclitico e attacchi distruttivi verso l'oggetto, dall'altra apre a nuove riflessioni sull'ambivalenza della relazione positivo-distruttiva riguardo la rappresentazione della figura materna. I risultati sembrano confermare la direzione teorica secondo cui la tipologia di sostanza primaria potrebbe essere una scelta d'oggetto coerente con le rappresentazioni parentali introiettate. ■

Parole chiave: *Test di Rorschach, Alcoldipendenza, Tossicodipendenza, Rappresentazioni genitoriali, Relazioni d'oggetto.*

Summary

■ The present research aims to investigate the quality of object relations and the difference in representations of parental figures in patients with addiction, according to the substance taken as well as the program, through the Rorschach Inkblot Test. Can we assume that early relational dynamics with caregivers correspond to a greater vulnerability to dependence on one type of substance rather than another? Method: The answers on the second, third and seventh card of 196 patients with different addictions were classified by the type of relationship identified, meanwhile the answers on the fourth and the seventh card were classified by the type of aspects projected. Results: Few relationships have been identified by patients, with answers based mainly on the form, action and simple interaction. There was a significant association between the program and the answers at the fourth card ($p=0.001$), with higher depressive contents in drug addicts and higher aggressive contents in alcohol addicts. Moreover, the analysis of the responses to seventh card shows that, although the two groups of patients project massively and similarly the same amount aggressive content, the positive contents seen by drug addicts were three time higher than in alcohol addicts. Conclusions: The results follow the theoretical line that believes that the type of primary substance could be a choice of object consistent with the introjected parental representations. Moreover, this study shows the inconsistency of the father figure in addicts, with experiences of deterioration and destructive attacks to the object and it highlights the ambivalent "positive-destructive relationship" regarding the representation of the mother figure. The results seem to confirm the theoretical direction according to which the type of primary substance could be an object choice consistent with introjected parental representations. ■

Keywords: *Rorschach test, Alcohol addiction, Drug addiction, Parental representation, Object relations.*

Articolo sottomesso: 30/07/2025, accettato: 26/11/2025

* Psicologa ad orientamento Psicodinamico.

** Dirigente psicologa presso il Dipartimento per le Dipendenze di Padova.

*** Professore Associato in Psicologia Dinamica, Dipartimento, FISPPA Università degli Studi di Padova.

**** Psicologo, psicoanalista.

Cornice teorica e modelli di riferimento dello studio

Lo studio delle relazioni d'oggetto e delle rappresentazioni parentali con il test di Rorschach, in soggetti con problemi di dipendenza da sostanze e da alcol, permette di osservare aspetti del funzionamento mentale che trovano una sempre maggiore evidenza e comprensione nel più recente approccio multidisciplinare allo studio delle dipendenze, in particolare nei modelli che integrano le neuroscienze con approcci teorici derivanti dal modello psicodinamico. Entrambe le discipline offrono un'interessante cornice attraverso i cosiddetti modelli "relazionali" che descrivono la costruzione della vita mentale dell'individuo e la sua evoluzione attraverso la relazione precoce con i caregiver, mettendo al centro l'importanza delle relazioni oggettuali nell'acquisizione di un senso coerente di significato, connessione e identità, e una adeguata regolazione delle emozioni (Shore, 2021). Il presente studio trova le sue basi teoriche nel "*Modello evolutivo delle addiction*" (Alvarez-Monjaras et al., 2019) che raccoglie numerose evidenze in ambito neuropsicologico relative al ruolo delle sostanze nella regolazione emotiva. Questo modello integra le teorie della *Opponent-Process Theory* (Solomon & Corbit, 1974) e la *Incentive-Sensitization Theory* (Robinson & Berridge, 1993) con le teorie psicodinamiche moderne che spiegano l'abuso e la dipendenza dalle sostanze come modalità di compensazione della carenza qualitativa e quantitativa dell'interazione con le figure primarie di accudimento. Secondo queste teorie ci sono tre fattori conseguenti agli aspetti carenziali di cura primarie e che incidono sull'aumento del rischio di abuso e dipendenza da sostanze: 1) funzionamento dell'*'Io* e meccanismi di difesa sottosviluppati; 2) un fallimento nella capacità degli oggetti interni di offrire sollievo emotivo; 3) una ricerca deviante del piacere sotto forma di godimento invece che di realizzazione di desiderio (Alvarez-Monjaras et al., 2019). Gli individui con dipendenza da sostanze possono quindi cercare di emulare attraverso un regolatore esterno (la sostanza) la capacità lenitiva di un "oggetto buono" e di confinare il senso di terrore e paura derivante da un "cattivo oggetto". Parallelamente alle evidenze scientifiche nel campo delle neuroscienze, la prospettiva psicodinamica delle relazioni oggettuali evidenzia quindi l'importanza dello studio delle rappresentazioni interne parentali e delle relazioni d'oggetto nei pazienti addicted, proponendo la sostanza d'abuso come "oggetto relazionale" compensatorio, che attraverso la mediazione dei meccanismi bio-chimici neuronali, acquisisce un ruolo fondamentale nella vita emotiva del soggetto. A queste considerazioni si aggiungono le teorie di autori contemporanei come Blatt che propone il concetto di *Preference* secondo cui la scelta della sostanza corrisponde alla scelta di uno specifico oggetto che risponde un'altrettanta specifica funzione a fronte di specifiche modalità bio-psicologiche a cui essa assolve (Correale et al., 2019). Da queste premesse teoriche, la domanda chiave del presente studio è la seguente: se la sostanza si pone come oggetto in relazione al soggetto che cerca in essa determinati effetti, sia inconsciamente che consciamente, sia soggettivamente che attraverso i meccanismi bio-chimici legati allo sviluppo della tolleranza e dell'astinenza, è possibile ipotizzare che sostanze di diversa tipologia, nei termini sia di significati soggettivi che di azioni bio-chimiche nel cervello, rispondano a rappresentazioni parentali differenti nella vita emotiva del soggetto? In altre parole, si può ipotizzare che dinamiche relazionali precoci con i caregiver corrispondano ad una maggiore vulnerabilità alla dipendenza da una tipologia di sostanza piuttosto che un'altra?

Queste domande nascono anche dall'osservazione clinica che vede negli utilizzatori di sostanze diverse modalità di relazione con il terapeuta e/o l'équipe curante (Correale et al., 2019). In particolare il paziente con dipendenza da alcol tende a sviluppare con maggiore probabilità una relazione affettiva con la quale ad un certo punto entrare in conflitto per consentire poi una elaborazione dei propri aspetti aggressivi proiettati, mentre il paziente tossicodipendente da sostanze come eroina e cocaina, sembra avere una vita emotiva più ritirata, e assumere un atteggiamento più problematico nello stabilire una relazione terapeutica stabile e duratura con l'équipe o con un membro. È lecito quindi cercare un'aspirazione di base a un particolare stato indotto dalla sostanza e collegarlo con il tipo specifico di angosce che ne sono al fondamento. È possibile perciò pensare che le prime esperienze relazionali possano determinare una sorta di propensione ad un certo tipo di angoscia che può trovare risposte differenti e più adattate agli effetti fisiologici specifici di quella sostanza (Correale et al., 2019).

La cornice psicodinamica che permette di utilizzare il test di Rorschach come strumento di analisi della vita inconscia, potrebbe essere un buon punto di partenza per iniziare ad esplorare queste ipotesi, e dare un primo spunto per futuri approfondimenti.

Obiettivi dello studio

Gli obiettivi del presente studio sono quindi principalmente due:

1. offrire un *quadro descrittivo* delle relazioni oggettuali introiettate nei pazienti con problematiche di dipendenza: nello specifico si intende analizzarne la qualità e la tipologia;
2. esplorare le *differenze* tra rappresentazioni parentali introiettate dei pazienti con dipendenza da sostanze e confrontarle con i pazienti con dipendenza da alcol.

Metodo

Somministrazione e campione

Nel contesto di un servizio clinico attivo in una comunità terapeutica residenziale per problemi di dipendenza, si sono raccolti 196 protocolli del test di Rorschach. La comunità terapeutica prevede moduli separati di trattamento per pazienti tossicodipendenti e alcoldipendenti, per cui si sono raccolti 103 protocolli dai pazienti in trattamento per dipendenza da alcol (diagnosi primaria) e 93 protocolli da pazienti con diagnosi primaria di dipendenza da eroina e/o cocaina.

Tutti i protocolli sono stati siglati e interpretati con il metodo classico come sintetizzato in Italia da Passi-Tognazzo (1994) e sono stati somministrati nella fase iniziale del programma di trattamento. La somministrazione, siglatura e interpretazione di ciascun protocollo è stata eseguita da una singola persona, specificatamente formata all'utilizzo della testistica proiettiva e avvalendosi di una costante supervisione.

Metodologia

Per quanto concerne il primo obiettivo di ricerca riguardo l'analisi della tipologia delle relazioni oggettuali, sono state considerate

rate le tavole bilaterali (Tav. II, Tav. III, Tav. VII) poiché grazie al loro aspetto strutturale bilaterale possono suggerire la presenza di due elementi in relazione, permettendo quindi di rilevare il tipo di relazione individuata dai soggetti. Invece, per quanto riguarda il secondo obiettivo di ricerca, sono state considerate le Tavole IV e VII, rispettivamente la tavola paterna e la tavola materna, analizzando il tipo di contenuto proiettato su ciascuna tavola al fine di individuare le rappresentazioni parentali. Si è quindi proceduto nella costruzione di un apposito database nel quale per ciascun protocollo si sono inserite le frequenze osservate rispetto alle variabili categoriali per ciascun obiettivo di ricerca, che verranno di seguito esposte. È importante notare che per ciascuno degli obiettivi di ricerca, durante la fase di registrazione dei dati nel database, sono stati esclusi dal conteggio delle risposte totali i soggetti che rifiutavano la tavola, per tale ragione la numerosità del campione varia a seconda della tavola considerata.

Variabili costruite per la categorizzazione della tipologia delle Relazioni Oggettuali

Sono state analizzate Tav. II, Tav. III, Tav. VII osservando la presenza/assenza di relazione e, se presente, la sua qualità, secondo le seguenti categorie adattate a partire dagli studi compiuti nell'ambito dell'utilizzo del metodo di Rorschach nella valutazione della struttura di personalità e del funzionamento mentale (Bruno, 2005):

- **Assenza:** nessuna interazione o relazione proiettata dal soggetto.
- **Forma:** l'interpretazione viene data dal soggetto basandosi unicamente sulla forma della macchia, senza rilevare un'interazione tra gli elementi proiettati (per es. "Vedo due persone").
- **Azione:** nell'interpretazione vengono individuate due persone che compiono un'azione ma senza entrare in relazione tra di loro (per es. "Queste sono due persone che stanno cucinando").
- **Fusionali e simbiotiche:** viene individuata una relazione di tipo fusionale che denota indifferenziazione (per es. "Due feti o un unico feto") e relazioni simbiotiche che denotano dipendenza e paranoia (per es. "Due gemelli siamesi").
- **Riflesso:** vengono interpretate delle relazioni di riflesso che denotano aspetti narcisistici (per es. "Questa è una persona che si guarda allo specchio").
- **Sostegno:** viene individuata una relazione di sostegno tra due persone (per es. "Due uomini che si sostengono per non cadere").
- **Opposizione:** costituiscono quelle interazioni in cui le parti coinvolte vengono viste in opposizione (per es. "Due uomini di schiena").
- **Aggressive:** vengono interpretate le relazioni come aggressive, contraddistinte da odio, rivalità ed aspetti distruttivi (per es. "Due lottatori che combattono").
- **Interazione:** viene individuata dai soggetti una relazione che presenta interazione (per es. "Due persone che si guardano", "Due persone che si toccano"). Questo livello di relazione si pone a metà strada tra la semplice interpretazione legata all'"azione" e quella "libidinale", che vedremo tra poco.
- **Collaborative:** vengono interpretate delle relazioni in cui le parti coinvolte interagiscono all'interno di un clima amicale (per es. "Due amici che si battono il cinque").

- **Libidinali:** riguardano le relazioni d'amore, costruttive e collaborativa (per es. "Due amanti che danzano").

Per ciascuna delle tavole bilaterali considerate sono state raccolte le prime tre risposte fornite dai soggetti e derivandone successivamente una media delle frequenze osservate.

Variabili costruite per la categorizzazione delle Rapresentazioni delle Figure Parentali

Sono stati analizzati i contenuti proiettati alle tavole parentali (Tav. IV e Tav. VII), e categorizzandoli secondo le seguenti modalità:

- **Nessuna proiezione:** assenza di aspetti proiettati.
- **Aspetti positivi:** proiezione di aspetti positivi (per es. "due bambine che giocano").
- **Aspetti depressivi:** proiezione di aspetti depressivi (per es. "un gigante triste").
- **Aspetti aggressivi:** proiezione di aspetti aggressivi (per es. "un mostro cattivo").
- **Aspetti persecutori:** proiezione di aspetti persecutori (per es. "un pagliaccio malefico che sta picchiando qualcuno").
- **Identificazione proiettiva:** aspetti che segnalano un'identificazione proiettiva (per es. "un mostro cattivo che ce l'ha con me").

Analisi dei dati

I dati raccolti sono stati elaborati con il software statistico Jamovi (Version 1,6) (*The Jamovi Project*, 2021), operando scelte metodologiche diverse a seconda di ciascuno degli obiettivi di ricerca:

Per il *primo obiettivo*, ovvero l'analisi descrittiva delle relazioni oggettuali, nel campione sono state effettuate apposite statistiche descrittive, ovvero le percentuali di frequenza per ciascuna categoria che compone la variabile "Relazione di oggetto". Invece, per il *secondo obiettivo* che riguarda la differenza tra rappresentazioni parentali dei pazienti con dipendenza da sostanze rispetto ai pazienti con dipendenza da alcol, si è scelto di utilizzare le statistiche non parametriche, ovvero il Test Chi-squared (χ^2) che verifica se la distribuzione delle frequenze tra i due gruppi sia casuale o associata significativamente a quel gruppo.

Risultati

Risultati relativi al primo obiettivo di ricerca

Per quanto riguarda il primo obiettivo, nella Tabella 1 è possibile vedere le distribuzioni di frequenza. Il numero di rifiuti per ciascuna tavola è di 1 rifiuto alla Tav. II, 2 rifiuti alla Tav. III e di 2 rifiuti alla Tav. VII, motivo per cui varia la numerosità considerata.

Si può notare che la maggior parte dei soggetti non rileva la presenza di aspetti relazionali (Assenza = 73,0%), cui fa seguito una tendenza ad interpretare la macchia soprattutto in base ai contorni e alla semplice forma, senza connotare la proiezione con un'accezione relazionale (Forma = 10,2%), infine si osserva una discreta frequenza nelle interpretazioni che fanno riferimento ad un'interazione tra le parti che non assume però

Tab. 1 - Statistiche descrittive riguardo le relazioni oggettuali rilevate sul campione di riferimento

	Tav. II	Tav. III	Tav. VII	Totale
Assenza	83,1%	69,8%	66,2%	73,0% media
Forma	5,0%	11,3%	14,4%	10,2% media
Azione	0,5%	8,1%	2,1%	3,6% media
Fusionali e simbiotiche	0,7%	0,7%	1,0%	0,8% media
Riflesso	1,2%	1,2%	1,8%	1,4% media
Sostegno	0,3%	0,9%	0,2%	0,5% media
Opposizione	0,0%	0,5%	0,7%	0,4% media
Aggressive	1,4%	1,0%	2,2%	1,5% media
Interazione	6,1%	4,3%	10,0%	6,8% media
Collaborative	0,0%	1,2%	0,2%	0,5% media
Libidinali	1,7%	1,0%	1,2%	1,3% media
Campione totale (N)	195	194	194	194,33

tonalità affettive particolarmente colorate, restando perciò su un piano generico ed evidenziando un investimento relazionale scarsamente realizzato (Interazione = 6,8%). Segue un secondo gruppo, in cui emergono, con minor frequenza, interpretazioni legate all'azione semplice e generica, senza interazione tra le parti (Azione = 3,6%), che pare particolarmente rappresentata nella Tav. III probabilmente per effetto dell'M che viene tecnicamente dato a tutte le risposte U anche senza che venga specificata una azione o interazione tra i due uomini. In aggiunta, seguono proiezioni di relazioni narcisistiche o di riflesso (Riflesso = 1,4%), le relazioni aggressive e di odio (Aggressive = 1,5%) e relazioni libidinali connesse a vissuti maturi e contenuti d'amore (Libidinali = 1,3%). Infine, in minor frequenza, si presentano le risposte relative alle relazioni "fusionali e simbiotiche" (0,8%), "sostegno" (0,5%), "opposizione" (0,4%) e "collaborative" (0,5%), che sembra connotare soprattutto la Tav. III. Per riassumere, dando uno sguardo alle percentuali, si ottengono dunque tre gruppi di frequenza: 1) Risposte in cui non viene proiettata alcuna relazione oggettuale, se non neutra o poco coinvolta nel proiettare una qualche forma di interazione tra due soggetti; 2) Risposte relative ad una interazione di tipo narcisistico (riflesso), aggressiva e libidinale; 3) Risposte relative a interazioni fusionali e simbiotiche, di collaborazione, di sostegno e di opposizione senza esplicita aggressività. La maggiore concentrazione di interpretazioni di relazioni "aggressive" (Aggressive, in Tav. VII = 2,2%) e di "riflesso" (Riflesso, in Tav. VII = 1,8%) si trovano alla tavola materna, che possiede, contemporaneamente anche la più alta percentuale di frequenze osservate riguardo le relazioni con "interazione" (Interazione, in Tav. VII = 10,0%); evidenziare questo contrasto tra le diverse dimensioni pertinenti alla tavola materna può offrire interessanti spunti di riflessione che analizzeremo più tardi.

Risultati relativi al secondo obiettivo di ricerca

Il secondo obiettivo prevede un confronto della tipologia di proiezioni parentali tra pazienti tossicodipendenti e alcoldipendenti. I risultati delle statistiche relative alle proiezioni della Tav. IV sono presentati nella Tabella 2. Il numero totale di rifiuti registrato in questa tavola ammonta a 5 rifiuti, di cui 2 da parte di soggetti dipendenti da alcol e 3 soggetti dipendenti da sostanze.

Tab. 2 - Percentuali di distribuzione delle frequenze della variabile "proiezioni parentali" in Tav. IV, suddivisi per tipologia di dipendenza primaria (N = 191)

	Alcol dipendenti	Tossico- dipendenti	Totale
Nessuna proiezione	58,4%	62,2%	60,3% media
Aspetti positivi	1,0%	1,1%	1,0% media
Aspetti depressivi	0,0%	10,0%	5,0% media
Aspetti aggressivi	35,6%	23,3%	29,5% media
Aspetti persecutori	1,0%	0,0%	0,5% media
Identificazione proiettiva	4,0%	3,3%	3,7% media
Campione totale (N)	101	90	191

* p value = 0,019

Le distribuzioni di frequenza si differenziano in modo statisticamente significativo a seconda del tipo di sostanza. In entrambe le categorie, le percentuali che indicano l'assenza di aspetti proiettati sono elevate; tuttavia si presentano delle differenze fra le due categorie, in quanto i pazienti alcoldipendenti proiettano più contenuti aggressivi (Aspetti aggressivi = 35,6%), rispetto ai pazienti tossicodipendenti (Aspetti aggressivi = 23,3%), i quali invece proiettano maggiori aspetti depressivi a questa tavola (Aspetti depressivi = 10,0%). Quindi le rappresentazioni alla tavola paterna categorizzate come "tipologia depressiva" sembrano essere correlate alla dipendenza da sostanze, mentre quelle categorizzate come "tipo aggressivo" sembrano essere più concentrate nei pazienti alcoldipendenti. I risultati delle statistiche relative alle proiezioni della Tav. VII sono presentati in Tabella 3. Il numero totale di rifiuti registrato in questa tavola ammonta a 3 rifiuti, di cui 1 da parte di un soggetto dipendente da alcol e 2 soggetti dipendenti da sostanze. Dalla distribuzione delle frequenze si nota che le proiezioni a contenuto positivo nei soggetti tossicodipendenti sono nettamente maggiori rispetto ai soggetti alcoldipendenti. I pazienti con dipendenza primaria da sostanze proiettano aspetti positivi a questa tavola fino a tre volte di più rispetto ai soggetti alcoldipendenti. Entrambi i gruppi di soggetti proiettano massicciamente aspetti aggressivi in maniera numericamente simile, con una percentuale leggermente più alta nelle persone tossicodi-

Tab. 3 - Percentuali di distribuzione delle frequenze della variabile “proiezioni parentali” in Tav. VII, suddivisi per tipologia di dipendenza primaria (N = 193)

	<i>Alcol dipendenti</i>	<i>Tossico-dipendenti</i>	<i>Totale</i>
Nessuna proiezione	78,4%	71,4%	74,9% media
Proiezione positiva	3,9%	12,1%	8,0% media
Proiezione depressiva	1,0%	0,0%	0,5% media
Proiezione aggressiva	15,7%	16,5%	16,1% media
Proiezione persecutoria	1,0%	0,0%	0,5% media
Identificazione proiettiva	0,0%	0,0%	0,0% media
Campione totale (N)	102	91	193

* *p value = 0,019*

pendenti (Proiezione aggressiva = 16,5%) rispetto alle persone alcoldipendenti (Proiezione aggressiva = 15,7%). In sintesi sembra quindi che le rappresentazioni materne dei pazienti tossicodipendenti siano più connotate da aspetti positivi rispetto ai pazienti alcoldipendenti, i quali tendono a non essere stimolati da questa tavola oppure a proiettare aspetti aggressivi.

Commenti dei risultati

Il quadro descrittivo generale rispetto al mondo delle relazioni oggettuali permette di fare alcune considerazioni importanti sul *mondo delle relazioni oggettuali interiorizzate* del paziente dipendente. Questo quadro anzitutto conferma la difficoltà di questi soggetti nel farsi coinvolgere in una relazione d'oggetto, come spesso riportano coloro che lavorano a contatto con questo tipo di pazienti (terapeuti e gruppo di curanti). I protocolli considerati presentano una povertà generale in termini di produttività e immaginazione, dal momento che la maggior parte dei soggetti del campione non proietta movimenti relazionali alle tavole, se non interazioni molto semplici e scarsamente connotate da aspetti relazionali-affettivi maturi. La letteratura sostiene che questa bassa produttività possa riflettere un blocco creativo in cui manca la capacità di investire nell'attività immaginativa (Marfisi, 2016). È possibile notare dai risultati emersi che esistono più stadi di maturazione nel mondo relazionale del paziente con dipendenza, infatti i soggetti che riescono maggiormente a farsi coinvolgere nelle relazioni presentano modalità di relazione arcaiche basate sulla semplice interazione e sull'azione, con scarse connotazioni affettive differenziate che, se presenti, assumono accezioni narcisistiche (risposte “Riflesso”) e aspetti per lo più aggressivi. Il paziente con addiction, quindi, quando entra in relazione, tende più frequentemente a mettere in atto dinamiche tipiche delle primissime fasi nella costruzione della relazione d'oggetto. Alla tavola III risulta emblematico che non vi siano percentuali vistosamente alte nella percezione dell'interazione, giacché questa tavola rappresenta la tavola della socialità, dell'identificazione e della rappresentazione di sé di fronte all'altro (Passi Tognazzo, 2017), registrando invece elevate percentuali nella “Forma” e nell’“Azione”. Questo significa che i soggetti del campione percepiscono maggiormente delle sagome prive di movimento

(nel caso della “Forma”) oppure delle figure che compiono un'azione ma senza interagire fra loro. A questo proposito si riscontra in letteratura come la mancanza di risposte cinestetiche relazionali relative ad esseri umani visti differenziati ed in relazione rimandino a problematiche rispetto alla costruzione dell'identità e a delle modalità relazionali immature e “primitive”, che possono implicare l'isolamento e relazioni fusionali, presenti nei protocolli esaminati, caratterizzate da confusione nei confini tra sé e l'altro (Bocco et al., 2003). Gli aspetti narcisistici (risposte “Riflesso”) e le espressioni di aggressività emersi dai risultati costituiscono degli elementi che, secondo la letteratura, facilitano l'individuo nel processo di separazione dall'oggetto (Mahler, Pine, & Bergman, 1975). Quest'ultimo però non è investito solo da sentimenti di odio ma è anche sottoposto, alternativamente, a momenti di fusione e simbiosi che lasceranno poi il posto all'identificazione, che permette lo sviluppo di interazioni, di collaborazione, sostegno o opposizione. Tali aspetti sono tutti legati ad un senso di separatezza e individuazione al quale il paziente può avere accesso avviando il processo di soggettivazione nel percorso evolutivo concomitante all'abbandono della sostanza come oggetto relazionale centrale nel suo funzionamento. Dunque nel percorso del paziente con addiction risulta centrale valutare lo stadio di maturazione della relazione d'oggetto, rilevabile attraverso la tipologia di contenuti proiettati, che potrebbe essere correlato inoltre alla fase di maturazione nel percorso di trattamento. Per quanto riguarda la seconda ipotesi di ricerca, i dati sembrano confermare la direzione proposta da Blatt (1984) e Correale (2019) secondo cui la tipologia di sostanza primaria potrebbe essere una scelta d'oggetto coerente con le rappresentazioni parentali introiettate. Da quanto emerge dai risultati, nella tavola paterna (Tav. IV) si registra un'elevata percentuale di contenuti aggressivi proiettati sia da parte dei pazienti dipendenti da sostanze sia da quelli dipendenti da alcol, che lo esprimono in percentuale più elevata. Inoltre, i pazienti tossicodipendenti proiettano a questa tavola una consistente percentuale di contenuti depressivi, al contrario dei soggetti alcoldipendenti che, in questa tavola, non ne proiettano. Il fatto che i pazienti tossicodipendenti percepiscano maggiormente elementi di deterioramento ed aspetti depressivi alla tavola paterna sembra confermare le ipotesi riguardo un'inconsistenza della strutturazione del paterno in tali soggetti (Bruno, 2005). Per quanto riguarda invece la tavola materna (Tav. VII), entrambi i gruppi di soggetti proiettano alte percentuali di aspetti aggressivi ma, ciò che appare molto interessante, è che i pazienti tossicodipendenti proiettano aspetti positivi a questa tavola fino a tre volte di più rispetto ai pazienti alcoldipendenti. Questo dato è eloquente rispetto l'ambivalenza della relazione positivo-distruttiva riguardo la rappresentazione della figura materna. Alcuni studi in letteratura evidenziano che nei protocolli di soggetti tossicodipendenti sia presente un'oscillazione fra desideri distruttivi e fantasmi di fusione (Bruno, 2005). Dunque i risultati emersi sembrano avvalorare le ipotesi secondo cui la tipologia di sostanza primaria potrebbe essere una scelta d'oggetto coerente con le rappresentazioni parentali introiettate. Questa correlazione ovviamente ha bisogno di ulteriori riflessioni cliniche e teoriche, che si possono innestare con quanto già teorizzato in letteratura, secondo cui la sostanza evoca una relazione d'oggetto fusionale materna mentre il rapporto con l'alcol rappresenterebbe la dinamica costante di una relazione conflittuale con una figura paterna da cui separarsi. Infatti il paziente con dipendenza da sostanze sembra preferire la ricerca di una relazione fusionale con un oggetto positivo materno mentre la relazione con il paterno sembra essere del

tutto povera e carente (come evidenziato dalla prevalenza di rappresentazioni depressive). Il paziente con dipendenza da alcol invece ha avuto a che fare con una figura paterna con la quale però ha bisogno di essere in conflitto per affermare la propria esistenza separata. Queste differenze nelle dinamiche relazionali sono riscontrabili anche nel rapporto con la sostanza primaria, infatti si può notare come i soggetti dipendenti da sostanze cerchino una sostanza illegale, assumendo per questo molto più di frequente comportamenti antisociali, nel senso di ignorare completamente l'autorità o negarla. Una volta raggiunta la possibilità di usare la sostanza, questi pazienti entrano in un mondo simbiotico e fusionale con gli effetti contenitivi e avvolgenti della sostanza. L'alcol invece è una sostanza legale e su questo fa leva un primo aspetto del meccanismo di negazione che apre la strada ad un altro meccanismo, ossia quello della sfida con l'"autorità-alcol" (sottesa dal meccanismo di *craving*) e del controllo ("io smetto quando voglio, io lo controllo"). Dunque, il soggetto dipendente dall'alcol cerca una relazione con l'altro, mostrando il raggiungimento di uno stadio più maturo nella relazione d'oggetto, come evidenziato anche dai risultati emersi, ma sembra vivere costantemente in conflitto tra il bisogno di controllare l'oggetto-alcol e di lasciarsi andare agli effetti disinibenti che gli permettono di vivere sé stesso senza giudizi di valore, nella relazione con un'autorità giudicante e svalorizzante.

Limiti e sviluppi futuri dello studio

In conclusione, si desidera evidenziare i limiti di suddetta ricerca. In primo luogo, va detto che fare ricerca sul test di Rorschach è un'impresa tutt'altro che semplice giacché tale test prevede la presenza di molti indici e variabili isolate che risultano difficili da integrare insieme entro un contesto comune di analisi. Questo limite viene riportato anche in letteratura in articoli che evidenziano che l'approccio di Rorschach produca una miriade di variabili isolate e sovrapposte che rendono difficile il lavoro di ricerca clinica su questo test proiettivo (Blatt & Berman, 1984). Questo fatto rappresenta un ostacolo a livello interpretativo poiché la frammentarietà degli indici è tale da rendere difficile una visione di insieme di tutto ciò che viene raccolto, comportando una difficoltà di analisi e interpretativa. Inoltre, al fine di studiare in modo preciso le relazioni osservate alle tavole bilaterali, sono state analizzate numerose variabili, tuttavia talvolta risultava difficile individuarle nel protocollo e interpretarle correttamente, creando difficoltà e confusione, giacché le risposte a questo test risultano difficili da classificare in questi termini vista l'ampiezza di espressione qualitativa su cui si fonda il metodo Rorschach. Per quanto riguarda lo studio delle rappresentazioni oggettuali si sono riscontrate meno difficoltà in questo senso, forse per il tipo di impostazione di ricerca che risultava qui più compatto e riassuntivo. Purtroppo, l'eccessiva dispersione di variabili legate al primo obiettivo di ricerca era necessaria per poter raccogliere la vastità di situazioni e relazioni rilevate dai soggetti nel protocollo, tanto da portarci a modificare di volta in volta la lista degli indici da considerare, aggiungendo o eliminando delle variabili. Un punto di forza di questo lavoro è sicuramente dato dalla grande numerosità del campione considerato che permette di trarre conclusioni più robuste rispetto al lavoro con campioni dalla bassa numerosità. Tuttavia tali conclusioni non sono da considerarsi come delle "affermazioni" ma piuttosto come delle ipotesi,

poiché si lascia la porta aperta a nuove discussioni e ipotesi teoriche riguardo le tematiche analizzate. Va inoltre evidenziato che il tipo di soggetti selezionati per questo studio, soggetti alcoldipendenti e soggetti tossicodipendenti, rappresentano un campione contraddistinto da una bassa produttività al test di Rorschach e da una generale povertà dei protocolli, come testimoniato dalla letteratura esistente (Marfisi, 2016; Khalily, 2009), perciò le analisi svolte su tali protocolli non mostrano delle vistose e consistenti evidenze, ma rilevano piuttosto una percentuale piuttosto esigua di dati, giacché questa è una caratteristica essenziale del tipo di campione preso in esame. Sicuramente quanto emerso apre a nuove riflessioni interessanti sia in ambito teorico sia in ambito clinico-pratico nel trattamento delle dipendenze da sostanze, tuttavia le interpretazioni fatte in base ai risultati emersi vanno lette in un'ottica di ipotesi teorica e non come delle certezze indiscutibili, lasciando spazio alla possibilità di nuove prospettive e futuri progetti di ricerca in questo ambito. Infatti, lo studio ha selezionato solo alcune variabili che ci sembravano salienti secondo la letteratura contemporanea presente sul test Rorschach e sulle relazioni oggettuali, ma future ricerche e ulteriori approfondimenti potrebbero includere degli altri aspetti che non sono stati affrontati in questo studio.

Riferimenti bibliografici

- Alvarez-Monjaras M., Mayes L.C., Potenza M.N., & Rutherford H.J. (2019). A developmental model of addictions: integrating neurobiological and psychodynamic theories through the lens of attachment. *Attachment & Human Development*, 21(6): 616-637.
- Blatt S.J., & Berman Jr W.H. (1984). A methodology for the use of the Rorschach in clinical research. *Journal of Personality Assessment*, 48(3): 226-239.
- Bocco M., Priotto B., Di Fini A., Gilardini A., & Goso F. (2003). Sperimentazione del test di Rorschach nella dipendenza da eroina. *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcoolismo*, 26(3).
- Bruno L. (2005, luglio 25-30). *Forme di depressione tradotte da una dipendenza patologica. Una ricerca condotta su 50 giovani tossicodipendenti*. XVIII International Congress of Rorschach and Projective Methods, Barcellona, Spain.
- Correale A., Cangiotti F., Zoppi A. (2013). *Il soggetto nascosto. Un approccio psicoanalitico alla clinica delle tossicodipendenze*. Milano: FrancoAngeli.
- Jamovi - The jamovi project (2021). Jamovi (Version 1.6) [Computer Software]. -- Retrieved from <https://www.jamovi.org>.
- Khalily M.T. (2009). Personality characteristics of addicts and non-addicts determined through Rorschach findings. *Pakistan Journal of Psychology*, 40(1).
- Mahler S., Pine F., & Bergman A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.
- Marfisi S. (2016). Drug-addiction and boundaries of the Self A psychoanalytical reading through the Rorschach test. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 4(1).
- Passi Tognazzo D. (1968, 3^a edizione 2017). *Il metodo Rorschach: manuale di psicodiagnosica su modelli di matrice europea*. Firenze: Giunti.
- Robinson T.E., & Berridge K.C. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews*, 18(3): 247-291.
- Schore A. N. (2008). *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé. Astrolabio*.
- Solomon R.L., & Corbit J.D. (1974). An opponent-process theory of motivation: I. Temporal dynamics of affect. *Psychological Review*, 81(2): 119.

Case Study: Le implicazioni culturali/religiose nella terapia con Buprenorfina Long-acting sottocutanea in giovane adulto con disturbo da uso d'oppioidi

Stefano Vertullo*, Concettina Varango**

Summary

■ Opioid prescribing in Italy remains cautiously conservative, with national data showing stable and comparatively low use of medium-potency opioids relative to other European countries.
Migrants and ethnic minority groups, however, display increased vulnerability to substance use disorders due to linguistic, cultural, and religious barriers that hinder access to and continuity of care.
The case concerns a 19-year-old North African male presenting with a severe iatrogenic opioid use disorder involving tramadol, oxycodone, and benzodiazepines, accompanied by detailed self-monitoring of substances, dosages, routes, and psychoactive effects.
His tramadol use, initially therapeutic, rapidly evolved into complex experimental practices informed by online psychonautic resources, producing atypical euphoria and sensory distortions even at standard doses.
Family opposition, rooted in strict religious norms, significantly interfered with treatment, leading to compromised methadone adherence, suspected diversion, and eventual relapse with periods of homelessness.
Cultural tension intensified during Ramadan, a period associated with autonomous modifications of oral medications.
The subsequent transition to long-acting injectable buprenorphine provided a culturally acceptable alternative, enhancing adherence and clinical stability.
Pharmacogenetic considerations, particularly the higher prevalence of CYP2D6 ultrarapid metabolizers in North African populations, may have contributed to the heightened psychoactive responses and misuse risk.
Overall, the case illustrates the necessity of integrating cultural, religious, and pharmacogenetic factors into individualized treatment strategies to improve engagement and long-term outcomes. ■

Keywords: *Opioid Use Disorder, Substance Use Disorder, Ethnical minorities, Religion, Long Acting Buprenorphine.*

Parole chiave: *Disturbo da uso d'oppioidi, Disturbo da uso di sostanze, Minoranze etniche, Religione, Buprenorfina a lungo rilascio.*

Introduzione/Background

In Italia è nota la riluttanza dei medici nella prescrizione degli oppioidi per la gestione della terapia del dolore (1).

Riluttanza che trova un riscontro oggettivo all'interno dei dati epidemiologici di consumo farmaceutico OSMED che mostrano una dose giornaliera per 1000 abitanti stabile rispetto agli anni precedenti (2).

Dose giornaliera italiana che, rapportata con il consumo medio di altre nazioni europee mostrano un utilizzo di oppioidi, in particolare a media potenza, nettamente inferiore a quello di Inghilterra, Germania, Francia e Spagna, e paragonabile

solo a quello di Danimarca e Svezia che mostrano, tuttavia, un utilizzo maggiore di oppioidi ad alta potenza rispetto all'Italia (3).

Anche se il rischio di una diversione o un misuso di utilizzo di oppioidi in Italia possa sembrare inferiore rispetto ad altre nazioni facendo riferimento ai dati precedenti esposti, vi sono situazioni e popolazioni maggiormente vulnerabili che meritano una particolare attenzione.

Come riportato dall'agenzia dell'unione europea sulla droga (EUDA), nonostante non si abbiano dati esaustivi sul rapporto tra popolazioni migranti/minoranze etniche (MEM) e disturbo da uso di sostanze, queste popolazioni possono essere considerate particolarmente vulnerabile, necessitando di particolari attenzioni e di supporto nell'accessibilità e nei percorsi sanitari necessari per la gestione di un eventuale disturbo da uso di sostanze (4).

* UOC Servizio Dipendenze, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASST Lodi.

** SC Dipendenze, ASST Pavia.

La vulnerabilità non è data solamente dal potenziale rischio di insorgenza del disturbo ma anche, e soprattutto, nell'accesso alle cure e nella risoluzione dello stesso, che possono comportare sfide specifiche non sempre attuate dai vari sistemi sanitari (5). Ad esempio, nelle comunità di prevalenza musulmana, le barriere d'accesso ai servizi per il trattamento dei disturbi d'uso di sostanze sono particolarmente rilevanti, venendo spesso indicati, come ostacoli principali, la mancanza di consapevolezza della presenza del disturbo e lo stigma annesso ad esso (6).

Presentazione del caso

Teenager di 19 anni, di etnia nordafricana, si presenta volontariamente al Servizio Dipendenze chiedendo presa in carica per disturbo da uso di oppioidi secondario ad uso iatrogeno, alla somministrazione dei criteri DSM-V si rileva la presenza di 9/11, indice di un disturbo di grado severo.

Riferisce come sostanze di predilizione riferite sono state tramadol (come primo oppioide utilizzato) ed ossicodone con un importante e concomitante utilizzo di sedativi-ipnotici (lorazepam, clonazepam, alprazolam, zolpidem).

Presente anche un utilizzo sporadico di anticolinergici (scopolamina, atropina), antiistaminici (dimeidrinate, idroxizina), fitocomposti/vegetali (trachelospermum jasminoides, manita muscari, datura stramonium), cannabis (polline, burro).

Paziente che dichiara la presenza di una forte curiosità all'utilizzo di sostanze, curiosità che può essere stata l'eziologia alla base dell'insorgenza del disturbo.

Peculiare l'utilizzo di diari di consumo di cui si è servito per annotare le varie esperienze effettuate.

Esperienze in cui vengono riportate sostanze, dosaggi, tempistiche di consumo, modalità di assunzione e, soprattutto, sintomi annessi.

Dall'iniziale utilizzo di tramadol, prescritto per riferita lombosciatalgia, al dosaggio di 100 mg per via orale fino all'assunzione di 150 mg per via rettale dello stesso, in combinazione con lorazepam e tapentadol.

Tramadol che il paziente definisce come sua sostanza di elezione e per cui sperimenta importanti effetti anche a dosaggi terapeutici tra cui dispercezioni sensorie e importante grado di euforia, con una permanenza dell'effetto nel limite massimo della possibile cinetica del principio attivo. Vengono annotati, nel diario, utilizzo di meccanismi artigianali di estrazione (come l'estrazione della codeina dalla combinazione paracetamolo/codeina) o di potenziamento farmacocinetico con assunzione precedente di succo di pompelmo per inibire citocromo CYP3A4.

Molto comuni presentazioni allucinatorie uditive e tattili a seguito di utilizzo di tramadol, farmaco utilizzato anche per autoinduzione ipnotica per quelle che sono le proprietà tipiche del farmaco rispetto ad altri oppioidi puri. Informazioni sui meccanismi di azione e di cinetica reperite in rete da esperienze di altre persone e, in particolare, acquisite mediante utilizzo di erowid e psychonauts wiki.

Interessante anche l'utilizzo di molti principi attivi, anche non a rischio d'abuso, per curiosità sperimentale, per reperimento da smaltimento di farmaci scaduti o non utilizzati presso le farmacie del territorio.

Importante notare che riferisce non familiarità per disturbo da uso di sostanze, famiglia fortemente religiosa con cui non si è mai aperto al confronto sui precedenti utilizzi.

Gestione del percorso terapeutico

Dal momento della presentazione il paziente riferisce un'importante difficoltà nel rapporto con i familiari per la sua volontà di seguire il percorso presso il Servizio Dipendenze, motivato dalla loro mancanza di accettazione di una problematica di questo tipo e dal forte stigma religioso-culturale che avrebbe una terapia con agonista oppioide.

Data la forte motivazione, si decide di iniziare terapia con metadone al dosaggio iniziale di 15 mg per rifiuto periodo iniziale di ricovero per la gestione astinenziale.

Madre, dopo iniziale titubanza, concorde al percorso ed il paziente riferisce soddisfazione nel confronto con lei sulla gestione terapeutica.

Dopo iniziale periodo di assunzione di terapia testimoniata, si decide di affidare terapia al paziente per necessità università, avendo iniziato a frequentare il corso di chimica farmaceutica presso l'università.

Nonostante il primo periodo di apparente stabilità con risultati degli esami tossicologici negativi per altre sostanze, inizia il forte sospetto di diversione della terapia a causa di riferite perdite di metadone della quantità affidata, sino alla testimonianza della madre che riferisce di aver trovato il figlio durante l'iniezione del farmaco indicato per uso orale.

Si decide a questo punto, in accordo con il paziente, di affidare la terapia alla madre che si sarebbe attivata per far assumere la terapia al figlio ed evitare la diversione precedentemente testimoniata.

Ai successivi appuntamenti il paziente inizia ad apparire agitato e nervoso, dichiara la diluizione e la sostituzione con acqua della terapia, da parte della madre non essendo d'accordo che il figlio assuma terapia oppioide per via orale.

Il Paziente, per compiacere la madre e non essere cacciato di casa, firma la sospensione completa della terapia con agonista oppioide con il potenziale rischio di un'importante sindrome astinenziale.

Periodo di assenza dal Servizio fino a quando la madre, durante il periodo del Ramadan, ha rifiutato l'accesso in casa al figlio avendolo trovato ad assumere alcol e utilizzo di oppioidi.

Dopo un ristretto periodo di sostentamento in strada ed assunzione di varie terapie, il paziente si ripresenta al Servizio dichiarando la necessità di aiuto e di un supporto ma riferendo importante preoccupazione nel rapporto con la madre.

Alla luce dei dubbi mostrati e del periodo di nuova presentazione, che coincide con il Ramadan, si decide di indurre il paziente con terapia con agonista parziale oppioideo (buprenorfina) per effettuare lo switch a long acting injection dello stesso principio attivo ed evitare possibili assunzioni orali che potessero essere percepiti in maniera errata dalla madre.

Il Paziente concorda con la nuova indicazione terapeutica e, dal momento di assunzione di terapia mediante iniezione sottocutanea di buprenorfina, mostra segni di apparente stabilità clinica e si decide per un monitoraggio mediante analisi di matrice urinaria per la verifica di eventuale utilizzo di agonisti oppioidi o di altre sostanze o farmaci d'abuso.

Discussione

Considerando il farmaco d'elezione, nonché il primo oppioide sperimentato dal paziente, ovvero il tramadol, è molto interessante notare le sue peculiarità rispetto a quello degli altri far-

maci oppioidi, soprattutto alla luce del quadro clinico descritto. Con una ridotta affinità al recettore mu degli oppioidi, nessuna affinità per i recettori kappa e delta e la presenza, quasi unica nella categoria oppioide, di inibire la ricaptazione neurotrasmettoriale della noradrenalina e della serotonina, affinità differenti anche in base all'enantiomero coinvolto nel legame, rivelando un meccanismo d'azione ed una efficacia clinica multimodale (7).

Importante notare, però, che la ridotta affinità di legame ai recettori oppioidi viene esponenzialmente incrementata a seguito della conversione metabolica, mediata dall'enzima CYP2D6 che, attraverso una reazione di fase 1 di O-demetilazione, porta alla creazione del metabolita M1, responsabile di un'efficacia clinica fino a 6 volte maggiore, a differenza delle modifiche apportate dai citocromi CYP2B6 e CYP3A4, che producono, attraverso la loro azione, metaboliti inattivi (8).

Le varianti genetiche dell'enzima CYP2D6, concorrono per buona parte delle possibili modifiche metaboliche del principio all'interno dell'organismo, con la presenza di fenotipi metabolici ultrarapidi che presentano un'incrementata attività clinica del farmaco con un rischio maggiore di possibile intossicazione acuta mentre, al contrario, metabolizzatori lenti o intermedi che presentano una riduzione dell'attività e della possibile efficacia del farmaco (9).

Polimorfismi genetici che tendono ad essere presenti in maniera estremamente eterogenea a livello globale, con un'alta prevalenza di metabolizzatori ultrarapidi nelle popolazioni del nord Africa, regione geografica di provenienza del paziente in questione (10).

Questa caratteristica polimorfica ha portato l'FDA ad evidenziare, con un warning nelle caratteristiche del prodotto dei farmaci a base di tramadol, su possibile controindicazione di utilizzo del farmaco in pazienti di etnia nord africana dove, possibili duplicazioni o amplificazione del genotipo del citocromo CYP2D6 (rilevate come *1/*1xN or *1/*2xN) possono avere una prevalenza fin sopra il 10%, dato importante da tenere in conto al momento di una possibile prescrizione del farmaco (11).

Considerazioni da tenere in mente nonostante molti dei recenti dati di farmaco utilizzazione negli Stati Uniti ed in Europa mostrano come il tramadol sia uno dei farmaci oppioidi meno abusati ed a rischio misuso, rispetto a morfina e codeina (12, 13), dati da contrapporre ai risultati di altrettanti studi effettuati sul territorio nordafricano che mostrano un alto rischio di abuso e utilizzo di tramadol in adolescenti, anche in combinazione con alcol e cannabis, con una prevalenza di circa l'8.8% ed un onset di utilizzo a circa 16 anni (14, 15) che dovrebbero far porre l'attenzione, non solo al farmaco prescritto, ma anche alle caratteristiche specifiche della persona a cui questa prescrizione è destinata, tra cui etnia, età, anamnesi tossicologica.

Etnia che non mostra, come nel nostro caso, solo implicazioni genetiche ma anche, e soprattutto, culturali/religiose.

Implicazioni che vanno ad impattare anche la terapia con agonisti oppioidi e non solo la storia di consumo (6), nonostante i primi studi effettuati mostrino un'importante efficacia del trattamento anche nella regione geografica del MENA (16), bisognerebbe fare una contestualizzazione nazione specifica più che di etnia, con nazioni come Egitto, Oman, Bahrain dove, il trattamento di approccio più comune, è la disintossicazione acuta mentre in altre nazioni, come UAE, Kuwait e Libano, si stanno iniziando a diffondere maggiormente percorsi integrati con agonisti oppioidi (17).

L'importante differenza tra nazioni può essere interpretata come una paura, ancora molto presente, di rischio di misuso e diversione delle terapia con oppioidi agonisti che ne limitano la diffusione anche nei paesi con programmi che hanno già implementato l'utilizzo di metadone o buprenorfina (18).

Un tema culturale, principalmente connesso alla religione maggioritaria nei paesi del Nord Africa, che può aver impattato anche nel nostro caso specifico ma che può essere anche maggiormente esteso, è il rapporto che intercorre tra il periodo del ramadan e le terapie a somministrazione orale, come è notoriamente la terapia agonista con metadone.

Diversi studi hanno dimostrato l'attuazione di modifiche in maniera autonoma della posologia e della modalità di assunzione di diversi farmaci assunti per via orale senza consigli o confronti medici, riducendone l'efficacia clinica (19).

Non vi sono molti studi che approfondiscono in maniera specifica il tema dell'assunzione di metadone durante il periodo del ramadan ma è interessante rilevare che, in uno degli studi piloti che maggiormente esplorano il tema della terapia con metadone all'interno di una comunità musulmana, ovvero in Malesia, dove è stato effettuato un tentativo di affiancare, al percorso farmacologico, il supporto religioso e di comunità, è stato rilevato una ritenzione ed aderenza al trattamento di circa il 80% con molti dei partecipanti risultanti negativi agli esami tossicologici (20), dati decisamente positivi rispetto ai dati riscontrati in altri studi effettuati nella medesima nazione (21), segno che, un approccio e un supporto anche culturale e religioso, oltre che sanitario, può aumentare enormemente l'efficacia dell'intero percorso terapeutico.

Nel caso specifico della terapia agonista oppioide, è importante ricordare come siano disponibili altri principi attivi, come la buprenorfina, che ha mostrato efficacia d'utilizzo comparabili con la terapia con metadone, nonostante la lieve differenza in negativo di ritenzione al trattamento (22).

È importante notare che, la terapia con buprenorfina, a differenza di quella con metadone, possiede differenti modalità di somministrazione, definiti nel complesso Long Acting data la loro cinetica di azione, che vengono somministrate attraverso iniezioni o impianti sottocute e che possono mantenere l'efficacia terapeutica per un periodo che va da 1 mese fino a 6 mesi in base al prodotto farmaceutico utilizzato (23, 24).

Preferenza per formulazioni long acting che richiedono minore frequenza di assunzione e che possono essere somministrate tramite modalità differenti da quelle orali che dovrebbero essere preferite in pazienti di religione musulmana che possono avere problematiche prevedibili in periodi specifici come quello del ramadan, così da aumentare non solo l'aderenza terapeutica ma anche la comprensione delle differenze culturali religiose che possono riscontrarsi nelle situazioni cliniche di ogni giorno (25, 26).

Ed è proprio grazie a questa scelta terapeutica che si è riusciti ad ottenere una stabilità, non solo psico clinica, ma anche sociale e familiare, di lunga durata per una situazione che, con l'utilizzo della terapia con metadone in precedenza, sembrava quasi impossibile da risolvere.

Conclusion

I disturbi da uso di sostanze, ed in particolare oppioidi, presentano sicuramente sfide continue derivanti da differenti situazio-

ni cliniche e sanitarie, ma è altrettanto importante considerare come prioritario l'approccio sociale e culturale per un miglioramento dell'outcome terapeutico.

Nonostante vi siano pochi studi che esplorano in maniera approfondita molte delle sfumature culturali che ci si trova ad affrontare nei casi di ogni giorno, come l'aderenza della terapia agonista nel periodo del ramadan in popolazioni o pazienti musulmani, è fondamentale considerare queste caratteristiche già alla luce dei pochi dati e riscontri disponibili in letteratura, che mostrano una centralità sempre maggiore della persona rispetto alla terapia avulsa dal contesto del singolo individuo.

Riferimenti bibliografici

1. Cortellazzo Wiel L., Cozzi G. & Barbi E. (2021). The risks of physicians' conformism: reflections from the opioid overflow. *Ital J Pediatr*, 47, 10. Doi: 10.1186/s13052-021-00967-z.
2. The Medicines Utilisation Monitoring Centre (2024). *National Report on Medicines use in Italy*. Year 2023. Rome: Italian Medicines Agency.
3. Hider-Mlynarz K., Cavalié P., & Maison P. (2018). Trends in analgesic consumption in France over the last 10 years and comparison of patterns across Europe. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 84(6): 1324-1334. Doi: 10.1111/bcp.13564.
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2023). *Migrants and drugs: health and social responses*.
5. De Kock C. (2020). European inspiring practices for substance use treatment among migrants and ethnic minorities. In: De Kock C. et al. (eds.), *Mapping & enhancing substance use treatment for migrants and ethnic minorities*. Brussels: Belspo.
6. Al-Ghafri Q., Radcliffe P., & Gilchrist G. (2023). Barriers and facilitators to accessing inpatient and community substance use treatment and harm reduction services for people who use drugs in the Muslim communities: A systematic narrative review of studies on the experiences of people who receive services and service providers. *Drug and alcohol dependence*, 244: 109790. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2023.109790.
7. Grond S., & Sablotzki A. (2004). Clinical pharmacology of tramadol. *Clinical Pharmacokinetics*, 43(13): 879-923. Doi: 10.2165/00003088-200443130-00004.
8. Dean L., Kane M. (2012). Tramadol Therapy and CYP2D6 Genotype. 2015 Sep 10 [Updated 2025 Jan 17]. In: Pratt V.M., Scott S.A., Pirmohamed M. et al. (eds.), *Medical Genetics Summaries* [Internet]. Bethesda (MD): National Center for Biotechnology Information (US). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK315950/>.
9. Nakhaei S., Hoyte C., Dart R.C. et al. (2021). A review on tramadol toxicity: mechanism of action, clinical presentation, and treatment. *Forensic Toxicol*, 39: 293-310. Doi: 10.1007/s11419-020-00569-0.
10. Alali M., Ismail Al-Khalil W., Rijjal S., Al-Salhi L., Saifo M., & Youssef L.A. (2022). Frequencies of CYP2D6 genetic polymorphisms in Arab populations. *Human Genomics*, 16(1), 6. Doi: 10.1186/s40246-022-00378-z.
11. FDA Approved Drug Products: Ultram (tramadol hydrochloride) oral tablets. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2019/020281s045lbl.pdf.
12. Reines S. A., Goldmann B., Harnett M., & Lu L. (2020). Misuse of Tramadol in the United States: An Analysis of the National Survey of Drug Use and Health 2002-2017. *Substance abuse: research and treatment*, 14, 1178221820930006. Doi: 10.1177/1178221820930006.
13. Iwanicki J.L., Schwarz J., May K.P., Black J.C., & Dart R.C. (2020). Tramadol non-medical use in Four European countries: A comparative analysis. *Drug and alcohol dependence*, 217: 108367. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2020.108367.
14. Bassiony M.M., Salah El-Deen G.M., Yousef U., Raya Y., Abdel-Ghani M.M., El-Gohari H., & Atwa S.A. (2015). Adolescent tramadol use and abuse in Egypt. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 41(3): 206-211. Doi: 10.3109/00952990.2015.1014959.
15. Fawzi M.M. (2011). Some medicolegal aspects concerning tramadol abuse: The new Middle East youth plague 2010. An Egyptian overview. *Egyptian Journal of Forensic Sciences*, 1(2): 99-102. Doi: 10.1016/j.ejfs.2011.04.016.
16. Alawa J., Muhammad M., Kazemtabar M., Bromberg D.J., Garcia D., Khoshnood K., & Ghandour L. (2022). Medication for opioid use disorder in the Arab World: A systematic review. *The International Journal on Drug Policy*, 102: 103617. Doi: 10.1016/j.drugpo.2022.103617.
17. ElKashef A., Alzayani S., Shawky M., Al Abri M., Littlewood R., Qassem T., ... Alzayed A. (2018). Recommendations to improve opioid use disorder outcomes in countries of the Middle East. *Journal of Substance Use*, 24(1): 4-7. Doi: 10.1080/14659891.2018.1489906.
18. El-Khoury J., Abbas Z., Nakhle P.E., & Matar M.T. (2016). Implementing opioid substitution in Lebanon: inception and challenges. *International Journal of Drug Policy*, 31: 178-183.
19. Aadil N., Houti I.E., & Moussamih S. (2004). Drug intake during Ramadan. *BMJ (Clinical research ed.)*, 329(7469): 778-782. Doi: 10.1136/bmj.329.7469.778.
20. Rashid R.A., Kamali K., Habil M.H., Shaharom M.H., Seghatoleslam T., & Looyeh M.Y. (2014). A mosque-based methadone maintenance treatment strategy: implementation and pilot results. *The International Journal on Drug Policy*, 25(6): 1071-1075. Doi: 10.1016/j.drugpo.2014.07.003.
21. Mohamad N., Bakar N.H., Musa N., Talib N., & Ismail R. (2010). Better retention of Malaysian opiate dependents treated with high dose methadone in methadone maintenance therapy. *Harm Reduction Journal*, 7, 30. Doi: 10.1186/1477-7517-7-30.
22. Degenhardt L., Clark B., Macpherson G., Leppan O., Nielsen S., Zahra E., Larance B., Kimber J., Martino-Burke D., Hickman M., & Farrell M. (2023). Buprenorphine versus methadone for the treatment of opioid dependence: a systematic review and meta-analysis of randomised and observational studies. *The Lancet. Psychiatry*, 10(6): 386-402. Doi: 10.1016/S2215-0366(23)00095-0.
23. Martin E., Maher H., McKeon G., Patterson S., Blake J., & Chen K.Y. (2022). Long-acting injectable buprenorphine for opioid use disorder: A systematic review of impact of use on social determinants of health. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 139, 108776. Doi: 10.1016/j.jsat.2022.108776.
24. Rosenthal R.N., Lofwall M.R., Kim S., Chen M., Beebe K.L., Vocci F.J., & PRO-814 Study Group (2016). Effect of Buprenorphine Implants on Illicit Opioid Use Among Abstinent Adults With Opioid Dependence Treated With Sublingual Buprenorphine: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 316(3): 282-290.
25. Grindrod K., & Alsabbagh W. (2017). Managing medications during Ramadan fasting. *Canadian Pharmacists Journal: CPJ = Revue des pharmaciens du Canada: RPC*, 150(3): 146-149. Doi: 10.1177/1715163517700840.
26. Khalife T., Pettit J.M., & Weiss B. D. (2015). Caring for Muslim patients who fast during Ramadan. *American Family Physician*, 91(9): 641-642.

Dalla rielaborazione del trauma alla regolazione neurofisiologica: EMDR e Teoria Polivagale nella dipendenza da cocaina

Angela Colajanni, Angela Ballatore**, Santina Sferruggia***, Martina Margiotta****, Gaetano Vivona******

Summary

■ This paper examines the integration of EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) therapy and the Polyvagal Theory in the treatment of cocaine addiction, one of the most complex challenges in the fields of psychotherapy and public health. After outlining the severity of the phenomenon in Italy – marked by an increasing health and social impact, a rise in drug-related hospitalizations, and significant involvement of both young people and adults – the theoretical foundations of the two approaches are explored.

The article illustrates this perspective through the clinical case of Vito, a patient with cocaine dependence and a history of early relational trauma, treated with an integrated EMDR-Polyvagal approach within a Gestalt-oriented psychotherapy framework.

The case highlights how the combined work on trauma reprocessing and neurophysiological regulation promotes a reduction in substance use, improved body awareness, relational trust, and emotional self-regulation.

The paper emphasizes the importance of the therapeutic relationship as a space of safety and co-regulation, and the need for an integrated treatment approach that unites neuroscientific and humanistic perspectives to foster recovery, autonomy, and quality of life in individuals affected by cocaine addiction. ■

Keywords: Cocaine, EMDR, Polyvagal theory, Addictions, Psychotherapy.

Parole chiave: Cocaina, EMDR, Teoria polivagale, Dipendenze, Psicoterapia.

Il dilagante fenomeno della cocaina

Il trattamento della dipendenza da cocaina costituisce una delle sfide più impegnative nell'ambito della salute mentale e della psicoterapia.

Secondo i criteri del DSM-5, questa dipendenza si manifesta attraverso un intenso bisogno di assumere stimolanti (craving), il desiderio o lo sforzo infruttuoso di ridurne o controllarne l'uso e, se protratta nel tempo, comporta una compromissione significativa delle funzioni psicologiche, sociali e lavorative.

La cocaina rappresenta una delle sostanze con il maggiore impatto sanitario e sociale in Italia, responsabile del 35% dei decessi droga-correlati e del 30% dei ricoveri ospedalieri.

Tra gli utenti dei Ser.D., il 23% è in carico per cocaina come sostanza primaria e il 3,3% per crack.

Le analisi delle acque reflue urbane indicano la cocaina come la seconda sostanza illegale più consumata, con circa 11 dosi al giorno ogni 1.000 abitanti.

Nel 2024, la cocaina è stata la causa principale del 38% dei nuovi accessi ai servizi per le dipendenze; includendo il crack, la percentuale sale al 44%, rispetto al 31% del 2015.

È la sostanza più associata al policonsumo, coinvolgendo un terzo dei pazienti trattati nei Ser.D., nelle strutture riabilitative e tra i detenuti tossicodipendenti.

L'impatto crescente si riflette anche nel sistema sanitario: nel 2023, i ricoveri attribuibili alla cocaina hanno rappresentato oltre il 30% delle ospedalizzazioni droga-correlate, rispetto al 16% del 2015, salendo al 38% se si considerano i ricoveri con diagnosi correlate all'uso di stupefacenti.

Tra i soggetti sottoposti a controlli stradali o coinvolti in incidenti stradali, le analisi chimiche condotte dalle tossicologie forensi hanno rilevato la presenza della cocaina nel 4,3% dei casi.

Nel 2024, il 35% dei decessi accertati dalle Forze dell'Ordine è stato attribuito alla cocaina, presente nel 48% delle intossicazioni acute letali, rispetto al 24% dell'eroina.

Tra gli studenti il 3,1% (circa 77mila studenti) ha assunto cocaina almeno una volta nella vita.

Il consumo cresce con l'età, è più frequente nei maschi e più della metà degli studenti che hanno usato cocaina (55%) ha iniziato tra i 15 e i 17 anni, mentre il 40% si è avvicinato alla sostanza prima dei 15 anni.

Concetti generali sulla terapia EMDR

L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), sviluppato da F. Shapiro (1987), è un protocollo clinico costituito da procedure strutturate, riconosciuto come trattamento d'elezione per il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD), basato sulla scoperta degli effetti comportati dai movimenti oculari.

Uno dei punti su cui si è concentrata l'autrice è stata l'ipotesi secondo la quale tali movimenti oculari guidati potessero stimolare lo stesso processo innescato nella fase REM del sonno.

L'EMDR fonda le sue radici nell'AIP (Adaptive Information Processing) e si basa sull'ipotesi che un evento traumatico blocchi il processo innato del cervello di elaborazione dell'informazione, congelandola, così come le emozioni e le sensazioni fisiche legate al trauma, in una forma frammentata.

Lo squilibrio portato da un trauma, secondo l'AIP, può essere risolto dalla persona tramite un sistema di auto guarigione che, se attivato, porta alla sua integrazione.

Attraverso varie forme di stimolazione bilaterale alternata (come i movimenti saccadiici oculari e il tapping), combinate con una riattualizzazione della memoria traumatica, l'informazione fino ad allora intrappolata riprende ad essere elaborata giungendo ad una risoluzione neurologicamente adattiva e integrata delle memorie del paziente legate all'episodio traumatico.

Tale metodo permette di operare una desensibilizzazione dei ricordi traumatici e una ristrutturazione cognitiva della memoria disturbante, comprensiva di valutazioni cognitive, di emozioni e sensazioni.

Secondo la prospettiva EMDR il comportamento da uso di sostanze e i sintomi di craving vengono mantenuti da associazioni mnestiche e immagini mentali non adattive, che possono essere desensibilizzate tramite la stimolazione oculare, che agisce sia sugli aspetti psicologici che su quelli neurobiologici.

Grazie a questo approccio i pazienti sviluppano la capacità di autoregolazione, di consapevolezza della propria storia e di empatia nelle relazioni affettive.

Inoltre la rielaborazione del ricordo traumatico e della storia della dipendenza con l'EMDR riduce i fattori di rischio e diventa fattore di protezione per ulteriori eventi di vita che possono presentarsi. Sappiamo quanto, al di là degli aspetti tecnici, sia necessario un incontro con l'altro, un'accoglienza che crei una sintonia interpersonale.

"I pazienti riescono a percepire quando non li vediamo come "altri", ma li riconosciamo come compagni di viaggio, compagni di sofferenza. Questo sentimento di riconoscimento ha un valore terapeutico, dal momento che permette ai pazienti di sentirsi parte della famiglia umana, un potente antidoto al senso di isolamento generato da molti disturbi psicologici" (Pollak e Pedulla Siegel, 2015).

Hase afferma che "è impossibile desensibilizzare ricordi annessi alla dipendenza se è ancora attivo un PTSD" in quanto il craving è alimentato dai traumi sottostanti.

Si rende quindi necessario il riprocessamento della memoria di dipendenza, oltre che la desensibilizzazione dei ricordi connessi al comportamento, in modo da agire congiuntamente sia sulla riduzione del craving, sia sui canali del cervello connessi alle ragioni per cui un individuo diviene dipendente.

Lo studio di Pagani et al. (2012) comprova l'efficacia dell'EMDR nel trattamento della dipendenza e dimostra che la terapia agisce sulla regione ippocampale, sull'amigdala, sulla corteccia cingolata anteriore; induce un aumento nell'attivazione della corteccia prefrontale; aiuta il cervello a integrare elementi emotivi e cognitivi; aumenta la capacità di immagazzinare nuove informazioni.

Tali regioni cerebrali, sono attive sia durante l'acquisizione del trauma, sia nella dipendenza da sostanze.

Si ipotizza che un intervento verificato nel caso dei disturbi post-traumatici possa essere efficace anche nelle dipendenze, poiché coinvolge gli stessi processi.

Concetti generali sulla Teoria Polivagale

La Teoria Polivagale, ideata dal neuroscienziato S. Porges, descrive la gerarchia delle risposte del Sistema Nervoso Autonomo (SNA) al fronte di situazioni percepite come pericolose.

La Teoria Polivagale aggiunge una dimensione cruciale: la regolazione emotiva attraverso la riorganizzazione del SNA; ridegna la mappa del SNA, superando la sua tradizionale divisione in Sistema Simpatico e Parasimpatico e proponendo una nuova articolazione in Sistema ventro-vagale; Sistema simpatico; Sistema dorso-vagale.

Negli anni recenti, la Teoria Polivagale ha contribuito a costruire un solido ponte tra la ricerca e la clinica, rendendo gli esperti del settore più consapevoli nel setting della relazione mente-corpo e valorizzando le scoperte nell'ambito delle neuroscienze dello sviluppo emotivo, della psicobiologia dell'attaccamento e dei correlati biologici del trauma complesso.

Questa nuova prospettiva terapeutica permette di intervenire sia sulle memorie traumatiche che sui conflitti che ne sono derivati e che vengono riattualizzati.

Rende consapevole il paziente di come gli stati di tensione o di freezing, derivanti dall'attivazione di memorie traumatiche e dalla disregolazione autonomica, abbiano effetti di profonda insicurezza nelle rappresentazioni di sé e degli altri e intervengano nel corpo.

Le emozioni negative, che non sono state elaborate e trasformate né nel sistema di attaccamento primario né nell'ambito delle relazioni interpersonali successive, mantengono il SNA in uno stato di attivazione/difesa cronico (iper/ipoarousal) con conseguenti danni psicobiologici.

La Teoria Polivagale enfatizza il ruolo del SNA nel segnalare la presenza o meno di una minaccia attraverso l'attivazione di tre stati autonomici.

Lo stato ventro-vagale permette di calmarci quando ci troviamo in uno stato sicuro; al primo segnale di pericolo, il sistema mette in moto la reazione di attacco-fuga attivando lo stato simpatico, che ci consente di fronteggiare la minaccia o di fuggire qualora non è possibile affrontarla.

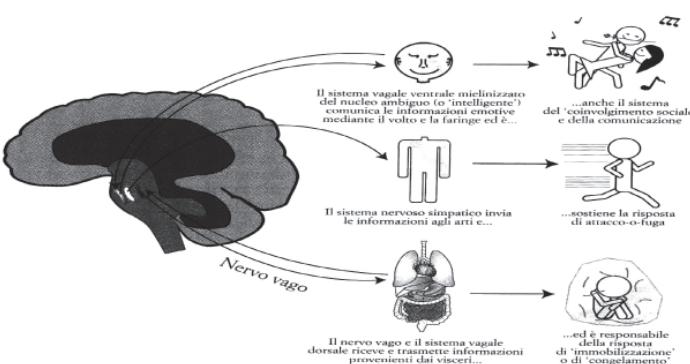
L'ultimo, lo stato dorso-vagale, si attiva quando non siamo in grado né di lottare né di fuggire, è qui che ci immobilizziamo per assicurarci la sopravvivenza.

Le tre parole chiave per comprendere la Teoria Polivagale sono:

- **Gerarchia**, perché i tre stati si attivano in modo gerarchico e prevedibile, in base al proprio funzionamento autonomico, è possibile prevedere quali eventi possono innescare *reazioni simpatiche* o quali segnali abbiano il potenziale di riportarci alla *regolazione ventro-vagale* che ci permette di "sentirci al sicuro".

- **Neurocezione**, è il termine coniato da Porges (2015) per indicare la capacità del nostro SNA di individuare e comunicare la presenza di una minaccia ancora prima di essere consciamente consapevoli della sua presenza e del suo significato. La neurocezione è il sistema di percezione subconscia, costantemente attivo, di valutazione della minaccia e della sicurezza basato sulle informazioni provenienti dal SNA e sulla regolazione del cervello corticale.
- **Coregolazione** è il target psicobiologico della Teoria Polivagale, ovvero *l'ingaggio sociale*, essenziale per la sopravvivenza. Attraverso una *regolazione autonoma reciproca* siamo in grado di sentirsi al sicuro, di creare relazioni durature e benefiche con gli altri e di vivere prevalentemente in una neurocezione di sicurezza.

Gerarchia filogenetica delle strategie di risposta



Pensiamo al SNA come alle fondamenta dalle quali ha origine la nostra percezione di vita.

Questa risorsa biologica (Kok et al., 2013) è la piattaforma neurale che si nasconde dietro ogni esperienza.

La Teoria Polivagale fornisce ai terapeuti una cornice neurofisiologica per considerare le ragioni che stanno alla base del comportamento.

Attraverso la lente polivagale, comprendiamo che le azioni vengono generate dal SNA in modo automatico e adattivo e sono al di sotto dei livelli di consapevolezza consciata.

Non è il cervello che compie una scelta ma sono le energie autonomiche che si spostano verso pattern di protezione.

Il SNA non dà una valutazione di ciò che è giusto e ciò che è sbagliato, semplicemente, interviene nella gestione del rischio e nella ricerca di sicurezza ("ogni risposta è un'azione al servizio della sopravvivenza").

Aiutare i pazienti a comprendere le intenzioni protettive delle loro risposte autonomiche permette di ridurre la vergogna e l'autocolpevolizzazione.

I segnali di sofferenza presenti in un paziente possono essere riscontrati nella storia delle sue risposte autonomiche.

Integrazione tra Teoria Polivagale e terapia EMDR

L'integrazione tra la Teoria Polivagale e la Terapia EMDR offre un approccio sinergico alla cura dei traumi, poiché la Teoria Polivagale fornisce un quadro neuro-scientifico per comprendere come il trauma influenzi il Sistema Nervoso Autonomo e come l'EMDR possa facilitare la rielaborazione del trauma ripristinando il Sistema in uno stato di sicurezza.

Questo approccio, spesso chiamato PoliVagal-EMDR (PV-EMDR), arricchisce il processo terapeutico applicando i principi polivagali a ogni fase del protocollo EMDR, migliorando la preparazione del paziente e riducendo gli ostacoli nella rielaborazione.

L'approccio integrato PV-EMDR, sostiene che l'EMDR possa influenzare il SNA, in particolare il **nervo vago**, che gioca un ruolo cruciale nella regolazione dell'arousal e della risposta allo stress. L'EMDR potrebbe aiutare a riportare il sistema in uno stato di "sicurezza", facilitando la rielaborazione dei ricordi traumatici.

Non ci sono ancora in letteratura abbastanza studi che confermano l'efficacia dell'approccio integrato; le evidenze scientifiche provengono principalmente da studi che validano le basi neuroscientifiche di entrambi gli approcci e che documentano come la Teoria Polivagale possa arricchire il modello EMDR, pur mantenendo la sua efficacia comprovata.

La storia di Vito - Caso clinico

Vito presenta un profilo clinico complesso.

Dalla somministrazione del MCMI-III emerge l'abuso di droge e alcool unito ad un pattern di personalità schizoides evitante con tratti depressivi e ansiosi, ipotesi diagnostica supportata dall'osservazione clinica psicologica che delinea l'isolamento sociale e l'assenza di passioni, hobby o progettualità anche di routine quotidiana.

Intrapreso il viaggio di cura con Vito, si decide di applicare l'approccio integrato PV-EMDR all'interno di sedute di psicoterapia ad orientamento gestaltico.

Rinascere dal silenzio

Vito ha 45 anni, ma ne sente addosso molti di più.

Vive da solo in un piccolo appartamento a Mazara del Vallo, tra muri umidi e mobili ereditati.

Non lavora da tempo.

Le giornate scorrono lente, scandite da gesti ripetitivi: una sigaretta accesa con mani che tremano, la televisione che trasmette immagini senza emettere suoni, il frigo quasi vuoto.

Da anni, il suo mondo è fatto di silenzi, fantasmi e sostanze.

È il terzogenito, nato dopo due sorelle che sembravano avere una parte già scritta nella sceneggiatura familiare.

Lui no, lui è sempre stato quello "che non si sa bene cosa vuole", diceva il padre.

Un uomo rigido, con una voce che sapeva solo giudicare, mai consolare.

Il loro rapporto non è mai stato un dialogo: solo imposizione e punizione.

Vito ha imparato presto a evitare, a non rispondere, a non sentire.

Sua madre c'era, ma non bastava: troppo stanca, troppo sola anche lei, per accorgersi del figlio che si stava lentamente spegnendo dietro gli occhi bassi e il corpo rannicchiato.

A scuola era invisibile.

Nessun problema di apprendimento, nessun gesto eclatante, solo una presenza sbiadita tra i banchi.

E quella solitudine cucita addosso come una seconda pelle iniziò a farsi pesante verso i tredici anni. Fu in quel periodo che un gruppo di ragazzi più grandi lo invitò a fumare una canna, "Fa stare meglio", gli dissero.

E in effetti, per qualche ora, fu così. Il rumore nella testa si abbassò, il mondo si allontanò quel tanto che bastava a non farlo più tremare.

Poi arrivò l'alcol, la cocaina, il crack.
Le dipendenze diventano un modo per stare al mondo senza esserci davvero.
Per anestetizzare quel sistema nervoso sempre in allerta, sempre pronto alla fuga o al congelamento.
Non è mai stato in comunità, mai una richiesta d'aiuto, mai un ricovero.
Ha imparato a cavarsela da solo, come meglio poteva, anche se il prezzo è stato altissimo.
Vive senza amici, senza relazioni significative, ogni tentativo di legame lo mette in crisi, lo paralizza, non riesce a sostenere lo sguardo dell'altro senza sentirsi giudicato o inadeguato.
Ha sempre avuto paura dell'altro: paura dell'opinione, dell'invasività, della delusione e per anni ha creduto che il problema fosse lui, che lui fosse "sbagliato", e così ha costruito attorno a sé un muro, alto e silenzioso, e ci si è chiuso dentro.
Vito non è cattivo, non è perso del tutto.
È solo un uomo che ha smesso di credere di poter cambiare.
Un uomo stanco, che ha conosciuto la solitudine fin troppo presto, e che continua a viverla come unica certezza.
Ma anche nelle storie più dure, resta sempre una possibilità, una fessura, una mano tesa.
Basta che qualcuno abbia il coraggio – o la pazienza – di bussare, piano e con tenerezza, alla porta del suo silenzio.

L'inizio di qualcosa di diverso

Vito si presenta al Ser.D. su invio della Commissione Medica Patenti a seguito di sospensione della patente per guida in stato di ebbrezza e alterazione da uso di sostanze stupefacenti.
L'accesso è motivato dalla necessità di ottenere la certificazione di idoneità alla guida.
Questa sua richiesta iniziale ha rappresentato l'occasione per agganciarlo.
Un infermiere del servizio, durante l'accesso settimanale di routine, gli propone di parlare con una psicoterapeuta, "Non è un obbligo, ma magari ti può far bene", gli dice.
Vito ci pensa per mesi e poi, un giorno in cui sente che non ce la fa più a reggere il vuoto, a respingere i pensieri che si affollano nella sua testa, accetta.
La psicoterapeuta lo accoglie con tenerezza, non lo forza, ascolta il suo silenzio con religioso rispetto. Non chiede "perché ti droghi?" o "perché sei solo?".
Gli chiede solo come si sente, cosa sente nel corpo.
Vito comincia così un percorso lento, ma costante. In uno degli incontri settimanali, la psicoterapeuta decide di parlargli di qualcosa che lui non conosce: la Teoria Polivagale.
Gli spiega che il suo sistema nervoso non è rotto ma è solo stato per troppo tempo in modalità sopravvivenza, congelamento, chiusura.
Lo rassicura sul fatto che lui non è sbagliato, si è solo difeso come meglio poteva.
Gli parla del nervo vago, delle reazioni di attacco-fuga, del collasso dorso-vagale.
Gli dice che si può, gradualmente, tornare in uno stato di sicurezza, dove il mondo non è più solo una minaccia, ma un luogo in cui è possibile anche sentirsi accolti.
Vito per la prima volta si sente visto non come un problema ma come un essere umano che ha fatto e che sta facendo del suo meglio per trovare il "suo posto" in questo mondo.
Continua a presentarsi ogni settimana alle sedute di psicoterapia concordate, mostra una motivazione fragile ma comunque presente, sostenuta da una buona relazione terapeutica.

Dopo qualche mese, la psicoterapeuta decide di introdurre l'EMDR, spiegandogli che si tratta di un metodo per rielaborare traumi passati, stimolando il cervello ad elaborare i ricordi dolorosi in modo meno invasivo.

Gli spiega che il trauma non è l'evento in sé, ma ciò che resta bloccato nel corpo e nella mente, come un nodo che non si scioglie mai.

Durante una seduta, tornano alla mente di Vito immagini sepolte:

- il padre che urla perché ha rotto un piatto;
- le risate delle sorelle, da cui si è sempre sentito escluso;
- i giorni di scuola, passati nascosto dietro l'ultimo banco;
- il primo tiro di cocaina, che sembrava liberarlo e invece lo stava incatenando.

Con la stimolazione bilaterale qualcosa cambia, quelle immagini, così forti, iniziano a perdere potere, non spariscono ma smettono di tenerlo prigioniero.

Alcuni ricordi li affronta con gli occhi pieni di lacrime e le parole che gli si bloccano in gola, altri con il modo a lui consciuto di comunicare: il silenzio.

Ma ogni volta, quando apre gli occhi alla fine della seduta, sente un po' meno peso sul petto, e sente crescere la fiducia che qualcosa può cambiare in lui, nella sua vita.

Lentamente, qualcosa iniziava a incrinarsi nella corazza che si era costruito negli anni.

Da lì, il dialogo prese forma, a piccoli passi.

Giorni buoni e giorni neri, ricadute ma anche intuizioni e speranze.

Parlò per la prima volta della madre, fragile e distante, e del padre, assente anche quando era presente.

E parlò dell'alcol, del crack, ... e di come l'abuso di queste sostanze fosse diventato l'unico modo per sperimentare la sua esistenza.

Vito ha iniziato a ridurre l'uso di sostanze.

Non per eroismo, non per miracolo ma perché sta iniziando a cercare altro: pezzi di sé, emozioni confuse ma vere.

Un giorno, durante una seduta, disse: "Non so se posso guarire. Ma forse posso provare a farmi meno male".

Era una frase semplice, ma è stato il primo vero atto di volontà.

Non è una trasformazione magica.

La droga non sparisce in un attimo, la solitudine non si colma istantaneamente.

Ma Vito comincia a sentire che può scegliere, comincia a notare i segnali del suo corpo: il cuore che accelera quando ha paura, la chiusura della gola quando prova a parlare e invece di scappare prova a restare, a respirare, a chiedere: "Possiamo fare una pausa?".

Il percorso con la psicoterapeuta continua, con alti e bassi.

A volte ricade nei vecchi schemi, a volte sente di non farcela, ma ora sa che può tornare, che c'è uno spazio dove può sentirsi sicuro, dove non deve fingere, dove può essere semplicemente se stesso senza vergogna.

Vito non è "guarito" ma oggi riesce a camminare per strada senza abbassare lo sguardo.

Non parla molto, ma ascolta e a volte sorride.

La psicoterapeuta gli ha spiegato che la guarigione è un ricostruirsi con quello che si è diventati, con le consapevolezze acquisite durante il duro lavoro fatto insieme.

Sta imparando a stare nel mondo non come spettatore ma come presenza viva anche se fragile.

Ha smesso di credere che la solitudine fosse il suo destino e dentro di lui, in quel sistema nervoso che per anni ha conosciuto solo allerta o spegnimento, stanno cominciando a fare capolino altre cose: connessione, relazione, reciprocità, fiducia.

Nota clinica

- *EMDR*: utilizzato per elaborare ricordi traumatici di natura relazionale (abuso emotivo, negligenza, esclusione sociale) e per ridurre i trigger legati all'uso di sostanze.
- *Teoria Polivagale*: introdotta per normalizzare le risposte fisiologiche di congelamento e chiusura, facilitando la regolazione autonoma.
Lavoro mirato su grounding, co-regolazione terapeutica, identificazione degli stati autonomici.
- *Alleanza terapeutica*: cruciale per trattare la profonda sfiducia e l'evitamento.
Il focus iniziale è sulla costruzione della sicurezza relazionale.
- *Obiettivi*: stabilizzazione, incremento delle risorse, reintegrazione somato-emozionale, miglioramento della capacità di mentalizzazione.

Conclusioni

L'obiettivo della terapia, utilizzando l'approccio integrato, è che l'intervento psicoterapeutico possa passare attraverso la terapia del trauma e nello stesso tempo utilizzare le risorse del vago-ventrale, per reclutare i circuiti che supportano i comportamenti prosociali del Sistema di Ingaggio Sociale (Porges, 2009a, 2015a).

Il Sistema di Ingaggio Sociale rappresenta la nostra connessione tra faccia e cuore, creata dal collegamento del vago-ventrale (cuore) e dei muscoli striati della nostra faccia e della nostra testa, che controllano il modo in cui guardiamo, in cui ascoltiamo e in cui parliamo (Porges, 2017a).

Sia nel setting terapeutico che nella seduta terapeutica, è necessario creare le condizioni per la presenza di uno stato fisiologico che supporti il Sistema di Ingaggio Sociale.

La terapia deve seguire la regola delle quattro R, più una:

- *Relazione terapeutica positiva*.
- Riconoscere lo stato autonomino.
- Rispettare le risposte adattive di sopravvivenza.
- Regolare o coregolare verso uno stato ventro-vagale.
- Reinterpretare la storia.

Il trauma influisce sulla regolazione autonoma, innescando un pattern di sistemi di difesa cronicamente attivo.

Il risultato è un disagio continuo, che altera la capacità personale di creare e sostenere relazioni nutritive, fatto che spesso determina una mancanza di supporto sociale e di conseguenza aumenta i livelli di ansia, genera bassa autostima, sensazione di non avere il controllo e la ricerca di sollievo nella droga, nell'alcool o in altre forme di dipendenze.

Attraverso la terapia integrata, acquisiamo familiarità con i processi alla base della modulazione delle nostre esperienze quotidiane di vita e rielaboriamo il ricordo dell'evento traumatico desensibilizzandolo, e aiutiamo i pazienti a spostarsi dai pattern abituali di protezione a nuovi pattern di connessione.

L'attenzione agli eventi di ricaduta e agli attivatori, come elementi conosciuti e comprensibili all'interno della propria storia, permette di renderli esplicativi, consapevoli, leggibili e quindi rimodellabili attraverso la lente polivagale.

L'esperienza fatta con Vito è stata estesa ad altri utenti del servizio che presentano i requisiti per accedere al programma psicoterapico.

La speranza è di poter estendere i benefici dell'approccio integrato e raggiungere obiettivi sempre migliori, uno di questi è

il manifestarsi di una buona compliance al trattamento e una forte alleanza terapeutica.

Tale presupposto resta per la nostra equipe un obiettivo primario, poiché il fine per ogni utente è non solo risolvere le problematiche legate alla dipendenza, ma anche raggiungere una propria autonomia e migliorare la qualità della vita.

In questa prospettiva diventa quindi fondamentale:

- co-costruire con l'altro una relazione terapeutica positiva e solida;
- conoscere la storia di vita della persona, attraverso una anamnesi dettagliata, indagare sulla famiglia d'origine, sui traumi, sulla storia di dipendenza;
- lavorare sul rafforzamento della motivazione personale al trattamento, attraverso obiettivi terapeutici raggiungibili a breve e medio termine che tengano conto del potenziamento delle risorse personali, declinabili in progetti personalizzati e condivisi;

Insegnare al soggetto il modo in cui funziona il proprio SNA per far fronte agli schemi rigidi e comprendere le ragioni che stanno alla base dei comportamenti disadattivi.

Tutto ciò porta alla costruzione di una dimensione soggettiva di progetto psicoterapeutico e di cura che rende l'altro protagonista attivo nel definire il suo contesto sociale e migliorare la propria qualità di vita.

Riferimenti bibliografici e sitografia

- American Psychiatric Association (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-5). Milano: Raffaello Cortina.
- Antonelli T. (2017). *EMDR e dipendenze patologiche*. Milano: Edizioni FS.
- Dana D. (2019). *La Teoria Polivagale nella terapia*. Roma: Fioriti.
- Dipartimento delle politiche contro la droga e le altre dipendenze (2025). *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia*. Roma: Ministero della Salute, Presidenza del Consiglio dei Ministri. <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/v5dlr0fu/relazione-al-parlamento-2025.pdf>.
- Fishbein W., Gutwein B.M. (1977). Paradoxical sleep and memory storage processes, *Behavioral Biology*, 19(4): 425-464.
- Hase M. (2009). CravEx: an EMDR approach to treat substance abuse and addiction. In: M. Luber (ed.), *Eye movement desensitization (EMDR) scripted protocols: Special population* (pp. 467-488). New York: Springer Publishing Company.
- Kok B.E., Coffey K.A., Cohn M.A., Catalino L.I., Vacharkulksemsuk T., Algoe S.B., ... Fredrickson B.L. (2013). Hoe positive emotions build physical health: Perceived positive social connections account for the upward spiral between positive emotions and vagal tone. *Psychological Science*, 24(7): 1123-1132.
- Pagani M. et al. (2012). Neurobiological Correlates of EMDR Monitoring-An EEG Study, *PLOS ONE*, 7(9). Germany: Ulrike Schmidt, Max Plank Institute of Psychiatry.
- Pollak S.M., Pedulla T., Siegel R.D. (2015). *Mindfulness in Psicoterapia, tecniche integrate*. Milano: Edra Iswr.
- Porges S.W. (2009a). The polyvagal theory: New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 76(Suppl 2): S86-S90.
- Porges S.W. (2014). *La Teoria Polivagale - Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. Roma: Fioriti.
- Porges S.W. (2015a). Making the world safe our children: Down-regulating defence and up-regulating social engagement to "optimise" the human experience. *Children Australia*, 40(2): 114-123.
- Porges S.W. (2017a). *The pocket guide to the polyvagal theory: The transformative power of feeling safe*. New York, NY: Norton.

Valutazione del gradimento della terapia con metadone compresse rispetto allo sciroppo presso il SerDP di Fidenza

S. Gariboldi*, M.I. Pignacca**, C. Porta***, O. Nonnis***, C. Quatraro***, D. Aimi***,
L. Tadonio****

Summary

■ The present study compared the acceptability of two methadone formulations (syrup vs tablets) in a sample of 44 patients with Opioid Use Disorder (OUD).

The analyses revealed significant differences in favor of the tablet formulation in six of the seven dimensions investigated.

Notable advantages emerged in terms of taste, ease of transport and storage, maintenance of privacy, reduction of dosing issues, and positive impact on daily life.

Most patients receiving the tablet formulation also reported no difficulties in switching from the liquid formulation, expressing an intention to continue with tablets and to recommend them to other patients.

These results suggest that methadone tablets may improve the patient experience and promote greater treatment adherence, while also reducing the indirect costs for services. Future studies with larger samples and attention to pharmacoeconomics will be needed to confirm these findings and support clinical and organizational choices aimed at personalization and sustainability of treatments. ■

Keywords: Acceptability, Opioids, Methadone, Addiction, Satisfaction.

Parole chiave: Gradimento, Oppioidi, Metadone, Dipendenza, Soddisfazione.

Il Disturbo da Uso di Oppioidi (DUO), si delinea come una malattia cronica ad andamento recidivante, che coinvolge interazioni complesse tra circuiti cerebrali della ricompensa, della motivazione e della memoria (Cunningham et al., 2020).

È il metadone a confermarsi la scelta terapeutica più diffusa e documentata per il trattamento del DUO (Lim et al., 2022; Mattick et al., 2014) tra le terapie agoniste oppioidi.

Il farmaco viene solitamente assunto dal paziente sotto la supervisione degli operatori del SerDP (Servizio per le Dipendenze Patologiche), con l'affido di dosi al servizio e in affido al domicilio (dosi take-home).

Le diverse formulazioni di metadone hanno mostrato un impatto positivo nella riduzione dei sintomi e danni legati al DUO, nella diminuzione della mortalità correlata a virus a trasmissione ematica (HIV, HBV, HCV), incidendo in modo positivo sulla quotidianità dei pazienti (Cunningham et al., 2020).

Importanza del gradimento nell'ottica di miglioramento degli outcome della terapia in termini di adesione ed efficacia

La letteratura scientifica evidenzia come la soddisfazione del paziente sia un fattore critico nel determinare l'efficacia della terapia farmacologica, specialmente per la cura delle malattie croniche: una maggiore aderenza terapeutica, quando correlata a una percezione positiva del trattamento, è associata a migliori risultati clinici, a una riduzione dei costi sanitari e a un miglioramento della qualità della vita del paziente (Religioni et al., 2025; Barbosa et al., 2012).

Come sostenuto da Religioni et al. nella review del 2025, la ricerca dovrebbe dare priorità alla valutazione a lungo termine delle terapie emergenti e allo sviluppo di strategie personalizzate per migliorare l'aderenza in diverse popolazioni di pazienti: gli autori sottolineano così l'importanza di rafforzare l'aderenza sia per i risultati individuali dei pazienti, ma anche per migliorare la sostenibilità e l'efficienza dei sistemi sanitari.

Infatti, il coinvolgimento attivo del paziente, la costruzione di un'alleanza terapeutica solida e la personalizzazione del trattamento sembrerebbero appunto favorire la retention, ridurrebbero il rischio di abbandono dei percorsi terapeutici e porterebbero a un miglioramento nell'uso di droghe (Davis et al., 2020; Kelly et al., 2010; Leonard et al., 2020; Nesse & Clausen, 2025; Zhang et al., 2008). Carlson & Gabriel (2001) hanno registrato come la soddisfazione per l'accessibilità e per i percorsi individualizzati predicessero un migliore utilizzo dei servizi stessi, a loro volta significativamente associati all'astensione dall'uso di sostanze. Windle et al. (2020) sottolineano

* Dirigente Medico Psichiatra, SerDP Fidenza, DAISMDP Ausl di Parma - Fidenza (PR).

** Psicologo Borsista, SerDP Fidenza, DAISMDP Ausl di Parma - Fidenza (PR).

*** Infermiera, SerDP Fidenza, DAISMDP Ausl di Parma - Fidenza (PR).

**** Psicologo, Analista dati, Osservatorio Dipendenze, DAISMDP Ausl di Parma.

come sia necessario accogliere le preferenze dei pazienti nei servizi di salute mentale per massimizzare l'adesione al trattamento, ridurre i costi finanziari, impedire precoci drop out.

Tuttavia, la soddisfazione auto-riferita dai pazienti è ancora poco indagata: identificare le difficoltà di compliance trattamentale potrebbe invece rivelare i fattori che riducono la soddisfazione e che quindi ostacolano la prosecuzione del trattamento e gli esiti positivi (Ellefsen et al., 2023).

Hall e colleghi (2021) hanno identificato come principali barriere all'aderenza al trattamento lo stigma, il vissuto negativo rispetto ai farmaci sostitutivi e la rigidità nell'accesso ai servizi.

Analogamente, Ellefsen e collaboratori (2023) hanno evidenziato come difficoltà organizzative e situazionali, quali problemi di mobilità, disponibilità degli operatori e rigidità orarie, possano minare la soddisfazione e la permanenza dei pazienti nel trattamento.

Nuove formulazioni degli oppiacei, principi attivi e modalità di somministrazione: vantaggi del metadone in compresse

L'introduzione di modalità di somministrazione alternative, come il metadone in compresse, può costituire un importante strumento per migliorare il gradimento della terapia e facilitare l'aderenza del paziente.

Secondo Somaini e colleghi (2021) la modalità di somministrazione del metadone condiziona non solo gli esiti clinici, ma anche la percezione pubblica e le decisioni politiche.

Una gestione adeguata delle diverse formulazioni di metadone e levometadone, centrata sulle caratteristiche del paziente, riduce i rischi di abuso e diversione e l'introduzione delle compresse in vari paesi europei avrebbe ampliato le opzioni terapeutiche, migliorandone i risultati.

A differenza dello sciroppo, le compresse presentano una serie di vantaggi, come evidenziato nello studio SO.LI.D.O (Somaini et al., 2022) e successivamente confermato dallo studio SO.LI.D.O 2 (Bruno et al., 2024).

Questi studi sostengono che il passaggio al metadone in compresse porterebbe a:

- un miglioramento dell'accettabilità del trattamento farmacologico, in quanto meno stigmatizzante rispetto alle formulazioni liquide;
- riduzione di alcuni degli effetti collaterali dello sciroppo, come nausea e vomito, e dell'intake quotidiano di zucchero;
- semplificazione della gestione delle dosi take-home, con miglioramento per il paziente della gestione delle esigenze quotidiane e spostamenti;
- semplificazione all'interno dei SerDP della preparazione della quantità di farmaco per i pazienti con regime di affido domiciliare della terapia.

Si è inoltre evidenziato un risparmio di tempo legato alla somministrazione del farmaco per i servizi, con conseguente miglioramento dell'efficienza organizzativa e riduzione dei costi indiretti legati alla preparazione e alla somministrazione della terapia.

La gestione delle compresse comporta minori consumi di materiali e riduce la necessità di spazi per l'immagazzinamento dei flaconi e dei sistemi di erogazione automatica, con un impatto positivo sull'ambiente in un'ottica One Health (Bruno et al., 2024; Ciccarone et al., 2022; Zinsstag et al., 2011).

Si deve però tener presente che permangono rischi legati al misuso iniettivo di sostitutivi, con differenze fisiopatologiche e cliniche rilevanti.

L'abuso endovenoso delle compresse triturate può provocare patologie polmonari gravi, conosciute come malattie da eccipienti (Nguyen et al., 2014), mentre lo sciroppo è più frequentemente implicato in

avvelenamenti accidentali, soprattutto nei minori (Shadnia et al., 2013).

Tali rischi sottolineano la necessità di una gestione clinica attenta, che includa selezione accurata dei pazienti, monitoraggio continuo e formazione specifica volta a promuovere comportamenti responsabili (Lugoboni et al., 2019).

Obiettivo dello studio

Vista la centralità della soddisfazione dei pazienti rispetto alle terapie per gli outcomes del trattamento, il presente studio si propone di valutare come primo obiettivo il gradimento del metadone in compresse rispetto allo sciroppo presso il SerDP di Fidenza, considerando variabili quali la soddisfazione complessiva, la semplicità di assunzione, l'impatto positivo sulla gestione della vita quotidiana, la percezione di privacy, la facilità di trasporto e conservazione e eventuali dubbi o problemi relativi al dosaggio. Il secondo obiettivo è quello di fornire dati empirici utili a supportare decisioni cliniche, ottimizzare le pratiche organizzative e migliorare l'aderenza e la retention nei percorsi terapeutici, per i quali uno switch alla modalità di somministrazione tramite compresse potrebbe rivelarsi fondamentale.

Valutare il gradimento del paziente permette inoltre di individuare strategie personalizzate che possano incrementare l'efficacia complessiva della terapia, diminuire il rischio di abuso e diversione, diminuire i costi dei servizi e garantire una migliore qualità della vita ai pazienti.

Futuri studi di farmacoconomia potrebbero indagare e dirigere scelte terapeutiche più individualizzate e soggettive nella rosa dei farmaci attivi sul mercato.

Metodi

Ai partecipanti ($N = 44$, 22,7% femmine; $M = 47,15$, $SD = 8,72$) è stato chiesto di compilare un questionario composto da 7 domande, che valutavano il gradimento mediante una scala Likert a 4 punti (in cui 1 = per nulla, 2 = poco, 3 = abbastanza e 4 = molto) in relazione alla formulazione del trattamento con metadone (compresse vs sciroppo).

Ad ogni domanda seguiva uno spazio dove inserire tramite risposta aperta eventuali commenti. Il primo gruppo ($n = 22$) comprendeva i pazienti in trattamento con Metadone in Sciroppo (MS), di cui 17 maschi ($M = 50,3$; $SD = 11,7$) e 5 femmine ($M = 48,0$; $SD = 12,14$), mentre il secondo ($n = 22$) i pazienti in trattamento con Metadone in Compresse (MC), di cui 17 maschi ($M = 44,94$; $SD = 8,87$) e 5 femmine ($M = 39,8$; $SD = 9,1$).

Le statistiche descrittive sono riassunte nella Tabella 1.

Tab. 1 - Statistiche descrittive del campione

	N	Età media	Deviazione standard
Partecipanti	44	47,15	8,72
MC maschi	17	44,94	8,87
MC femmine	5	39,80	9,10
MS maschi	17	50,30	11,70
MS femmine	5	48,00	12,14

Il questionario per il gruppo MC includeva tre domande aggiuntive sulla difficoltà nel passare dallo sciroppo alle compresse, sulla propensione a consigliare ad altri pazienti il passaggio dal metadone in sciroppo alle compresse e sul desiderio di proseguire in futuro con la terapia in compresse.

Analisi

Considerata la natura ordinale delle risposte (scala Likert a 4 punti: 1 = per nulla, 4 = molto), è stato adottato un approccio non parametrico per confrontare il gradimento tra due differenti formulazioni di metadone (sciropo vs compresse).

Le risposte alle sette domande del questionario sono state confrontate utilizzando il test di Mann-Whitney U, adatto a gruppi indipendenti e dati ordinali.

A supporto dell'analisi, è stata calcolata la Cliff's Delta (δ), che misura l'ampiezza dell'effetto e rappresenta la probabilità che un'osservazione di un gruppo superi una dell'altro.

Sono stati inoltre stimati gli intervalli di confidenza al 95% per Cliff's Delta, seguendo le soglie interpretative proposte da Romano *et al.* (2006): effetto trascurabile (< 0.147), piccolo (0.147-0.33), medio (0.33-0.474) o grande (≥ 0.474).

Per tenere conto del rischio di errore di I tipo associato alla molteplicità dei confronti ($k = 7$), è stata applicata la correzione Benjamini-Hochberg (BH) per il controllo del *false discovery rate* (FDR).

Una differenza è stata considerata significativa per $p < .05$ dopo la correzione.

A integrazione dell'analisi, i dati sono stati descritti mediante statistiche descrittive (media, mediana, deviazione standard, minimo, massimo) e distribuzioni percentuali per ciascuna categoria della scala Likert, al fine di ottenere un quadro dettagliato delle risposte nei due gruppi.

Tutte le analisi sono state condotte in R (versione 4.3.2; R Core Team, 2023).

Risultati

Dopo l'applicazione della correzione di BH per il controllo del *false discovery rate*, sei delle sette dimensioni considerate hanno mostrato differenze significative a favore della formulazione in compresse rispetto allo sciropo.

L'unica dimensione che non ha raggiunto la soglia di significatività è risultata la semplicità di assunzione ($pBH = .050$).

La differenza maggiormente rilevante è stata osservata per la *piacevolezza del gusto* ($\delta = 0.760$; IC95%: 0.453-0.906; $pBH < .001$).

Analogamente, la *gestione del trasporto e della conservazione* ($\delta = 0.645$; IC95%: 0.377-0.813; $pBH < .001$) e il *mantenimento della privacy* ($\delta = 0.560$; IC95%: 0.226-0.776; $pBH = .002$) hanno evidenziato effetti significativi.

Pur manifestando significatività statistica sono stati registrati come media rilevanza i parametri *problemi con il dosaggio* ($\delta = 0.461$; IC95%: 0.144-0.692; $pBH = .005$) e *miglioramento della vita quotidiana* ($\delta = 0.434$; IC95%: 0.100-0.680; $pBH = .012$) sempre a favore della formulazione in cpr.

La *soddisfazione complessiva* ha mostrato un effetto piccolo ma comunque significativo ($\delta = 0.318$; IC95%: 0.016-0.567; $pBH = .032$) per il solido.

L'unica dimensione che non ha raggiunto la significatività dopo l'aggiustamento BH è la *semplicità di assunzione* ($\delta = 0.295$; IC95%: -0.295-0.560; $pBH = .050$).

I risultati sono riassunti nella Tabella 2.

Il forest plot in Figura 2 fornisce una rappresentazione visiva dell'entità e della precisione delle differenze tra le due formulazioni di metadone.

Il forest plot evidenzia come le dimensioni «gusto», «maneggevolezza» e «privacy» si trovino chiaramente sul lato positivo della linea di riferimento, con IC non sovrapponibili allo zero – confermando un effetto grande e statisticamente significativo a favore delle compresse. Le dimensioni «impatto quotidiano» e «problemi con dosaggio» mostrano effetti di media entità, sempre significativi, mentre solo «semplicità di assunzione» presenta un IC che include lo zero, in linea con la non significatività statistica.

Tab. 2 - Gradimento del metadone in compresse vs sciropo: risultati del test di Mann-Whitney e Cliff's Delta

Dimensione	<i>U</i>	<i>pBH</i>	δ	IC 95% (LI)	IC 95% (LS)
Problemi con il dosaggio	-122.5	.005	0.461	0.144	0.692
Gestione trasporto/conservazione	-167.0	< .001	0.645	0.377	0.813
Mantenimento privacy	-146.5	.002	0.560	0.226	0.776
Miglioramento vita quotidiana	-116.0	.012	0.434	0.100	0.680
Piacevolezza gusto	-195.0	< .001	0.760	0.453	0.906
Semplicità assunzione	-82.5	.050	0.295	-0.024	0.560
Soddisfazione complessiva	-88.0	.032	0.318	0.016	0.567

Nota: U = valore della statistica U del test di Mann-Whitney; pBH = *p*-valore corretto secondo la procedura di Benjamini-Hochberg per il controllo del FDR; δ = Cliff's Delta come indice di ampiezza dell'effetto, con valori positivi a favore del gruppo MC; IC 95% = intervallo di confidenza al 95% per Cliff's Delta

Nell'ultima parte del questionario MC, per la difficoltà nel passaggio da sciropo a compresse, 14 utenti hanno riferito di non averne avute (*per nulla*), 5 di averne avute *poche*, 1 *abbastanza* e 2 *molte*. 18 utenti consiglierebbero *molto* il passaggio da sciropo a compresse ad altri pazienti (2 *abbastanza*, 2 *poco*). 19 utenti riportano di desiderare *molto* di continuare con la modalità in compresse, 1 *abbastanza* e 2 *poco*.

Le risposte sono riassunte nella Figura 3.

Nel complesso, i risultati suggeriscono che la *formulazione in compresse* è *percepita in modo più favorevole rispetto allo sciropo* in termini di caratteristiche sensoriali (gusto), pratiche (maneggevolezza, dosaggio, privacy) e di impatto quotidiano, con un beneficio complessivo che appare clinicamente rilevante.

Infine, la maggior parte dei pazienti che utilizzano la modalità di assunzione in compresse, riporta di non ha trovato difficoltà nello switch da sciropo a compresse, che consiglierebbe il tipo di terapia ad altri utenti e che desidera continuare con questa formulazione.

Conclusioni e discussione

Alla luce dei risultati di questo studio, sembrerebbe emergere come la formulazione in compresse sia preferibile per la maggior parte degli utenti, registrando livelli di soddisfazione superiore allo sciropo in tutte le dimensioni qui valutate.

Le domande incentrate su caratteristiche più precise sono riuscite a disegnare un quadro di apprezzamento più specifico con risultati in netto favore delle compresse: la piacevolezza del gusto, la facilitazione nella gestione del trasporto e della conservazione e il mantenimento della privacy sembrano essere infatti gli aspetti più graditi dai partecipanti allo studio.

Anche il dosaggio e il miglioramento della vita quotidiana sono indici che restituiscono una preferenza della modalità di assunzione in compresse, anche se in modo leggermente meno evidente.

La soddisfazione complessiva è comunque superiore, nonostante quest'ultima rifletta una percezione globale da parte degli utenti, poco descrittiva e probabilmente più difficilmente interpretabile.

Riflettendo sulla non significatività del risultato rispetto alla semplicità di assunzione, ci si è chiesti se tale dato possa essere stato

Fig. 1 - La figura mostra per ogni domanda i punteggi riferiti dagli utenti sulla scala Likert 1-4

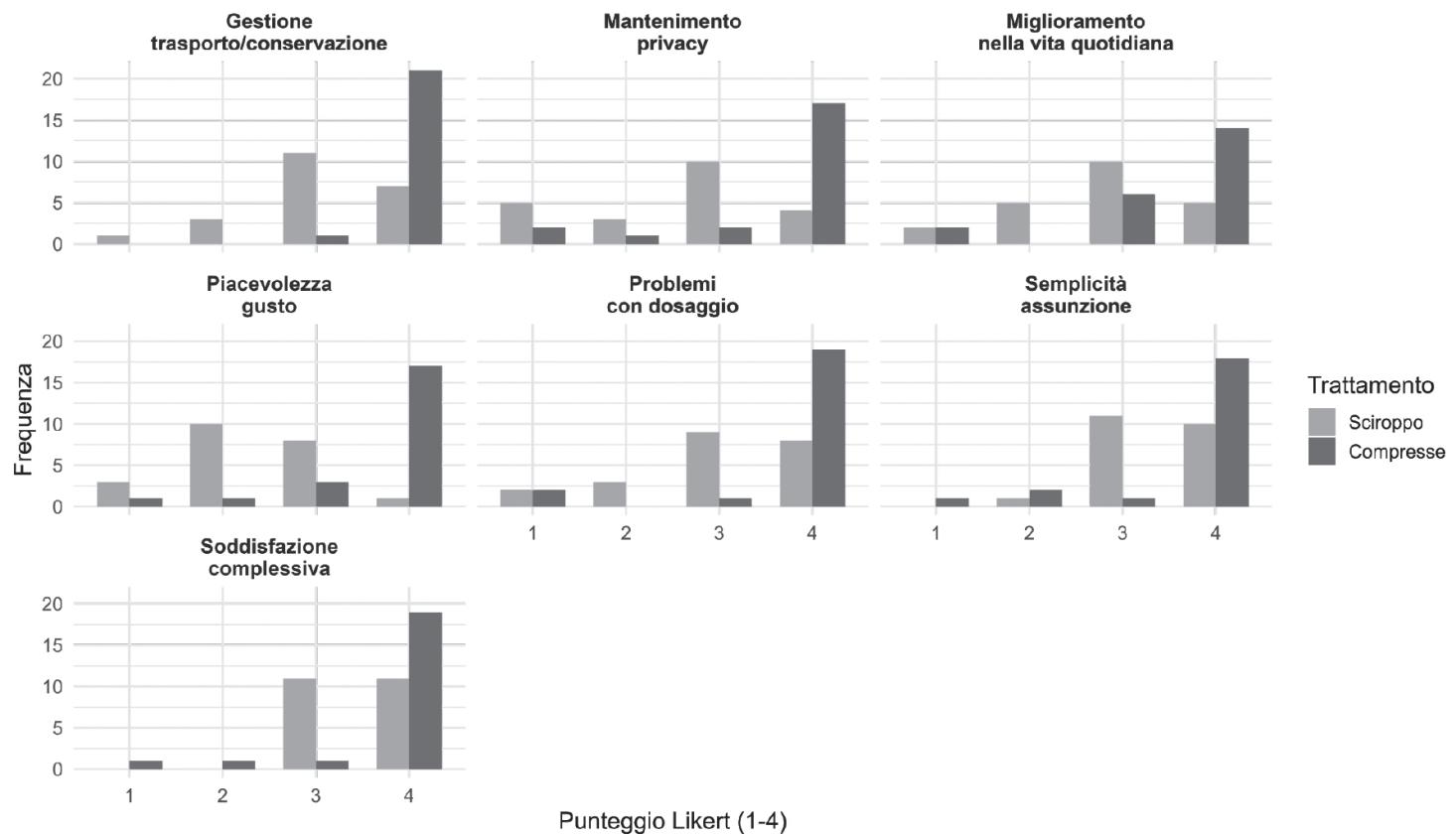
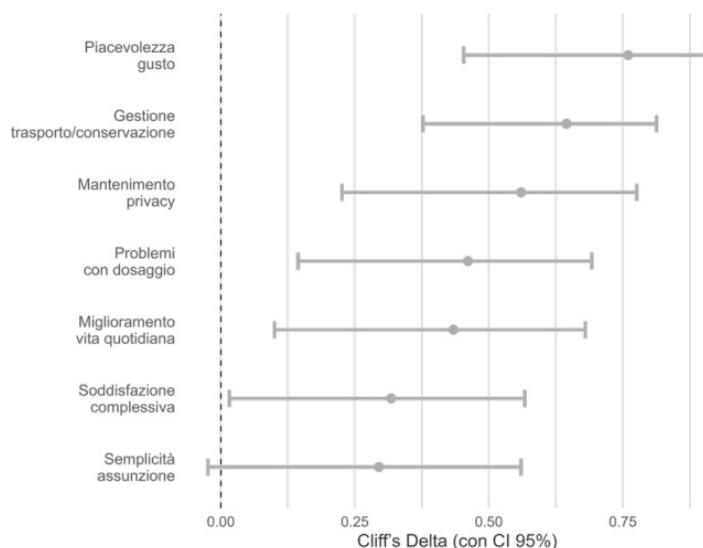


Fig. 2 - Forest plot dei Cliff's Delta per le sette dimensioni del questionario



Nota: Ogni punto rappresenta il valore stimato di Cliff's Delta e le barre laterali illustrano l'intervallo di confidenza al 95 %. La linea tratteggiata verticale a 0 indica assenza di differenza tra modalità compresse e sciroppo. Le dimensioni con intervalli non sovrastanti lo zero sono significative dopo correzione BH

Fig. 3 - Pie Chart per le 3 dimensioni aggiuntive del questionario MC



influenzato dalla difficoltà di deglutire compresse da parte dei pazienti.

Diversi studi riportano come tra il 9 e il 37% degli adulti fatichi o abbia faticato a ingerire compresse solide (Schiele et al., 2013), con ostacoli legati a caratteristiche fisiche delle pastiglie, come dimensioni, forma, superficie ruvida o sapore sgradevole (Hummel et al., 2023), oltre che a barriere psicologiche quali l'ansia e la necessità di modificare volontariamente un'azione normalmente automatica, come l'ingestione, che possono creare disagio (Schiele et al., 2022).

Tra i possibili limiti di questo studio, va considerato che le scale Likert hanno una natura ordinale, che riduce l'informazione disponibile e rende problematico trattarle come variabili intervallari, con il rischio di un uso improprio di test parametrici (Harpe, 2015; Mircioiu & Atkinson, 2017).

Per questo motivo è stato adottato un approccio non parametrico, utilizzando il test di Mann-Whitney U per il confronto tra gruppi indipendenti e la Cliff's Delta (δ) come misura dell'effetto.

Un ulteriore limite riguarda la dimensione relativamente ridotta del campione, sebbene caratterizzato da una buona omogeneità per età, e la scarsa presenza di donne, che però riflette la prevalenza del genere femminile nei servizi. Inoltre, alcune dimensioni indagate, come la soddisfazione complessiva e il miglioramento della vita quotidiana, risultano più generiche rispetto ad altre (ad esempio la soddisfazione legata alla privacy), con il rischio di fornire una misura meno precisa e descrittiva dell'esperienza degli utenti.

Questo studio presenta un primo passo nell'esplorazione del gradimento dell'utenza per l'utilizzo del metadone in compresse, che può fornire da spunto per ulteriori approfondimenti: studi futuri potranno corroborare questi primi risultati, valutando anche possibili bias nella percezione della qualità, come "l'effetto novità" o la sensazione di essere stati "selezionati" per una nuova tipologia di trattamento, che è possibile contribuiscano a dirigere i pazienti verso una valutazione più positiva della nuova formulazione.

Sarà inoltre fondamentale analizzare in modo sistematico sia i costi diretti (legati al prezzo della formulazione) sia i costi indiretti per i servizi relativi alla gestione e logistica, al personale, al tempo dei pazienti (es. tempo di accesso...), al fine di comprendere se, nonostante il prezzo ridotto delle formulazioni già disponibili, il formato in compresse possa comportare un effettivo risparmio complessivo. Infine, restano da considerare fattori pratici che potrebbero limitarne l'adozione, come il disagio di alcuni pazienti nella deglutizione delle compresse e le valutazioni economiche dei servizi.

Riferimenti bibliografici

- Andersen O., Zweidorff O.K., Hjelde T., & Rødland E. A. (1995). Problemer med å svegle tabletter. Spørreundersøkelse fra allmennpraksis [Problems when swallowing tablets. A questionnaire study from general practice]. *Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 115(8): 947-949.
- Barbosa C.D., Balp M.M., Kulich K., Germain N., & Rofail D.A. (2012). A literature review to explore the link between treatment satisfaction and adherence, compliance, and persistence. *Patient Preference and Adherence*, 6: 39-48. Doi: 10.2147/PPA.S24752.
- Bruno G.M., Carughi M., Ciccarone A., Valentino M.C., Ariano V., De Fazio S., Leonardi C., Ventre G., Riglietta M., Somaini L., Corbetta A., & Colombo G.L. (2024). Differences in the time needed for solid versus liquid delivery of methadone for patients with opioid use disorder in Italy: The SO.LI.D.O 2 study. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 15(2): 123-130. Doi: 10.1016/j.jsat.2024.03.005.
- Carlson M.J., & Gabriel R.M. (2001). Patient satisfaction, use of services, and one-year outcomes in publicly funded substance abuse treatment. *Psychiatric Services*, 52(9): 1230-1236. Doi: 10.1176/appi.ps.52.9.1230.
- Ciccarone A., Valentino M.C., Carughi M., & Bruno G.M. (2022). L'erogazione del metadone cloridrato sciroppo in Italia: fabbisogno e costi sostenuti dalle regioni e province autonome. *Clinico Economics*, 17: 237-248. Doi: 10.2147/CEOR.S396907.
- Cunningham C. et al. (2020). The ASAM national practice guideline for the treatment of opioid use disorder: 2020 focused update. *J Addict Med.*, 14(2S Suppl 1): 1-91.
- Davis E.L., Kelly P.J., Deane F.P., Baker A.L., Buckingham M., Degan T., & Adams S. (2020). The relationship between patient-centered care and outcomes in specialist drug and alcohol treatment: A systematic literature review. *Substance Abuse*, 41(2): 216-231. Doi: 10.1080/08897077.2019.1671940.
- Ellefesen R., Wüsthoff L.E.C., & Arnevik E.A. (2023). Patients' satisfaction with heroin-assisted treatment: a qualitative study. *Harm reduction journal*, 20(1), 73. Doi: 10.1186/s12954-023-00808-8.
- Hall N.Y., Le L., Majmudar I., & Mihalopoulos C. (2021). Barriers to accessing opioid substitution treatment for opioid use disorder: A systematic review from the client perspective. *Drug and Alcohol Dependence*, 221, 108651. Doi: 10.1016/j.drugdep.2021.108651.
- Harpe S.E. (2015). How to analyze Likert and other rating scale data. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 7(6): 836-850. Doi: 10.1016/j.cptl.2015.08.001.
- Kelly S.M., O'Grady K.E., Brown B.S., Mitchell S.G., & Schwartz R.P. (2010). The Role of Patient Satisfaction in Methadone Treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(3): 150-154. Doi: 10.3109/00952991003736371.
- Leonard K.V., Robertson C., Bhowmick A., & Herbert L.B. (2020). Perceived treatment satisfaction and effectiveness facilitators among patients with chronic health conditions: A self-reported survey. *Interactive Journal of Medical Research*, 9(1), e13029. Doi: 10.2196/13029.
- Lim J., Farhat I., Douros A., & Panagiotoglou D. (2022). Relative effectiveness of medications for opioid-related disorders: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *PLOS ONE*, 17(3), e0266142. Doi: 10.1371/journal.pone.0266142.
- Limenh L.W., Tessema T.A., Simegn W., Ayenew W., Bayleyegn Z.W., Sendekie A.K., ... Kasahun A.E. (2024). Patients' Preference for Pharmaceutical Dosage Forms: Does It Affect Medication Adherence? *A Cross-Sectional Study in Community Pharmacies. Patient Preference and Adherence*, 18: 753-766. Doi: 10.2147/PPA.S456117.
- Lugoboni F., Zamboni L., Cibin M., & Tamburin S. (2019). Intravenous misuse of methadone, buprenorphine and buprenorphine-naloxone in patients under opioid maintenance treatment: A cross-sectional multicentre study. *European Addiction Research*, 25(1): 10-19. Doi: 10.1159/000496112.
- Mattick R.P., Breen C., Kimber J., & Davoli M. (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence [Review]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD002207. Doi: 10.1002/14651858.CD002207.
- Mircioiu C., & Atkinson J. (2017). A comparison of parametric and non-parametric methods applied to a Likert scale. *Pharmacy*, 5(2), 26. Doi: 10.3390/pharmacy502006.
- Nesse L., & Clausen T. (2025). Treatment satisfaction among patients in opioid agonist treatment in Norway: A multicenter cohort study. *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift: NAT*, 42(4): 353-364. Doi: 10.1177/14550725251351711.
- Nguyen V.T., Chan E.S., Chou S.H., Godwin J.D., Fligner C.L., Schmidt R.A., & Pipavath S.N.J. (2014). Pulmonary effects of iv. injection of crushed oral tablets: "Excipient lung disease". *AJR. American Journal of Roentgenology*, 203(5): W506-W515. Doi: 10.2214/AJR.14.12582.
- Religioni U., Barrios-Rodríguez R., Requena P., Borowska M., & Ostrowski J. (2025). Enhancing therapy adherence: Impact on clinical outcomes, healthcare costs, and patient quality of life. *Medicina*, 61(1), 153. Doi: 10.3390/medicina61010153.
- Romano J., Kromrey J., Coraggio J., & Skowronek J. (2006). Appropriate statistics for ordinal level data: should we really be using t-test and Cohen's d for evaluating group differences on the NSSE and other surveys? *Annual meeting of the Florida Association of Institutional Research*.
- Shadmehr S., Rahimi M., Hassanian-Moghaddam H., Soltaninejad K., & Noroozi A. (2013). Methadone toxicity: Comparing tablet and syrup formulations during a decade in an academic poison center of Iran. *Clinical Toxicology*, 51(8): 777-782. Doi: 10.3109/15563650.2013.830732.
- Schiele J.T., Quinzler R., Klimm H.D., Pruszydlo M.G., & Haefeli W.E. (2013). Difficulties swallowing solid oral dosage forms in a general practice population: prevalence, causes, and relationship to dosage forms. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 69(4): 937-948. Doi: 10.1007/s00228-012-1417-0.
- Somaini L., Leonardi C., De Fazio S., & Vecchio S. (2022). Confronto tra formulazioni solide e liquide di farmaci agonisti oppioidi nel trattamento del Disturbo da uso di Oppiacei (Studio SO.LI.D.O). *SITOX Informa*, 25(1): 4-8.
- Somaini L., Vecchio S., Salvatore D.F., Ercolini A., & Gori D. (2021). Different formulations of methadone and levomethadone in the management of opioid use disorder. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 23(1): 1-13. Doi: 10.2478/harcp-2021-0001.
- Windle E., Tee H., Sabitova A., Jovanovic N., Priebe S., & Carr C. (2020). Association of Patient Treatment Preference with Dropout and Clinical Outcomes in Adult Psychosocial Mental Health Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 77(3): 294-302. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.3750.
- Zhang Z., Gerstein D.R., & Friedmann P.D. (2008). Patient satisfaction and sustained outcomes of drug abuse treatment. *Journal of Health Psychology*, 13(3): 388-400.
- Zinsstag J., Schelling E., Waltner-Toews D., & Tanner M. (2011). From "one medicine" to "one health" and systemic approaches to health and well-being. *Preventive Veterinary Medicine*, 101(3-4): 148-156.

Promozione e valutazione dell'appropriatezza clinica, prescrittiva, economica e organizzativa nel Servizio delle Dipendenze negli Istituti Penitenziari

Elisabetta Bussi Roncalini*

Summary

■ Background: In prison, there is an increasing tendency toward self-medication and/or misuse and diversion of certain potentially addictive pharmaceuticals, such as benzodiazepines, gabapentinoids, and synthetic opioids, for which effective counter-strategies are required.

The proposed project work was developed and discussed within the managerial course *Dirigenti Struttura Complessa* and implemented at the Ivrea prison.

Methods: Organizational, training programs, process-related, clinical (VAS and WHOQOL-BREF scale), and economic approaches.

Expected Results: Primarily qualitative, in terms of the implementation of care pathways, monitoring of pharmacological prescriptions at risk of misuse, reduction of related critical events, and enhancement of prisoners' quality of life.

Conclusions: It is necessary to share technical tools, training programs, and PDTA (Diagnostic and Therapeutic Care Pathways) with all units operating in prison. ■

Keywords: Project Work, Prison, Addiction Treatment Centre, Misuse, Clinical and prescribing appropriateness.

Parole chiave: Progetto di lavoro, Istituto penitenziario, Servizio delle dipendenze (Ser.D.), Misuso, Appropriatezza clinica e prescrittiva.

Premessa

Appropriatezza prescrittiva insieme a ricognizione e riconciliazione farmacologica sono strumenti indispensabili dell'efficacia e della sicurezza dei trattamenti.

Negli Istituti Penitenziari si assiste ad un sempre maggiore incremento delle prescrizioni a fronte di un'aumentata incidenza di comorbilità che necessita della prescrizione di politerapie ma con parallela tendenza all'automedicazione e/o ricerca di misuso.

Alcuni farmaci, per le loro caratteristiche farmacologiche, sono potenzialmente additivi, ossia capaci di sviluppare dipendenza. Classi di farmaci a rischio di misuso quali le benzodiazepine (Ashton, 2002, 2005), i gabapentinoidi e gli oppiacei sintetici richiedono pertanto la condivisione delle prescrizioni tra prescrittori e farmacia.

Carcere, esigibilità e appropriatezza delle cure

L'assistenza sanitaria in carcere è garantita dal DPR 309/90 per i pazienti detenuti con disturbo da uso di sostanze (DSM-5) e

dal DPCM 1 aprile 2008 che ha sancito il passaggio dal Ministero della Giustizia al SSN riconoscendo al detenuto gli stessi diritti sanitari del cittadino libero.

I tossicodipendenti nelle carceri italiane sono il 43% (Relazione al parlamento, 2024) mentre il 40,3% dei detenuti assume sedativi per disturbo d'ansia (Associazione Antigone, 2023).

Considerato inoltre che In Italia la spesa per le benzodiazepine è di 74,5 milioni di euro (AIFA, 2023) è essenziale considerare l'appropriatezza prescrittiva, la riconciliazione farmacologica e il deprescribing, come strumenti imprescindibili anche per il contenimento della spesa sanitaria.

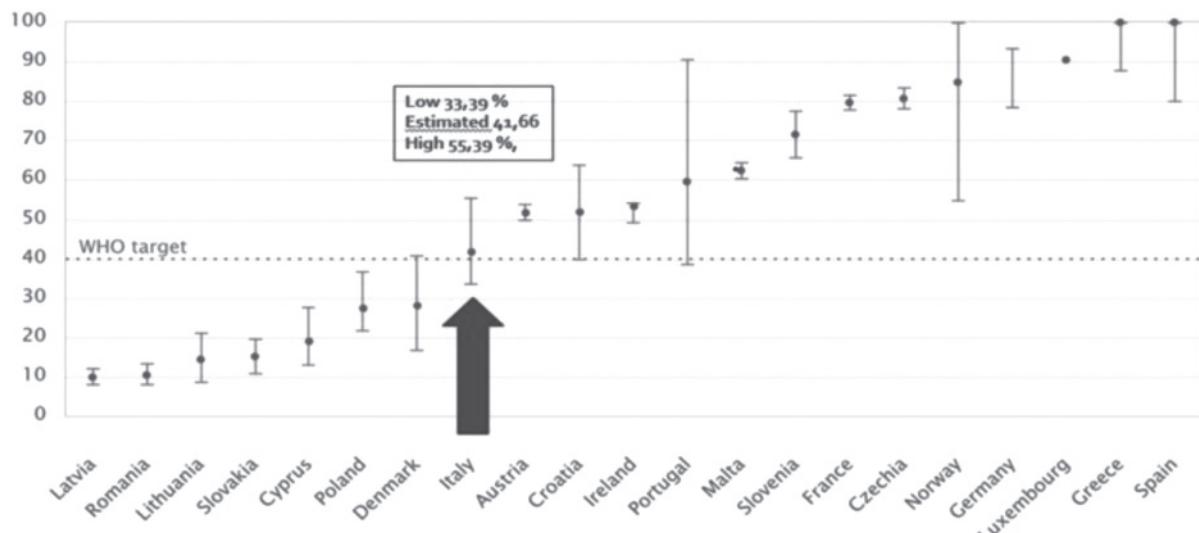
L'uso ricreativo riportato nei diversi paesi riguarda soprattutto le benzodiazepine a breve emivita, in quanto capaci di indurre eccitamento quando sono assunte ad alte dosi (Manzato, 2014), in particolare l'uso di benzodiazepine ad emivita breve è associato ad un aumentato rischio di sviluppo di tolleranza e dipendenza ai dosaggi iniziali, con successiva necessità di incremento progressivo delle dosi.

Anche trattamenti inadeguati per il dolore possono essere causa di misuso di oppioidi sintetici (Peng e Castano, 2005; Peng et al., 2005).

L'uso dei pain killers in America si va sempre più diffondendo con aumento parallelo dei decessi per overdose di questi farmaci. Secondo i Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC) statunitensi, i decessi da oppioidi sintetici dal 2013 sono

* Direttore Struttura Complessa Ser.D. Ivrea - Dipartimento di Patologia delle Dipendenze - ASL TO 4 - Torino.

Graf. 1 - Percentuale di copertura del trattamento agonista oppiaceo nel 2022 e negli anni successivi



Fonte: EUDA Drug Report 2024.

aumentati drasticamente, per arrivare a circa 73.000 nel 2022 principalmente dovuti al fentanyl.

L'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) a partire dal 2012 ha segnalato anche in Europa un aumento significativo della disponibilità di fenantili.

In Italia il 22% delle nuove sostanze psicotrope segnalate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce è rappresentato dai nuovi oppioidi sintetici (SNAP, 2017) e il Dipartimento politiche antidroga il 12 marzo 2024 ha presentato ufficialmente il Piano Nazionale di Prevenzione contro l'uso improprio di Fentanyl e altri oppioidi sintetici coinvolgendo diverse istituzioni nelle azioni di prevenzione, contrasto e gestione delle emergenze legate all'abuso di questa sostanza.

La percentuale dei soggetti con consumo problematico di oppioidi sintetici in Italia è ancora piuttosto bassa, questo non esclude tuttavia che siano cifre sottostimate per cui si invita a porre attenzione allo screening e monitoraggio dei pazienti in trattamento con oppioidi per dolore cronico.

Oppioidi deboli quali tramadol e codeina e oppioidi forti quali morfina, ossicodone e fentanil sono i principali farmaci prescritti.

Tra questi l'ossicodone è una sostanza particolarmente appetibile per soggetti a rischio di dipendenza per la sua duplice natura analgesica e gratificante (Cheung, 2017) oltre al fentanil sostanza altamente addictive per l'intensa attivazione dei circuiti della ricompensa legata al rilascio di dopamina (Han, 2022). La prescrizione delle terapie agoniste per pazienti con Disturbo da uso di oppiacei (DSM-5), a cura dei Servizi per le Dipendenze, rappresenta altro importante argomento di trattazione in quanto l'Osservatorio Europeo come riportato nel Grafico 1 evidenzia che in Italia la percentuale di copertura con appropriate prescrizioni di trattamento agonista sia appena sopra la soglia minima del 40% lasciando quindi il 60% scoperto dal trattamento con una prevalenza di prescrizione di trattamento metadonico rispetto alla prescrizione di buprenorfina.

La discrepanza tra la prescrizione di metadone rispetto alla buprenorfina è ancora più evidente in carcere dove la buprenorfina compresse viene prescritta solo nel 37% degli Istituti Penali (Michel, 2015) per il rischio di misuso, precludendo pertanto ai pazienti detenuti il diritto al trattamento con buprenorfina,

oppure viene somministrata previa tritazione delle compresse, pratica non approvata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Questo suggerisce la ricerca di appropriate formulazioni per il Disturbo da uso di oppiacei in carcere quali le nuove formulazioni di buprenorfina long acting.

Negli ultimi anni si sono riscontrati inoltre casi di uso improprio di pregabalin con documentate "epidemie" di diversione nelle carceri della Florida (De Bernardis, 2016).

Anche il sistema nazionale di allerta precoce (EMCDDA SNAP) ha segnalato negli ultimi anni in Europa, compresa l'Italia, aumento dell'uso ricreativo di pregabalin tra gruppi vulnerabili come gli adolescenti, gli immigrati nord africani o i consumatori di sostanze stupefacenti con segnalati decessi in Inghilterra e in Scozia (EMCDDA SNAP 36/22) e un caso di intossicazione mista da cocaina e pregabalin in Italia (EMCDDA SNAP 15/24). La letteratura scientifica, costituita soprattutto da case reports, documenta che gli episodi di abuso e dipendenza si sono verificati in soggetti con anamnesi di uso di sostanze psicoattive illegali che erano venuti a contatto per la prima volta con il gabapentin a seguito di prescrizione per dolore neuropatico o per problematiche alcool-correlate, arrivando ad usare da 3.6 a 7.2 grammi al giorno del farmaco (dosi molto superiori a quelle di appropriatezza prescrittiva).

Negli istituti penitenziari l'esperienza clinica supportata dalle indicazioni del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP: Provveditorato Regione Piemonte Nota n. 0069957 del 15/12/2022) suggeriscono l'implementazione anche presso la Casa Circondariale di Ivrea del lavoro di revisione delle prescrizioni farmacologiche.

Obiettivi generali e specifici del Progetto

È strategico definire un percorso condiviso tra Servizi per le Dipendenze (Ser.D.), Sanità Penitenziaria, psichiatria e farmacia aziendale per:

- garantire appropriatezza clinica e prescrittiva;
- ridurre e monitorare le prescrizioni a maggior rischio di misuso;

- risparmio della spesa farmacologica;
- estensione della proposta in ambito regionale.

Analisi del contesto

Beneficiari: pazienti detenuti

150 soggetti con Disturbo da uso di sostanze psicotrope (DSM 5) afferenti al Dipartimento delle Dipendenze di Ivrea (Fonte 2024: Sistema Piemontese Informatizzazione Dipendenze HTH-Ser.T.)

300 soggetti con patologia psichiatrica afferenti al Dipartimento di Salute Mentale

(Fonte: Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie - CCM 2012)

4 soggetti in trattamento con oppioidi sintetici per dolore cronico afferenti alla Sanità Penitenziaria

(Fonte 2024: Sanità Penitenziaria)

Destinatari: operatori della Sanità Penitenziaria, del SERD, della psichiatria e i farmacisti ospedalieri dell'ASL TO4 Piemonte.

Tab. 1 - Analisi del contesto

Detenuti Italia 2024	Detenuti SERD	%
60.166	26.268	43% (Relazione annuale al Parlamento per tossicodipendenze)
Casa Circondariale Ivrea	Detenuti SERD	%
737	150	20% (di cui 82 % DUS)
Casa Circondariale Ivrea	Detenuti con patologia psichiatrica	%
737	300	40% (Centro nazionale Controllo Malattie CCM 2012)

Strumenti

Gli strumenti del progetto sono rappresentati da:

- formazione degli operatori sul tema riconciliazione farmacologica e farmaci di abuso;
- definizione dei PDTA e/o Istruzioni Operative;
- strumenti informatici condivisi per approvvigionamento, prescrizione e somministrazione farmacologica;
- prontuario farmaceutico aziendale aggiornato di nuovi profili prescrittivi per le classi di farmaci a rischio di misuso con definizione delle quantità massime di farmaci prescrivibili;
- sistema informatico di approvvigionamento farmaceutico che preveda segnali di allarme/blocco automatico per richieste di quantità di farmaci extra-prontuario;
- applicativo aziendale OLIAMM WEB_ STATISTICHE ASL TO4 per la rilevazione dei consumi e dei costi farmaceutici;
- rilevazione e monitoraggio degli eventi sentinella;
- valutazione del craving con la Visual Analogue Scale (VAS) (Hamilton, 1959);
- valutazione della qualità di vita con la scala World Health Organization Quality Of Life - Versione Breve (WHOQOL-BREVE).

tanza della riconciliazione farmacologica e attenzionamento prescrittivo dei farmaci a maggiore rischio di abuso. Durata 3 mesi.

Fase 2. FORMAZIONE: in questa fase, verranno organizzati eventi formativi, che prevederanno la partecipazione di operatori di sanità penitenziaria, Ser.D., psichiatria e farmacia aziendale coinvolti nel progetto. Durata 3 mesi.

Fase 3. ARRUOLAMENTO: identificazione e arruolamento dei pazienti in trattamento con le classi farmacologiche a rischio di abuso quali le benzodiazepine, i gabapentinoidi, gli antipsicotici di nuova generazione e gli oppioidi sintetici.

In questa fase vengono visionate le cartelle cliniche e le prescrizioni di tutti i detenuti con rilevazione dei consumi e relativi costi farmaceutici; rilevazione degli eventi critici da intossicazione, interazione farmacologica, sindrome astinenziale, autolesionismo e agitazione psicomotoria che hanno comportato invio del detenuto al Dipartimento Emergenza e Accettazione (DEA) di Ivrea per revisione della terapia con relativo calcolo dei costi economici. Durata 3 mesi.

Fase 4. PERIODO DI STUDIO: in questa fase, i diversi attori coinvolti predisporranno i PDTA e/o Istruzioni Operative condivise; attueranno le valutazioni clinico diagnostiche e gli interventi terapeutici con monitoraggio clinico, valutazione dello stato di salute con somministrazione ai detenuti delle scale VAS e scale WHOQOL-BREVE; Revisione e aggiornamento del prontuario farmaceutico aziendale. Durata 6 mesi.

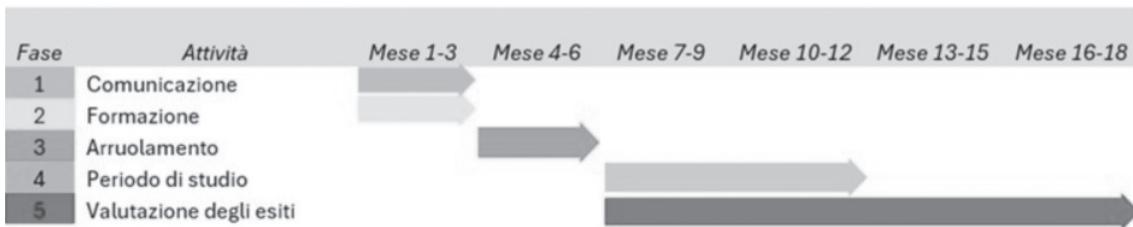
Fase 5. VALUTAZIONE DEGLI ESITI: in questa fase, verranno valutati gli esiti, misurati durante il periodo di studio e verranno raccolti i risultati. Durata 12 mesi.

Le attività e relative tempistiche sono di seguito illustrate nel Diagramma di Gantt.

Fasi operative

Fase 1. COMUNICAZIONE: in questa fase verrà svolta una campagna di informazione e sensibilizzazione verso i detenuti e verso operatori dell'amministrazione penitenziaria circa l'impor-

Graf. 2 - Diagramma di Gantt (fasi del Progetto)



Risultati attesi

Durante la fase di monitoraggio della durata di 12 mesi verranno valutati gli esiti e raccolti i risultati che partendo dagli obiettivi prefissati saranno classificati in tre sottogruppi:

ADESIONE/PARTECIPAZIONE

- Formazione degli operatori: numero degli eventi realizzati e numero degli operatori partecipanti del Ser.D., farmacia, sanità penitenziaria e psichiatria (Valore target 100%).
- Informazione ai detenuti: numero degli eventi realizzati e numero dei detenuti partecipanti (Valore target 100%).
- Riscontro di PDTA e/o Istruzioni Operative condivisi tra Ser.D., farmacia, Sanità Penitenziaria e psichiatria.

ESITO CLINICO

- Condivisione dei Piani Terapeutici cartacei e/o elettronici tra gli specialisti.
- Riduzione consumi classi farmaceutiche a rischio di misuso e diversione (Valore target $\geq 50\%$).
- Riduzione accessi DEA per intossicazione iatrogena, sindrome astinenziale, revisione terapia per autolesionismo o stato di agitazione psicomotoria (Valore target 100%).
- Riduzione del craving per psicofarmaci alla scala VAS somministrata ad un campione di almeno 50 detenuti con rilevazione punteggio $\leq 5/10$ (Valore target $\geq 80\%$).
- Miglioramento degli outcomes clinici alla scala WHOQOL-BREVE somministrata ad un campione di almeno 50 detenuti con rilevazione score $\geq 50/100$ nelle quattro aree indagate (Valore target $\geq 80\%$).
- Riscontro di prontuario farmaceutico aziendale con nuovi profili prescrittivi ridotti del 50% per farmaci a rischio di misuso.
- Presenza di sistema informatico che preveda segnali di allarme/blocco automatico per richieste di quantità di farmaci extra-prontuario.

COSTI/RISPARMI

- I costi relativi all'impiego di tempo e di risorse, per le attività di formazione, informazione, attività di equipe interdisciplinari e di ricerca della letteratura scientifica oltre che di

stesura delle linee guida cliniche, non costituiscono un costo economico aggiuntivo per l'azienda ASL TO4 in quanto rappresentano risorse già disponibili e/o attività svolte da personale dipendente in orario di servizio.

- Risparmio dei costi economici diretti farmaceutici per riduzione consumi del 50%, secondo nuovi profili prescrittivi, con risparmio economico dei farmaci di abuso del 46,5% come da Tabella 2.
- Stima di risparmio costi economici indiretti pari a 1622,4 € correlati ad eventi critici evitati che avrebbero comportato invio in DEA per intossicazione iatrogena, sindrome astinenziale, revisione della terapia per autolesionismo e/o per stato di agitazione psicomotoria (Tabella 3).

Tab. 2 - Stime dei risparmi economici dei nuovi profili prescrittivi massimi farmaci a rischio di misuso Oliamm Web ASL TO4 (2024)

Classe farmaceutica	Costi farmaceutici	Costi nuovi profili massimali	Risparmio
BENZODIAZEPINE	4601 €	2532 €	2069 €
GABAPENTINOIDI	125 €	62 €	63 €
ANTIPSICOTICI DI NUOVA Gen.	3515 €	1871 €	1644 €
OPPIOIDI SINTETICI <u>Ossicodone</u>	790 €	395 €	395 €
MIRTAZAPINA	858 €	429 €	429 €
TOTALE	9889 €	5289 €	4600 €
Risparmio costi farmaceutici		% risparmio costi farmaceutici	
4600 €		46,51 %	

Tab. 3 - Accessi DEA da Casa Circondariale di Ivrea: Flusso C2 - Settore Controllo di Gestione Chivasso ASL TO4 (2024)

Totale Eventi critici con invio in DEA Ivrea	Descrizione eventi clinici	Prestazioni sanitarie in DEA	Totale costo economico
15	Intossicazione iatrogena /sindrome astinenziale /revisione terapia per autolesionismo / stato di agitazione psicomotoria	Visita generale, visita specialistica, esami ematochimici , ECG, Esami strumentali : RX, TAC	1622,4 €

Conclusioni

L'ipotesi di lavoro valorizza l'utilizzo di strumenti organizzativi, di processo ed economici quali elementi fondamentali di supporto all'attività clinica.

Il progetto trae origine dall'esperienza presso la Casa Circondariale di Bergamo (Bussi Roncalini, 2024) portandone l'aspetto di utilità e innovazione anche alla Casa Circondariale di Ivrea in un'ottica di lavoro condiviso con l'obiettivo di garantire appropriatezza clinica e prescrittiva negli istituti penitenziari.

Il diritto alle cure in contesto penitenziario previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 12 gennaio 2017) e nello stesso tempo la necessità di supervisionare la prescrizione di farmaci potenzialmente additivi e ad alto rischio di misuso e diversione rende necessaria l'applicazione della riconciliazione farmacologica e di ciò che gli anglosassoni chiamano deprescribing parimenti alla valutazione del craving e al monitoraggio dell'eventuale ricerca di automedicazione soprattutto da parte dei detenuti con dipendenze patologiche e/o dei detenuti con patologia psichiatrica.

Con l'inserimento nel prontuario farmaceutico aziendale dei nuovi profili prescrittivi massimi e della possibilità di allarme e blocco automatico per richieste di quantità di farmaci extra-prontuario, è possibile ipotizzare una riduzione dei consumi farmaceutici a rischio di misuso del 50% con risparmio economico farmaceutico pari al 46,51% della spesa, oltre che assistere alla riduzione degli eventi critici con accesso al Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) e conseguente stima di risparmio dei costi indiretti sanitari pari a 1622,4 €.

Parallelamente la riduzione del craving per sostanze psicotrope e il miglioramento della qualità di vita dei detenuti, correlati alla compliance, saranno invece attestati rispettivamente dai valori della VAS $\leq 5/10$ e dagli score $\geq 50/100$ nelle quattro aree indagate della scala WHOQOL-BREVE somministrate ai detenuti.

L'attività di collaborazione degli operatori del servizio delle dipendenze, della sanità penitenziaria, della psichiatria e della farmacia aziendale in termini di condivisione delle competenze, risorse, energie e tempo dedicato porterebbe pertanto al miglioramento degli aspetti clinici, organizzativi ed economici oltre che all'ambizioso obiettivo di poter condividere e applicare il modello anche a livello regionale.

Riferimenti normativi

Decreto del Presidente della Repubblica (DPR) 309/90 Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza (Suppl. Ordinario GU n. 255 del 31-10-1990).

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM 2008) Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. Gazz. Uff. 30 maggio 2008, n. 126.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM 12 gennaio 2017) - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 art 28: Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche (G.U. Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017).

Riferimenti bibliografici

- Agenzia dell'Unione europea sulle droghe (EUDA) (2024). *European Drug Report: Trends and Developments*.
- AIFA (2023). *Osservatorio Nazionale sull'impiego dei medicinali: rapporto Nazionale anno 2022*.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM5)*.
- Applicativo aziendale OLIAMM WEB_STATISTICHE (2024) per approvvigionamento e report statistici dei consumi e costi farmaceutici. ASL TO 4.
- Ashton H.C. (2005). The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, 18: 249-255.
- Associazione Antigone 2023 *Report annuale*.
- Bussi Roncalini E. et al. (2024). Indicazioni operative di riduzione/ sospensione dei farmaci gabapentinoidi (pregabalin e gabapentin) e/o clonazepam presso la casa circondariale Don Fausto Resmini di Bergamo. *Federserd Informa*, 37: 8-11.
- Cheung C.W. et al. (2017). Oral oxycodone for acute postoperative pain: a review of clinical trials. *Pain Physician*, 20: Se 33-se 52.
- Amie S. et al (2015). Estimating the health care burden of prescription opioid abuse in five European countries. *Clinico econ Outcomes Res.*, 7: 477-488.
- Dipartimento per le Politiche Antidroga (2024): relazione annuale al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia.
- Dipartimento Politiche Antidroga 2024: Piano Nazionale di Prevenzione contro l'uso improprio di Fentanyl e altri oppioidi sintetici 12 marzo 2024.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2012 e 2024): European Drug Report.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) e System for Notification and Alerting (SNAP) (2022): *rapporto n. 5 sullo stato di fatto delle NPS rilevate nel 2021 in Europa Aumento di sequestri delle forze dell'ordine e dell'utilizzo non medico di pregabalin* 36/22 DEL 22/07/2022.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) e System for Notification and Alerting (SNAP) (2024): *Allerta grado 2 intossicazione acute associate al consumo di NPS tra aprile 2023 e gennaio 2024: 15/24 del 18/03/2024*.
- Hamilton M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1): 50-55.
- Han Y., Cao L., Yuan K. et al. (2022). Unique pharmacology, brain dysfunction, and therapeutic advancements for fentanyl misuse and abuse. *Neurosci. Bull.*, 38: 1365-1382.
- Manzato E., Lugoboni F., Biasin C., Rosa S., Cifelli G., Manzato G., Nava F. (2014). *Mission 42*.
- Michel L. et al. (2015). Insufficient access to harm reduction measures in prisons in 5 countries (PRIDE Europe): a shared European public health concern. *BMC Public Health*, 15, 1093.
- Ministero della Salute. Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM 2012): report coordinamento ARS Toscana.
- Ministero della Giustizia - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria - Provveditorato Regionale per il Piemonte (2022): *Nota n. 0069957* del 15/12/2022.
- Organizzazione Mondiale della Sanità: *World Health Organization Quality of Life - Versione Breve (WHOQOL - BREVE)* 2020: Divisione di Salute Mentale Ginevra. Versione italiana finale a cura del Centro Collaborativo Italiano; Marzo 2020.
- Peng P.W. e Castano E.D. (2005). Survey of chronic pain practice by anesthesiologists in Canada. *Can j. Anaesth*, 52: 383-389.
- Peng P.W. et al. (2005). Review article: perioperative pain management of patients on methadone therapy. *Can j. Anaesth*, 52: 513-523.

Sitografia

- Ashton H.C. (2002). *Benzodiazepines how they work anda how to withdraw*. Disponibile su www.benzo.org.uk (Data di accesso: 15/02/2024).
- De Bernardis E. (2016). Disponibile su <https://blog.sitd.it> (Data di accesso 2/11/2016).

ALCOVER®

sodio oxibato

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



ALCOVER®
175 mg/ml soluzione orale

A.I.C. n. 027751066

Titolare AIC:
CT LABORATORIO
FARMACEUTICO

Lotto
Scad.

Sodio oxibato

Flacone da 140 ml con misurino dosatore

COMPOSIZIONE: Ciascun ml di soluzione orale contiene sodio oxibato 175 mg. Esecipenti: Saccarina sodica, metile para-idrossibenzoato, sorbitolo, propile para-idrossibenzoato, sorbitolo, acido citrico, amarena, acido citrico, acqua depurata.

LEGGERE IL FOGLIO ILLUSTRATIVO PRIMA DELL'USO.

UTILIZZARE IL PRODOTTO ENTRO 30 GIORNI DALLA PRIMA APERTURA DEL FLACONE.

IL PRODOTTO ECCEDENTE ANDRÀ BUTTATO.

Da vendersi dietro presentazione di ricetta medica, una sola volta con prescrizione da parte di un medico o farmacista.

Assimilati (SerT). Servirsi degli appositi contenitori per la raccolta differenziata dei medicinali. NOI

NON DISPERDERE IL PRODOTTO NELL'AMBIENTE.

Medicinale soggetto alla disciplina del DPR 309/90 - Tabella medicinali Sezione B

**ALCOVER® 175 mg/ml soluz.
Sodio oxibato Flacone 10 ml**

**LEGGERE IL FOGLIO ILLUSTRATIVO PRIMA DELL'USO.
UTILIZZARE IL PRODOTTO ENTRO 30 GIORNI DALLA PRIMA APERTURA DEL FLACONE.**

IL PRODOTTO ECCEDENTE ANDRÀ BUTTATO.

COMPOSIZIONE: Ciascun ml di soluzione orale contiene sodio oxibato 175 mg. Esecipenti: Saccarina sodica, metile para-idrossibenzoato, sorbitolo, acido citrico, acqua depurata.

Servirsi degli appositi contenitori per la raccolta differenziata dei medicinali.

NON DISPERDERE IL PRODOTTO NELL'AMBIENTE.

Medicinale soggetto alla disciplina del DPR 309/90 - Tabella medicinali Sezione B

Titolare A.I.C.
Laboratorio Farmaceutico C.T. S.
A.I.C. n. 027751078

RCP ALCOVER



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: €32,99

Copyright © FrancoAngeli



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

Sabrina Molinaro e Daniela d'Angela nel Comitato scientifico nazionale di FeDerSerD

È con piacere che comunichiamo l'adesione come componenti del Comitato scientifico nazionale della Federazione di due illustri studiose, note e apprezzate dagli operatori del sistema di intervento italiano.

Siamo certi che il nostro intervento ne trarrà stimolo in metodologia di lavoro e valorizzazione delle azioni dei servizi rivolti ai cittadini.

Sabrina Molinaro

Psicologa di formazione, dirigente di ricerca e responsabile del Laboratorio di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari presso l'IFC-CNR di Pisa.

Le sue aree di interesse includono lo studio delle patologie e delle condizioni di salute, la promozione della salute e la prevenzione delle malattie, la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi sanitari.

Ma sono le analisi e le ricerche sui cittadini con comportamenti a rischio e dipendenza da sostanze o comportamentali che fanno apprezzare l'impegno e reso familiare la presenza di *Sabrina Molinaro* agli operatori dei servizi italiani.

Coordina lo studio transnazionale ESPAD - European School Survey Project on Alcohol and other Drugs, che coinvolge di fatto tutti i paesi europei e l'EUDA-agenzia europea delle dipendenze.

Daniela d'Angela

Di formazione ingegnere biomedico, è docente all'Università di Roma "Tor Vergata".

Presidente del CREA Sanità, Centro per la Ricerca economica applicata in sanità.

Le aree di ricerca in cui *Daniela d'Angela* è impegnata spaziano dalla farmaco-economia, alla statistica medica ed epidemiologia, alla valutazione delle tecnologie sanitarie e delle performance socio-sanitarie, fino alle politiche sanitarie e dell'industria medicale I report del Centro sono sempre al centro di alta considerazione e valutazioni attente.

L'Osservatorio sull'impatto socio economico delle dipendenze - OISED, costituito alcuni anni fa in sinergia con il Centro studi e ricerche consumi e dipendenze - CeRCO, si è già distinto per report annuali di riferimento per le analisi scientifiche e istituzionali di settore.



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, Ferdinand Cerrato,
Rosalba Ciccalò, Edoardo Cozzolino,
Simone De Persis Giovanni Di Martino,
Donato Donnoli, Maurizio D'Orsi,
Giovanni Galimberti, Mara Giloni,
Erika Lo Presti, Alfio Lucchini,
Antonella Manfredi, Cristina Meneguzzi,
Bettina Meraner, Marzi Merlino, Giovanna Morelli,
Lilia Nuzzolo, Giorgio Pannelli, Daniele Pini,
Maria Rita Quaranta, Luca Rossi, Romina Rossi,
Francesco Sanavio, Liliana Schifano,
Giorgio Serio, Margherita Taddeo, Paola Trotta,
Concettina Varango.

RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € **50,00** per i laureati e a € **30,00** per i non laureati, si può effettuare tramite:

- versamento sul Conto Corrente Bancario n. **000003417x16** intestato a **FeDerSerD** presso la **Banca Popolare di Sondrio - Agenzia di Carimate - CIN D ABI 05696 CAB 51090**
- versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data conferma con invio e-mail con credenziali di accesso area Socio riservata.

ANNO 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 / INTERESI 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**

_____ lì _____ / _____ / _____ Firma _____

Si autorizzano FeDerSerD e la Segreteria Expopoint al trattamento dei dati inclusi nella presente scheda

Versamento quota associativa di € **50,00** (medici e psicologi) € **30,00** (altre professioni)
(allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)

Visto il Segretario Esecutivo Nazionale _____

Visto per approvazione: Il Presidente _____

Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1 - DCB Milano - Franco Angeli srl, viale Monza 106, 20127 Milano
In caso di mancato recapito inviare a CMP Roserio per la restituzione al mittente previo pagamento resi.
(Edizione fuori commercio).