

73

Anno XX - marzo 2026

Sommarario

EDITORIALE

L'agenda strategica dei lavori istituzionali dopo la VII Conferenza Nazionale sulle Dipendenze
Roberta Balestra 1

LE RUBRICHE

Contaminazioni
Cosa faresti da solo in una gabbia con solo cocaina?
Maurizio Fea 5

La Finestra dei consumatori
Pierino Bouquet
a cura di Area Dipendenze ASUGI Trieste 6

Poetry Corner/Rubrica di poesia
Dimitri Milleri
Enzo Lamartora 7

SAGGI, STUDI E RICERCHE

La metodologia Lean nella transizione al metadone compresse: il ruolo dell'infermiere nell'esperienza del Ser.D. presso l'ASST Papa Giovanni XXIII - Bergamo
Andrea Corbetta, Elisa Banelli, Serena De Cristofaro, Isabella Mani, Ester Bianchi, Marta Vaiarini, Simonetta Rovaris, Alessandra Pagani, Cristina Caldara, Simonetta Cesa, Marco Riglietta 8

RECENSIONI 48

FeDerSerD/FORMAZIONE

XV Congresso Nazionale FeDerSerD. Napoli 14-15-16 ottobre 2026 4

Convegno "Tutela della salute nelle dipendenze. Contesti e azioni". Torino 4 giugno 2026, con CNCA e Gruppo Abele 28

Percorso formativo di specializzazione nell'area delle dipendenze patologiche, Master Under 40 e Neo assunti. 18 maggio-21 settembre 2026 44

Scuola di formazione "Rita Levi Montalcini" di FeDerSerD 45

Corso specialistico sugli aspetti medici in Alcologia, 2026 47

RASSEGNA CLINICA DEL TABAGISMO, ANNO 1, N. 1

Presentazione
Alfio Lucchini 29

Tabagismo e nuovi prodotti del tabacco e della nicotina (sigarette elettroniche, tabacco riscaldato ed altri dispositivi senza combustione). Descrizione di un programma di informazione, prevenzione, formazione e trattamento multimodale della ASST di Bergamo Est
M. Campana, A. Bovio, C. Colangelo, A. Crotti, L. Daffini, N. Rizzardi, A. Stara, D. Acerbis 30

Tabagismo: modello di trattamento integrato e terapia con citisina
Maria Giulia Audino, Carla Sorrentino, Paola Faragò, Maria Cardamone, Giovanni Lomanno, Gregorio Viscomi 31

L'esperienza del Centro Antifumo del Ser.D. di Cosenza. Dalla vareniclina all'efficacia della citisina nel trattamento del tabagismo
Roberto Calabria, Filomena Abrritti, Aida Squillace, Amerigo Giuseppe Rota, Andrea Lo Polito 34

Il progetto "CYTI-REHAB": il trattamento con Citisina in un contesto ospedaliero
M. Campana, A. Bovio, C. Colangelo, A. Crotti, L. Daffini, N. Rizzardi, A. Stara, D. Acerbis 39

Uso della Citisina in paziente con disturbo da uso di tabacco severo (DUT) e deficit genetico di alfa-1-antitripsina
M. Campana, A. Bovio, C. Colangelo, A. Crotti, L. Daffini, N. Rizzardi, A. Stara, D. Acerbis 41

TABAGISMO OGGI: prevenzione, diagnosi e trattamento nei Servizi delle Dipendenze prevenzione, diagnosi e trattamento nei Servizi delle Dipendenze. Webinar FeDerSerD, 13 aprile 2026 43

Mission

ITALIAN QUARTERLY JOURNAL OF ADDICTION

L'agenda strategica dei lavori istituzionali dopo la VII Conferenza Nazionale sulle Dipendenze

La pubblicazione avvenuta a fine febbraio del Rapporto conclusivo della VII Conferenza Nazionale sulle Dipendenze rappresenta la tappa importante che tutto il sistema dei servizi stava attendendo; nel documento si afferma che l'evento è stato un passaggio istituzionale decisivo per ridefinire l'agenda strategica del Paese in risposta all'evoluzione dei fenomeni di dipendenza, sia da sostanze che comportamentali.

Gli otto tavoli tematici hanno coinvolto 150 esperti, che hanno individuato e condiviso oltre cento proposte, che sono state discusse e validate con le massime rappresentanze politiche nazionali e regionali nelle due giornate della Conferenza di Roma.

FeDerSerD era presente e ha dato un contributo significativo sia nei tavoli che nella discussione plenaria.

Il Rapporto conclusivo presenta gli esiti del percorso secondo una prospettiva di sintesi trasversale, delineando **cinque assi strategici**, che dovrebbero costituire le principali aree di lavoro nei prossimi anni:

1. **Rafforzare l'architettura istituzionale.** Introduzione di una regia multilivello più stabile e costituzione di Dipartimenti delle Dipendenze autonomi, in grado di garantire uniformità nell'accesso, nella qualità dei servizi e nell'attuazione dei LEA.
2. **Sviluppare la Disciplina delle Dipendenze.** Valorizzazione della specificità dell'area delle dipendenze attraverso una formazione dedicata, nuove competenze professionali e strumenti operativi comuni.
3. **Rendere strutturale la prevenzione precoce.** Superare interventi episodici e costruire politiche educative basate su evidenze grazie all'ingaggio di una solida comunità educante.
4. **Integrare stabilmente servizi sanitari, sociali e giudiziari.** Potenziamento dell'intercettazione precoce, continuità dei percorsi, interventi di prossimità e setting intermedi per rispondere ai bisogni di minori, giovani adulti e persone in misura detentiva.
5. **Costruire un sistema informativo nazionale interoperabile.** Condizione essenziale per programmare, monitorare e valutare percorsi ed esiti, garantendo trasparenza e qualità.

Inoltre, il Rapporto declina le azioni prioritarie da realizzare secondo due orizzonti temporali:

- **Craving, autoefficacia e frattura interiore nel disturbo da uso di alcol. Studio pilota sulle possibili correlazioni motivazionali in un campione di pazienti dei Ser.D.P dell'Emilia-Romagna**
Teo Vignoli, Elena Torbidoni
- **Scoping review dell'uso emergente della psilocibina nelle popolazioni adulte con disturbo da uso di alcol**
A. Mastrostefano, G. Greco, D. Daroui, N. Capretti, R. Gennari, F. Davini, T. Barlattani, F. Pacitti, S. Terracina
- **L'impalcatura genitoriale nei bambini con disturbi dello spettro feto-alcolico: la governance di una vasta gamma di deficit**
S. Marcelli, G. Pelusi, C. Borgognoni, C. Gatti, I. Baglioni, S. Liberati, G. D'Angelo

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno XII, n. 47

FrancoAngeli

Mission 73, Italian Quarterly Journal of Addiction, Doi: 10.3280/mis73-2026oa22221 1

Copyright © FrancoAngeli

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

Mission

Italian Quarterly Journal of Addiction

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

FrancoAngeli

ANNO XX, 2026 - N. 73

Fe Der Ser D

Editor in Chief

Alfio Lucchini, Milano

Scientific Board

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

Editorial Board

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

Editorial Office

CeRCo, Milano
tel. 3356612717
missionredazione@gmail.com

Proprietà: FeDerSerD

Sede legale

Piazza Carlo Stuparich 8, 20148 Milano

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

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

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

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

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

Chiuso in redazione il 10 marzo 2026

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>



A breve termine (12-18 mesi)

Tra le priorità: attivazione di cabine di regia regionali; definizione di linee di indirizzo nazionali su governance, disciplina delle dipendenze e modelli di presa in carico; ampliamento dei punti di accesso e dei percorsi specifici per minori e giovani adulti; sperimentazione dei cantieri di comunità educanti; avvio di studi pilota per interoperabilità e indicatori nazionali.

A medio termine (3-5 anni)

Obiettivi strutturali: piena operatività dei Dipartimenti delle Dipendenze autonomi; implementazione del sistema informativo nazionale; sviluppo di setting intermedi e interventi di prossimità; consolidamento della prevenzione territoriale; stabilizzazione di nuove figure professionali; potenziamento dei servizi per dipendenze digitali e gaming, rafforzamento della filiera carcere-territorio. Queste azioni prioritarie dovrebbero prevedere la costituzione a breve di Tavoli tecnici tematici nazionali, per garantire la continuità di lavoro, la multidisciplinarietà delle competenze e l'integrazione delle esperienze.

Il Sottosegretario Alfredo Mantovano, nel suo discorso finale, ha ribadito il ruolo del Dipartimento delle politiche contro la droga e le altre dipendenze, che è quello di "coordinamento, di sollecitazione, di condivisione, non di sostituzione. Questo vale anzitutto nel rapporto con le Regioni, e vale nel rapporto con le varie articolazioni del Governo nazionale. Ciò che mi impegno a fare, e che il Dipartimento si impegna a fare da subito, è far sì che questo confronto prosegua non soltanto con i Ministeri, ma anche con le Regioni. Credo infatti che su queste tematiche le 'gambe' del tavolo debbano essere tre: il Governo nazionale, le Regioni e le Province autonome, e la voce degli operatori che si è espressa in questa Conferenza".

La nostra società scientifica è in attesa quindi di riprendere l'impegnativo lavoro strategico, con l'auspicio che si riesca davvero a risolvere progressivamente le molte criticità che sono state condivise da tutto il sistema dei professionisti del settore.

Di positivo ci risulta che siano già iniziati i primi incontri interministeriali e con il gruppo tecnico interregionale per discutere:

- della disciplina delle dipendenze e delle nuove figure professionali da prevedere nelle dotazioni organiche dei servizi pubblici e del terzo settore accreditato;
- di linee guida nazionali in tema di diagnosi e certificazione della condizione di dipendenza per i soggetti detenuti che chiedono di beneficiare di misure alternative alla detenzione;
- di offerta di programmi terapeutico-riabilitativi di tipo residenziale nelle diverse regioni.

A seguito delle conclusioni della Conferenza nazionale è stato inoltre rivisto in alcuni passaggi il testo del Piano d'azione nazionale salute mentale (PANSM) prima della sua approvazione in Conferenza Stato regioni e province autonome, avvenuta alla fine di dicembre.

Di negativo segnaliamo che nei territori continua il processo di "smottamento" organizzativo del sistema integrato delle dipendenze, con l'adozione a livello regionale di Dipartimenti unici di Salute Mentale e Dipendenze, nonostante quanto stabilito in sede di Conferenza nazionale.

I Governatori regionali hanno partecipato attivamente alla Conferenza ed hanno condiviso le analisi dei professionisti e dei diversi stakeholders, ma non possiamo illuderci che questo basti per cambiare la governance regionale nel nostro settore.

Peggio ancora, continuano ad essere approvati Atti aziendali in deroga alle stesse disposizioni regionali, così che la disomogeneità organizzativa e di offerta di cure, identificata da tutti i gruppi di lavoro della Conferenza nazionale come la più grave criticità, assume caratteristiche intraregionali inammissibili da ogni punto di vista, che pregiudicano l'equità di trattamento dei cittadini. Certo non siamo così ingenui da credere che il superamento di una governance frammentaria ed incoerente tra il livello nazionale e quello regionale sia un obiettivo facile da raggiungere, ma vorremmo davvero sperare che la VII Conferenza Nazionale sulle Dipendenze rappresenti un passaggio istituzionale decisivo per ridefinire l'agenda strategica del Paese in risposta all'evoluzione dei fenomeni di dipendenza, sia da sostanze sia comportamentali.

Nella parte conclusiva del Rapporto si valorizza giustamente il patrimonio comune di analisi e di priorità individuato dal sistema nel suo complesso e si dichiara che questo patrimonio costituisce la base su cui costruire un percorso di sviluppo coerente, capace di sostenere un sistema delle dipendenze più equo, integrato e orientato ai bisogni reali delle persone e dei territori.

I professionisti, che sono quotidianamente impegnati ad ascoltare ed affrontare i bisogni sempre più complessi delle persone, chiedono coerenza, serietà e continuità di impegno e di responsabilità alle istituzioni, proprio per raggiungere gli obiettivi presenti nell'agenda strategica appena tratteggiata grazie alla Conferenza nazionale.

Inoltre il Piano d'azione nazionale sulle dipendenze (PAND) è scaduto nel 2025; il nuovo documento programmatico, che va aggiornato coinvolgendo il sistema integrato di intervento sulle dipendenze, non potrà non riprendere quanto già emerso dai lavori della Conferenza nazionale. Oltre agli impegni istituzionali, FeDerSerD per il 2026 ha predisposto un'agenda fitta di appuntamenti strategici, pensati per mantenere ai massimi livelli la qualità dell'offerta formativa, per sviluppare ulteriormente il lavoro scientifico e culturale dei gruppi tematici interni, per accogliere e valorizzare le nuove generazioni di colleghe e colleghi, per mettere a disposizione materiali scientifici ed approfondimenti relativi alle diverse forme di dipendenza ed alle pratiche professionali innovative.

Il Congresso nazionale si terrà quest'anno a Napoli, dal 14 al 16 ottobre, e sarà l'occasione per festeggiare insieme i 25 anni di FeDerSerD.

Il programma prevede come sempre sessioni scientifiche ricche di spunti tematici e con relatori qualificati, nonché la seconda edizione del premio "Traguardi e prospettive dei servizi delle dipendenze", in memoria di Guido Faillace.

Roberta Balestra, Presidente FeDerSerD

GL Pharma

Il tuo partner per prodotti farmaceutici di
prima classe



GL®Pharma

GOVERNARE LA COMPLESSITÀ

I SERVIZI PER LE DIPENDENZE TRA
INDIRIZZI ISTITUZIONALI,
EVIDENZE CLINICHE E BISOGNI EMERGENTI



NAPOLI

14 - 15 - 16

OTTOBRE

2026

Hotel Royal Continental

SAVE THE DATE

info

Il Congresso è accreditato ECM per le seguenti figure professionali del settore: **medico chirurgo** (tutte le specializzazioni), **psicologo**, **infermiere**, **farmacista**, **educatore professionale**, **tecnico della riabilitazione psichiatrica**, **assistente sanitario**, **biologo**.

Richiesto Accreditamento anche per **assistente sociale** secondo l'Ordine di riferimento.

Obiettivo formativo

n. 2 - Linee guida - protocolli - procedure

premio

**"Traguardi e prospettive dei Servizi
delle Dipendenze"**

In memoria di GUIDO FAILLACE

- seconda edizione -

Verranno premiati i 5 migliori lavori Abstract che valorizzeranno esperienze innovative e buone prassi nell'ambito della prevenzione e cura delle dipendenze, con una attenzione particolare ai lavori sottomessi da parte di professionisti Under 40

Ulteriori info su

congressonazionale.federserd.it

call for abstract

31 TOPICS preparatori e congressuali del XV Congresso Nazionale FeDerSerD. Gli autori avranno la possibilità di inviare gli abstract alla Segreteria Organizzativa tramite la procedura ONLINE disponibile sul sito del congresso

congressonazionale.federserd.it
www.federserd.it • www.expopoint.it
utilizzando l'apposito FORM ONLINE

Deadline per il ricevimento
Lunedì 14 Settembre 2026

PROGRAMMA
INFO CALL FOR ABSTRACT
MODALITÀ D'ISCRIZIONE



EXPPOINT
CONGRESSI • EVENTI • COMUNICAZIONE

federserd@expopoint.it | www.federserd.it | www.expopoint.it

Contaminazioni

Maurizio Fea

Cosa faresti da solo in una gabbia con solo cocaina?

Una filosofia della dipendenza (di Hanna Pickard)

Perché le persone con dipendenza usano droghe in modo autodistruttivo?

Perché non smettono per autocommiserazione?

Perché il topo nell'esperimento, solo in una gabbia, preme ripetutamente la leva per ottenere cocaina, fino a morire?

In questo libro rivoluzionario, *Hanna Pickard* propone un nuovo paradigma per comprendere l'enigma della dipendenza.

Per troppo tempo, il nostro pensiero è stato ostaggio di una falsa dicotomia: o la dipendenza è una malattia cerebrale, o è un fallimento morale.

Pickard sostiene che non è né l'una né l'altra cosa, e che entrambi i modelli soffocano la ricerca sulla dipendenza e deludono le persone che hanno bisogno di aiuto.

Attingendo alla sua esperienza di filosofa accademica e al suo lavoro clinico in una comunità terapeutica, *Pickard* esplora il significato delle droghe per le persone con dipendenza e i diversi fattori che le spingono a farne uso nonostante i costi.

Le persone usano droghe per affrontare la sofferenza, ma anche per autolesionarsi o persino per morire.

Alcuni si identificano come "tossicodipendenti", mentre altri negano o lottano con il desiderio e l'autocontrollo.

Le circostanze sociali, culturali ed economiche sono cruciali per spiegare la dipendenza, ma anche la patologia cerebrale può avere un ruolo.

Integrando la scienza delle dipendenze con la filosofia, la pratica clinica, la psicologia e le voci delle persone stesse con dipendenza, *Pickard* mostra perché non esiste una teoria o un'etica della dipendenza che vada bene per tutti.

Il risultato è un paradigma eterogeneo e umanistico per la comprensione e il trattamento della dipendenza, e un nuovo modo di pensare alla responsa-

bilità, alla colpa e alle relazioni con le persone che fanno uso di droghe.

Fin qui le considerazioni di *Pickard*, ora proviamo ad estenderle anche alle cosiddette dipendenze comportamentali, ovvero a quelle forme dove responsabilità e colpa assumono altre connotazioni rispetto all'uso di droghe, pur venendo collocate nell'ambito delle malattie o del fallimento morale, con interpretazioni per aderire ad analogie neurobiologiche, sulle quali è incardinato il paradigma interpretativo dicotomico: se non è malattia (accettabile sia per i medici che per le persone interessate) allora è debolezza morale, da correggere con un lavoro individuale.

Serve uno sguardo alle circostanze che alimentano questi comportamenti, non per attenuare il peso della responsabilità individuale nella decisione di scelta, ma per dare la parte di responsabilità che compete alla organizzazione sociale ed al modello di sviluppo economico che non vengono quasi mai chiamati in causa e meno che mai ritenuti corresponsabili o indotti a modificare le regole del profitto.

Si auspica attenzione e assunzione di impegno culturale a ragionare su paradigmi abbastanza obsoleti, uscendo dall'angusta visuale che regge il sistema della cura.

What Would You Do Alone in a Cage with Nothing but Cocaine? A Philosophy of Addiction

ISBN: 9780691253534 Published (US): Jan 6, 2026 Published (UK): Mar 3, 2026 Princeton University Press.

La Finestra dei consumatori

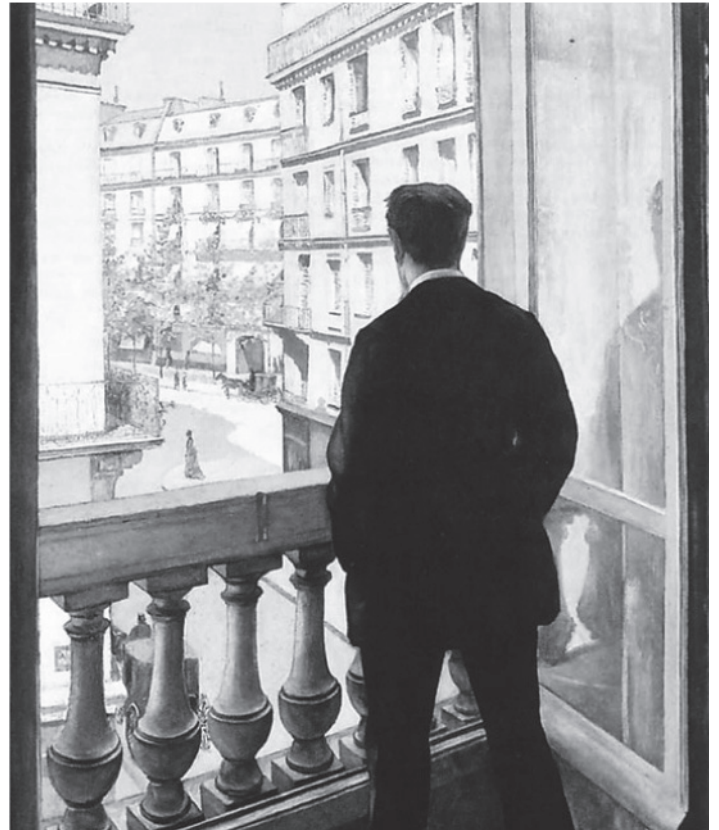
Questa rubrica è uno spazio riservato ai contributi, alle osservazioni, alle storie narrate in prima persona da chi si è trovato a frequentare i servizi per le dipendenze a causa dei propri problemi di salute, o ai loro familiari.

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

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

Vorrei contare le cicatrici che ho qui sul mio corpo
 A partire dalla faccia e al resto del busto
 Cicatrici che non lasciano spazio a una vita tranquilla
 E mi ricordano momenti di gioia e momenti di sconforto
 Non è un dolore vero e proprio
 Però è un rammarico per cui ricordare fa male.
 Ricordo quante scuse che ho inventato per fuggire
 Per darmi una giustificazione
 Per nascondermi con la fuga
 Sì, sono fuggito ma ogni volta nella maniera sbagliata
 Perché sono sparito
 Prima di tutto da me
 Dimenticandomi che esisto anch'io
 Io che sono un essere vivente
 Che a torto o a ragione
 Comunque si è sempre sforzato di vivere
 Ed è sopravvissuto ai mali che gli hanno attraversato la strada
 Questa vita che non ho vissuto
 Ma è lei che ha vissuto me
 Guarda quella persona che vedi davanti
 Allo specchio
 Cerca di capire che quella persona
 Ha bisogno di te
 Per sentirsi vera e viva
 Non importa quanto amore le dai
 Ma dalle tutto l'amore che puoi
 Perché quella persona
 Ha bisogno di te
 Guarda quelle persone accanto a te
 Forse hanno bisogno di una mano amica
 Una mano amica come la tua
 Per accompagnarvi nel viaggio della vita
 Guardati allo specchio
 E allora si vedrai
 In quegli occhi lì davanti
 Che di dolore ne ha vissuti tanti
 Non vedrai un alcolista perduto
 vedrai un alcolista ritrovato
 Dopo aver sofferto
 Tutti gli errori del passato

Ora vi dirò una poesia che ha scritto un amico
 La poesia si chiama
 MURO DI VETRO
 C'è un muro di vetro che ci separa
 Una storia milioni di storie
 Un solo pensiero in mente
 Un profondo sentimento
 Amore o disprezzo acuto
 Ma un benessere superficiale
 Un dolore lancinante
 Un grido un pianto
 Ma fuori un sorriso



Falso come un trucco
 Ma vero come sei tu
 Che credi di aver perso tutto
 La tua stima i tuoi valori Il tuo io i tuoi amori
 Come te noi siamo tanti
 Uguali a te uguali a noi
 Amorevoli sensibili e pronti
 A schiuderci a una nuova realtà
 Nascosta nei nostri anfratti
 Ma viva dentro noi
 Pronta a pulsare
 Per poi esplodere di vita intensa
 Non credere di esser solo
 Crediti ascoltati capisciti
 La nostra mano è calda e tesa
 Pronta ad afferrare la tua
 Per sentirla forte e sicura
 Pronta ad afferrarne un'altra
 E un'altra ancora e formare Un cerchio Immenso e solidale
 Dove noi che abbiamo sofferto
 Possiamo riabbracciare il mondo
 Non aver timore siamo molti
 Tutti come te e siamo tanti
 Se sposti la bottiglia
 Ci vedrai qui davanti.....
 Adesso ascoltate me
 Io non sono una persona come voi
 Io sono una persona come NOI
 Compagni di viaggio sì
 Compagni di coraggio
 Un viaggio di consapevolezza
 Che lentamente dissolve l'amarrezza Cacciando via la tristezza
 Quando capisci che il migliore amico di te Sei tu stesso
 Sì quello davanti allo specchio

Pierino Bouquet
 Alcolologia - ASUGI Trieste

Poetry Corner/Rubrica di poesia

Enzo Lamartora

Dimitri Milleri nasce a Bibbiena nel 1995. Le sue poesie sono presenti nelle antologie *Poeti nati negli anni '80 e '90* (Interno Poesia 2019), *Abitare la parola* (Ladolfi 2019) e *IV repertorio di poesia contemporanea* (Arcipelago Itaca, 2020) e in vari lit-blog e siti online, tra cui Perigeion, Succedeoggi, Interno Poesia, YAWP, Inverso. Alcune sue traduzioni da *Ocean Vuong* sono apparse sul sito di Nuovi Argomenti. Vincitore della XVI edizione del premio A.V. Reali (sez. giovani), è risultato fra i segnalati al premio Montano con la silloge *Sistemi*, pubblicata a febbraio 2020 per Interno Poesia.

Da *Sistemi* (Interno Poesia, 2020)

Quando si abita il panico, lo sgomento,
 nulla può essere pensato né agito:
 la salvezza o l'abisso calano
 inattesi come il bus invisibile
 che traghetta a casa.
 Nulla può essere pensato né agito:
 suona la campana sugli arti mozzi
 delle siepi, sul vento gelido,
 sul compost svuotato, ci arresta
 sui tris tracciati col gesso:
 le cicatrici della pietra.
 E quando ti chiedono – l'occhio vuoto,
 le labbra secche,
 la palpebra sfogliata –
 che cosa hai mai, lo sai:
 sai che non vogliono davvero,
 che un crimine sarebbe dire.
 Quando si abita il panico, lo sgomento,
 non si comprende il pianto dei parenti
 sul trapassato,
 come il dolore dentro un inciso.
Death shall have no dominion.

*

L'ipermnesia colpisce prima il cuore,
 le statue degli affetti come fiori
 finti nei cimiteri
 le miniature esatte del vissuto.
 Si perde il filo, tanto è quel nitore:
 si dice mucchio di spire
 che un corpo fa dormendo
 terra magra,
 rosso degli occhi chiusi.
 Eppure, guardala nel troppo dei ricordi
 la matassa di nomi battuti a pioggia, la spranga
 ferruginosa, la data, la ricorrenza
 che il disperdono fisso non arretra.

*

Sembrare immacolato era la sola tua ossessione:
 un sistematico celare che in eterno
 dovevi rinnovare e deperiva.

Gli utensili severi della cella frigorifera
 si offrono più volte di sottrarti
 una sezione di falange – mai di più,
 come in un tradimento controllato.
 Sapevi del corpo, come un diamante,
 giocato tutto sulla sottrazione,
 ma almeno trova il modo di scordarti
 se non di perdonarti, di scordarti
 l'amputazione.

*

Tavole nere, un'araldica
 fissa sul segno meno, un giustapporsi
 di cuspidi contrarie, come sai.
 Geni monotoni, che poi significa
 magre combinazioni.
 E se anche non chiedessi niente, il corpo
 abbarbicato in dure geometrie,
 sarebbe già messaggio –
 e quanto costi trovare i pigmenti
 in questo nero davvero non so
 se tu lo sappia o meno,
 né so cosa sperare
 "ho imparato
 come i pronomi si confondano in un rito
 che non si dà deviare".
 (la frase mulinata per sentire
 se l'ansia di servirti non coincida
 col peso da fuggire)

*

Corrispondenze? Certo, come ieri:
 dall'aula quattro si sentiva esatta
 l'intonazione in limonaia del fagotto
 con l'eco di una sega circolare.
 Però la nostra è una vita che approssima
 nel più dei giorni
 come i rastrellamenti.
 E quando accade, quando
 l'aspettativa prende posto nel reale,
 è sempre un terzo, vedi, a rivelarlo,
 restando escluso dal miracolo non meno
 di chi lo vive senza nominarlo.

📄 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 metodologia Lean nella transizione al metadone compresse: il ruolo dell'infermiere nell'esperienza del Ser.D. presso l'ASST Papa Giovanni XXIII - Bergamo

Andrea Corbetta*, Elisa Banelli**, Serena De Cristofaro***, Isabella Mani***, Ester Bianchi***, Marta Vaiarini****, Simonetta Rovaris*****, Alessandra Pagani°, Cristina Caldara°, Simonetta Cesa°, Marco Riglietta°°°

Riassunto

■ **Introduzione.** L'introduzione del metadone compresse nel Ser.D. (ASSTPG23) ha rappresentato un'importante innovazione terapeutica nella gestione del disturbo da uso di oppioidi, richiedendo una revisione dei processi secondo i principi del Lean Management. Obiettivo del presente case report è descrivere il percorso di transizione alla nuova formulazione, analizzandone l'impatto organizzativo con attenzione al ruolo strategico dell'infermiere.

Metodi. Il percorso è stato articolato in tre fasi: definizione del ring e analisi del contesto; mappatura dei processi per individuare criticità e aree di miglioramento, applicazione dei principi Lean e successiva standardizzazione dei protocolli di gestione del farmaco. Gli infermieri hanno rivestito un ruolo chiave, presidiando le fasi sul piano progettuale, organizzativo e operativo, in sinergia con l'équipe multidisciplinare.

Risultati. La transizione ha ridotto i tempi di preparazione e somministrazione. La gestione logistica è stata ottimizzata (capacità di carico ↑71%, ordini ↓46%) garantendo scorte adeguate, assenza di sprechi, tracciabilità e appropriatezza. L'adesione al farmaco è risultata elevata con graduale incremento delle persone trattate (23 nel 2023, 54 nel 2024, 90 a metà 2025).

Conclusioni. La transizione ha rappresentato un cambiamento organizzativo rilevante, reso efficace dall'applicazione dei principi Lean. La leadership infermieristica è stata determinante per strutturare e consolidare il cambiamento, garantire continuità e qualità del percorso terapeutico. ■

Parole chiave: Lean Management, Metadone compresse, Ser.D., Leadership infermieristica, Riorganizzazione dei processi.

Summary

■ **Introduction.** The introduction of methadone tablets at the Addiction Service (Ser.D.) of ASST PG23 represented a major therapeutic innovation in the management of opioid use disorder, requiring a reorganization based on Lean Management principles. The aim of this case report is to describe the transition to the new formulation, analyzing its organizational impact with specific attention to the strategic role of nurses.

Methods. The process was structured into three phases: definition of the intervention scope and context analysis; process mapping to identify critical issues and improvement areas; application of Lean principles followed by the standardization of drug management protocols. Nurses played a key role, overseeing the phases from a planning, organizational, and operational perspective, in synergy with the multidisciplinary team.

Results. The transition reduced preparation and administration times. Logistical management was optimized (storage capacity ↑71%, orders ↓46%), ensuring adequate stock levels, absence of waste, traceability, and appropriateness. Adherence to treatment was high, with a gradual increase in treated patients (23 in 2023, 54 in 2024, 90 by mid-2025).

Conclusions. The transition represented a significant organizational change, effectively supported by the application of Lean principles. Nursing leadership was crucial to structure and consolidate the change, ensuring continuity and quality of the therapeutic pathway. ■

Keywords: Lean Methodology, Methadone tablets, Addiction Service, Nursing leadership, Healthcare process organization.

Articolo sottomesso: 22/09/2025, accettato: 14/10/2025

* Coordinatore Infermieristico SS Ser.D. Bergamo, SC Dipendenze, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo.

** Responsabile Progettazione, formazione e sviluppo, SC Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo.

*** Infermiere, SS Ser.D. Bergamo, SC Dipendenze, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo.

**** Referente Qualità SC Dipendenze, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo.

***** Responsabile Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, SC Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo.

° Farmacista, SC Farmacia, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo.

°° Direttore f.f. SC Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociali, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo

°°° Direttore Socio Sanitario, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo.

°°°° Direttore SC Dipendenze, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo.

Introduzione

Il disturbo da uso di sostanze (DUS) rappresenta una condizione medica trattabile, cronica caratterizzata da un consumo problematico di sostanze che porta ad un disagio o alterato funzionamento clinicamente significativo (DSM-5-TR, 2022). Tale disturbo configura una condizione patologica complessa, il cui sviluppo è il risultato dell'interazione di fattori biologici, psicologici e sociali. I suoi effetti si riflettono pesantemente sulla salute pubblica e determinano elevati costi sanitari e sociali, compromettendo in maniera significativa la qualità di vita delle persone, delle loro famiglie e dell'intera collettività, anche in termini di produttività e integrazione socio-lavorativa (American Society of Addiction Medicine, 2020).

In particolare, il disturbo da uso di oppioidi (DUO) è definito come una patologia cerebrale cronica e recidivante che influenza i sistemi motivazionali, cognitivi e inibitori. Le sue manifestazioni, variabili per gravità, sono state formalizzate nei criteri diagnostici del DSM-5, raggruppabili in 4 cluster: perdita del controllo sulla sostanza, compromissione sociale, uso rischioso e criteri farmacologici (tolleranza ed astinenza). Le basi neurobiologiche del DUO comprendono principalmente l'attivazione dei recettori μ , implicati nel rilascio di sostanze come la dopamina e la noradrenalina, la cui alterazione è responsabile sia dell'effetto euforico che del quadro sintomatologico dell'astinenza. Tali alterazioni determinano cambiamenti cerebrali strutturali e funzionali a lungo termine, consolidando il comportamento di dipendenza.

Il trattamento del DUS, e in particolare del DUO, richiede approcci terapeutici e modelli assistenziali integrati e personalizzati. In tale contesto, i servizi per le dipendenze (Ser.D.) operano con équipe multidisciplinari composte da medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, educatori e tecnici della riabilitazione psichiatrica supportati da personale amministrativo. Il loro ruolo non si limita alla valutazione clinica e terapeutica, ma include anche funzioni di supervisione interna e supporto emotivo interprofessionale garantendo una presa in carico globale e continuativa del paziente. Negli ultimi anni, si è assistito a una progressiva evoluzione del concetto stesso di trattamento, orientato verso una visione olistica che integra l'efficacia dell'intervento con l'impatto sulla vita quotidiana del paziente, la sua adesione al percorso terapeutico e la soddisfazione soggettiva (Ali Al-Shemali *et al.*, 2024).

In tale quadro, l'introduzione del metadone in compresse, stabilito da nota AIFA pubblicata in Gazzetta Ufficiale del 9 agosto 2023, ha rappresentato un'importante innovazione nei programmi di mantenimento per la dipendenza da oppioidi (Consoli *et al.*, 2021).

Tale formulazione è stata progettata per migliorare l'accettabilità del trattamento, riducendo lo stigma associato all'assunzione della formulazione liquida; inoltre, facilita la conservazione e la gestione logistica. L'introduzione di questa nuova modalità di somministrazione è stata accompagnata da un piano di gestione del rischio (RMP), finalizzato a minimizzare il rischio di abuso, diversione,

uso improprio (come l'iniezione), overdose accidentale, intossicazione pediatrica e diffusione nel mercato illegale (Boucherie *et al.*, 2015; Riglietta *et al.*, 2019).

Tale cambiamento ha implicato una revisione organizzativa significativa all'interno dei Ser.D., impattando in maniera diretta sulle attività infermieristiche, sui protocolli di somministrazione e sui sistemi di sicurezza (Yakovenko *et al.*, 2024). Nel contesto del SerD dell'ASST Papa Giovanni XXIII (Bergamo), tale transizione è stata pianificata e attuata secondo i principi della Lean Management, un modello organizzativo di derivazione industriale sempre più applicato anche in ambito sanitario, orientato alla creazione di valore per l'utente attraverso la semplificazione dei processi, la riduzione degli sprechi e l'incremento dell'efficienza.

La filosofia Lean si fonda sull'ottimizzazione delle risorse e sull'identificazione sistematica di tutte le attività che non producono valore aggiunto, al fine di eliminarle o ridurle. In ambito sanitario, questo approccio si traduce nella riorganizzazione dei processi assistenziali per migliorare la qualità dei servizi, aumentare la sicurezza e rafforzare la centralità del paziente. All'interno del Ser.D., l'applicazione della metodologia Lean ha permesso di affrontare la transizione farmacologica con maggiore consapevolezza organizzativa, promuovendo una gestione più reattiva e orientata al miglioramento continuo.

In questo contesto, il ruolo dell'infermiere si è rivelato determinante, in quanto figura chiave nella gestione operativa del cambiamento. Gli infermieri sono stati coinvolti nell'applicazione dei nuovi protocolli di somministrazione e nelle misure di sicurezza, ma anche nei processi di valutazione, comunicazione e coordinamento interdisciplinare. Particolare rilievo assumono quindi le competenze di leadership, la capacità di lavorare in équipe, la comunicazione efficace e l'aggiornamento professionale continuo.

La complessità del cambiamento ha richiesto inoltre l'adozione di strumenti analitici a supporto della governance clinica. Tra questi, il diagramma di Ishikawa e l'analisi SWOT si sono dimostrati validi per identificare le cause profonde delle criticità emerse, analizzare le dinamiche organizzative e delineare strategie di miglioramento sostenibili e coerenti con i principi Lean.

L'obiettivo del presente case-report è descrivere il processo di transizione alla nuova formulazione farmacologica all'interno dei Ser.D., analizzandolo nel contesto organizzativo aziendale e ponendo particolare attenzione al ruolo strategico dell'infermiere.

Analisi del contesto

Presso il Ser.D. dell'ASST Papa Giovanni XXIII, l'introduzione della formulazione in compresse del metadone ha comportato una sostanziale riorganizzazione del processo assistenziale. La transizione dalla formulazione liquida a quella solida ha sollevato diverse criticità operative, tra cui la necessità di riprogrammare l'attività infermieristica

ambulatoriale connessa alla distribuzione del farmaco, l'incremento della complessità gestionale dovuto alla presenza di differenti dosaggi, nonché la necessaria riorganizzazione logistica degli spazi destinati allo stoccaggio dei medicinali. Ulteriori rischi sono stati associati alla gestione domiciliare della nuova formulazione da parte dei pazienti.

Alla luce di tali cambiamenti, si è reso necessario definire obiettivi specifici finalizzati alla ristrutturazione del processo di gestione del metadone nell'intento di eliminare attività non a valore. Tale processo si è basato su una pianificazione e un controllo accurati delle operazioni relative alla gestione dei farmaci stupefacenti, con l'obiettivo di implementare un sistema in grado di generare valore in termini di efficienza e sicurezza.

Dal punto di vista clinico-assistenziale, i principali obiettivi per l'utenza comprendono la "destigmatizzazione", ovvero la riduzione dello stigma associato al trattamento farmacologico attraverso una formulazione più discreta e accettabile. La nuova configurazione consente inoltre una maggiore personalizzazione del trattamento, una somministrazione più flessibile e una riduzione dei tempi di attesa presso l'ambulatorio. Tra gli ulteriori vantaggi, la maggiore maneggevolezza e facilità di trasporto del farmaco contribuiscono a rafforzare l'autonomia del paziente e l'adesione al trattamento.

Sul versante organizzativo e professionale, l'introduzione della formulazione in compresse mira a ottimizzare i processi di gestione, trasporto, stoccaggio e conservazione del metadone, con una conseguente riduzione dei costi operativi e dei tempi di gestione del trattamento. La riorganizzazione si propone inoltre di razionalizzare l'utilizzo dei materiali, standardizzare il processo di distribuzione e somministrazione e incrementare di conseguenza l'efficienza complessiva del servizio.

Materiali e metodi

Al fine di analizzare in maniera sistematica il processo oggetto di revisione e affrontare efficacemente le criticità emergenti, è stato intrapreso un percorso metodologico strutturato, articolato in diverse fasi operative definite "attività chiave". L'obiettivo principale è stato quello di identificare problematiche attuali e potenziali, con particolare attenzione agli aspetti organizzativi e ai ruoli professionali coinvolti, al fine di implementare soluzioni in grado di garantire elevati livelli di qualità e sicurezza dell'intervento.

Fase 1 - Definizione del gruppo di lavoro e del ring di intervento

Per giungere alla compilazione dettagliata dell'analisi SWOT e del diagramma di Ishikawa, è stato fondamentale il coinvolgimento di un gruppo di lavoro multidisciplinare, già operativo all'interno del servizio e consolidato attraverso lo spazio settimanale denominato *team work*. Per definire in maniera chiara il ring di intervento e i processi che lo interessano, il gruppo ha condotto un'indagine esplorativa volta a raccogliere osservazioni, dubbi e suggerimenti attraverso sessioni di *brainstorming* e momenti di confronto strutturato. Il lavoro di *équipe* ha rappresentato un elemento imprescindibile per un'analisi approfondita e condivisa delle criticità e delle opportunità, permettendo di integrare competenze diverse e punti di vista complementari. Tale approccio collaborativo ha consentito di identificare in modo puntuale le aree di intervento prioritarie e di elaborare soluzioni operative efficaci, in linea con i principi del Lean Management adottati nel percorso di transizione.

Fase 2 - Mappatura dei processi

Nel contesto dei servizi per le dipendenze, l'applicazione di strumenti di analisi manageriale si è rivelata partico-

Fig. 1 - SWOT Analysis Diagram

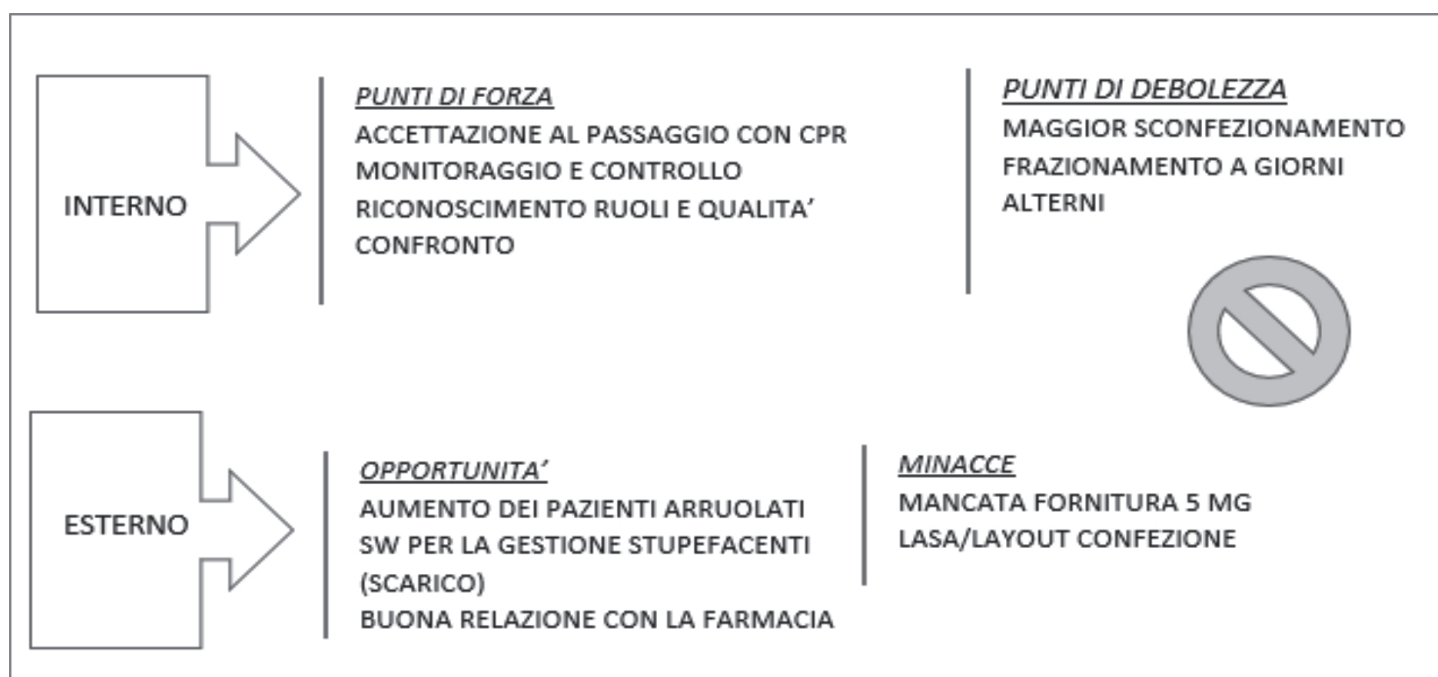
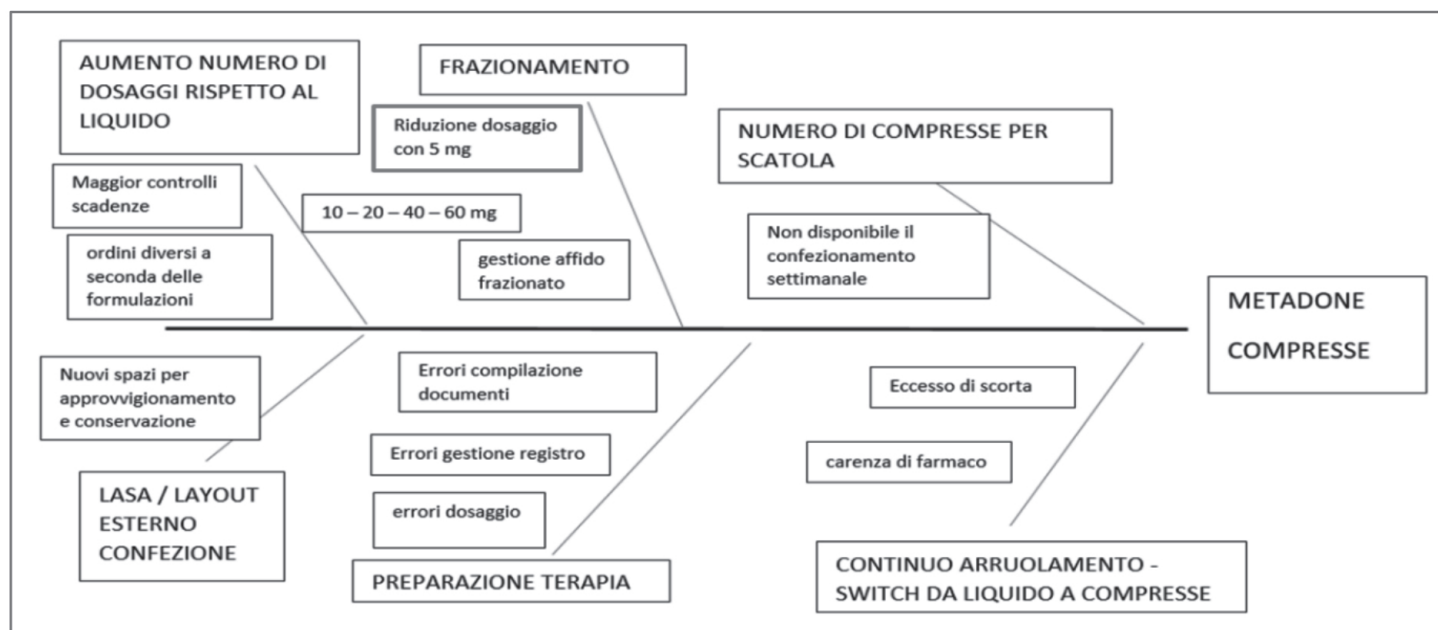


Fig. 2 - Diagramma di Ishikawa



larmente utile per supportare la definizione di strategie operative e il miglioramento continuo dei processi assistenziali. A tal fine, sono stati adottati due strumenti metodologici complementari: l'analisi SWOT (Figura 1) e il diagramma di Ishikawa (Figura 2) (Calamandrei et al., 2025).

L'analisi SWOT (Figura 1) ha permesso di condurre una valutazione critica del nuovo modello di gestione del metadone in compresse, evidenziandone punti di forza, criticità, opportunità e potenziali minacce. Tra i punti di forza sono emersi la positiva accettazione da parte di operatori e pazienti, una maggiore tracciabilità del trattamento e una più chiara attribuzione delle responsabilità. Le principali criticità rilevate includono la necessità di frazionamento posologico e sconfezionamento del farmaco, fattori che possono generare variabilità operativa e incrementare il rischio di errore. Le opportunità identificate riguardano l'ampliamento dell'accesso al trattamento e l'ottimizzazione dei rapporti con altri servizi coinvolti nel processo quali la farmacia. Tuttavia, sono state evidenziate minacce legate alla discontinuità nella disponibilità di determinati dosaggi e al rischio LASA (*Look-Alike/Sound-Alike*) associato alla somiglianza tra le confezioni.

Parallelamente, l'impiego del diagramma di Ishikawa, personalizzato per il servizio, ha consentito un'analisi approfondita delle cause alla base di alcune criticità operative, quali la gestione degli affidamenti parziali, l'adeguamento degli spazi di stoccaggio e le difficoltà nella preparazione e somministrazione del farmaco. Questo strumento ha fornito una base oggettiva per la progettazione di interventi correttivi. In particolare, ha contribuito a identificare con maggiore precisione le aree a rischio nella fase di dispensazione e nella gestione dei registri terapeutici, promuovendo una cultura della sicurezza fondata sull'analisi sistemica dei processi.

Una fase successiva ha previsto l'applicazione dei principi Lean alle attività quotidiane, con l'obiettivo di distinguere tra operazioni a valore aggiunto e non. Tale analisi ha permesso di ottimizzare il processo, riducendo azioni ridondanti e incrementando l'efficienza complessiva.

Fase 3 - Applicazione del metodo delle 5 S (5 S's)

Al fine di realizzare il cambiamento in maniera strutturata e sicura è stato implementato un approccio proprio della metodologia Lean volto a sistematizzare e organizzare l'ambiente di lavoro, con l'obiettivo di migliorare l'efficienza, la sicurezza e la produttività. Tale metodologia prevede l'implementazione di 5 azioni sistematiche:

1. Separare (*Seiri*): separare ciò che non serve e non è funzionale all'attività. Alla luce dei risultati delle fasi precedenti che hanno permesso di mappare i flussi e definire le attività non a valore, è stato possibile procedere all'eliminazione di ciò che non era più ritenuto utile al processo. Il cambiamento della formulazione farmacologica ha messo in evidenza le attività organizzativo-gestionali e logistiche non più a valore, permettendo di rivedere l'impiego delle risorse umane e materiali e del tempo/lavoro associato.
2. Sistemare (*Seiton*): mettere in ordine tutto ciò che è utile predisponendolo in modo da agevolarne l'identificazione e l'utilizzo. Il magazzino adibito allo stoccaggio farmacologico è stato riorganizzato al fine di garantire appropriati spazi per lo stoccaggio, categorizzazione e differenziazioni delle differenti posologie, separazione da altre formulazioni;
3. Splendere (*Seiso*): mantenere l'ambiente di lavoro in ordine. La nuova struttura è stata mantenuta nel tempo, seguendo con rigore la nuova logica di riorganizzazione implementata al fine di garantire la corretta gestione

del processo di carico/scarico dello stupefacente, il corretto stoccaggio ed infine l'appropriatezza delle scorte secondo il fabbisogno del bacino d'utenza preso in carico;

4. Standardizzare (*Seiketsu*): standardizzare e diffondere a tutta l'équipe coinvolta le nuove modalità operative. I cambiamenti sono stati resi stabili da un processo di standardizzazione volto a ridurre la variabilità e favorire omogeneità di intervento all'interno dell'équipe. Per consolidare il nuovo assetto organizzativo, è stata redatta e condivisa un'istruzione operativa tra i presidi SerD Bergamo e SerD Carcere. Il documento definisce in modo dettagliato le modalità e le tempistiche relative all'approvvigionamento, conservazione e gestione dei farmaci contenenti sostanze stupefacenti e psicotrope, con particolare attenzione alla tracciabilità e alla prevenzione delle non conformità. Tra gli elementi salienti si evidenzia l'introduzione del concetto di autonomia del farmaco, inteso come un periodo minimo garantito di copertura terapeutica (stimato tra sei e otto settimane), con giacenze minime obbligatorie calcolate in funzione del consumo storico e previsto.
5. Sostenere (*Shitsuke*): mantenere gli standard. La gradualità del cambiamento ed il mantenimento di un approccio volto al miglioramento continuo ha abbattuto le resistenze e garantito aderenza di tutta l'équipe al nuovo protocollo.

Il ruolo dell'infermiere nel processo di riorganizzazione

In questo contesto, la figura infermieristica assume un ruolo strategico non solo nella gestione del farmaco, nella compilazione e nel controllo del registro terapeutico, ma anche nella prevenzione degli errori in fase di somministrazione e nella garanzia della continuità assistenziale. L'infermiere è coinvolto attivamente nel monitoraggio e nella valutazione dell'intero processo terapeutico, contribuendo in modo sostanziale alla qualità e alla sicurezza del percorso clinico-assistenziale.

A partire da marzo 2023, l'introduzione della formulazione in compresse del metadone ha rappresentato un'importante occasione di confronto professionale all'interno di uno spazio strutturato denominato team work, un momento già consolidato nel planning settimanale del servizio. Questo spazio, dedicato al confronto e all'aggiornamento continuo su tutte le tematiche inerenti all'attività del SerD, permette al gruppo infermieristico di discutere regolarmente sia delle novità terapeutiche, sia delle altre questioni operative e cliniche emergenti. Nel contesto del team work, gli infermieri si confrontano tra loro e con il coordinatore per valutare le modalità di gestione delle innovazioni terapeutiche e per garantire un percorso di cura condiviso e di qualità per il paziente. In particolare, la fase iniziale di introduzione del metadone in compresse ha comportato numerose criticità, sia di natura tecnica che

organizzativa, legate alla somministrazione, al dosaggio e alla compliance dei pazienti. Questi aspetti sono stati affrontati attraverso un confronto costante e costruttivo, che ha permesso di individuare soluzioni condivise, migliorare le procedure e consolidare la sicurezza dell'intero processo terapeutico.

Risultati

La transizione del metadone dalla formulazione liquida a quella in compresse ha comportato una significativa riduzione dei tempi complessivi richiesti per la preparazione e la somministrazione del farmaco. In particolare, è stato possibile eliminare le attività prive di valore aggiunto precedentemente necessarie per la preparazione e dispensazione della formulazione liquida, con ricadute positive in termini di efficienza operativa e qualità dell'interazione con l'utenza.

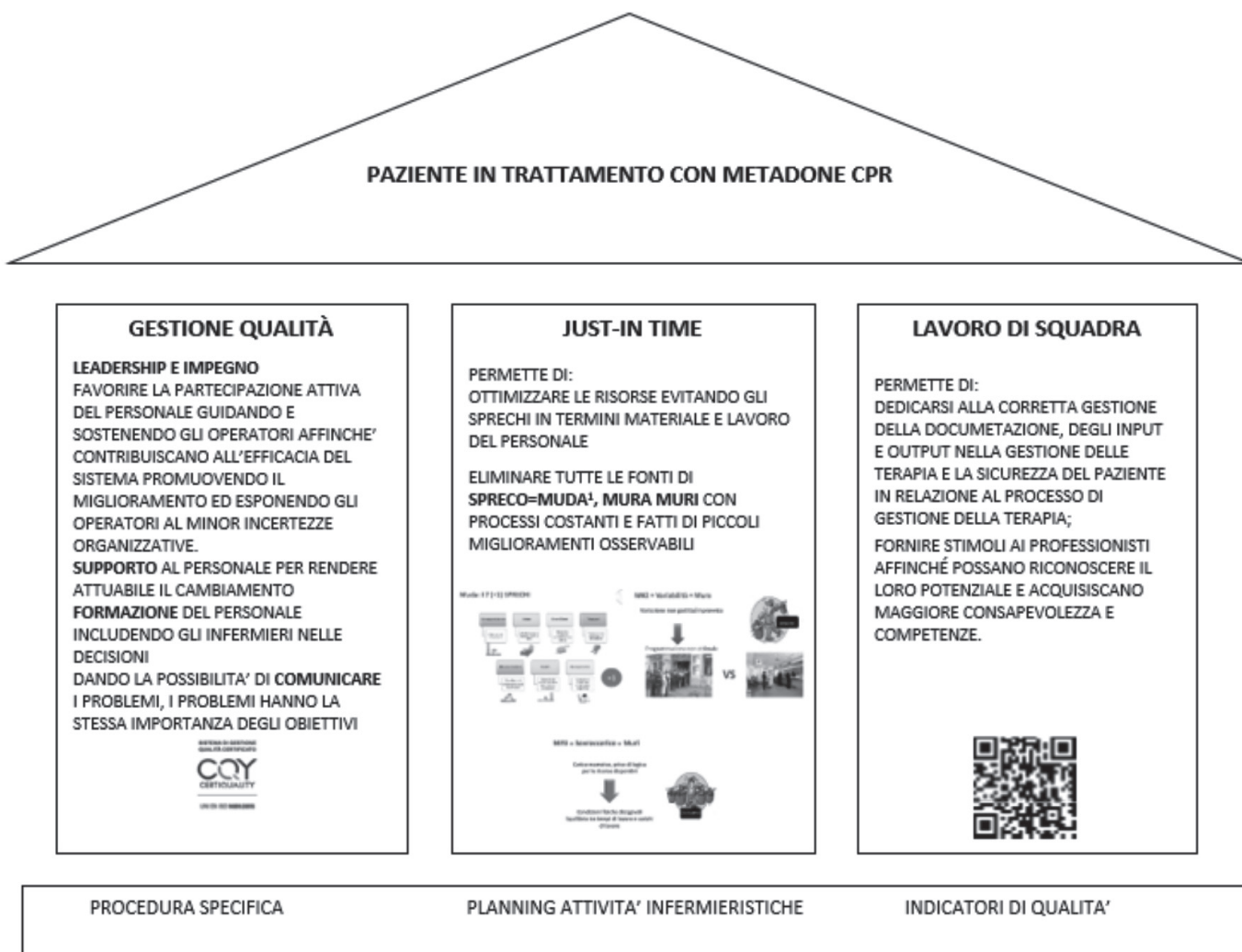
Il numero di utenti arruolati nel trattamento ha mostrato un incremento rilevante, passando da 23 nel 2023 a 54 nel 2024 (+134%) e 90 a giugno del 2025 (+67%). Tale incremento suggerisce un miglioramento dell'accessibilità e una maggiore accettazione del nuovo regime terapeutico da parte degli utenti; inoltre, il supporto degli infermieri, che osservano direttamente l'impatto positivo sulle condizioni dei pazienti, rappresenta un elemento chiave per favorire l'adozione del passaggio alle compresse. Il consolidamento e il miglioramento graduale dei processi promuovono negli infermieri una gestione efficace e consapevole del cambiamento.

Contestualmente, si è osservata una rimodulazione dell'attività infermieristica relativa all'approvvigionamento del farmaco. In particolare, analizzando i dati del 2024 si è registrato un incremento del 71% nella capacità di carico complessivo disponibile, correlato ad una riduzione del 46% del numero di ordini effettuati. Questo andamento indica un miglioramento dell'efficienza nella gestione logistica, orientato all'ottimizzazione delle scorte: è stato adottato un modello di approvvigionamento caratterizzato da una minore frequenza degli ordini, ma con quantitativi maggiori, riducendo così il rischio di accumuli e la produzione di documentazione superflua.

La gestione del magazzino e dei farmaci è risultata appropriata. La tracciabilità del carico e dello scarico è stata garantita in modo conforme alle normative vigenti, e le scorte sono state mantenute in linea con il fabbisogno effettivo. In particolare, non sono emerse carenze né eccedenze significative, non si è resa necessaria l'eliminazione di farmaci in scadenza o inutilizzati e non sono stati segnalati eventi avversi correlati alla gestione del farmaco. Inoltre, la riorganizzazione funzionale del magazzino ha contribuito a migliorare la sicurezza e la qualità complessiva del processo distributivo.

Il processo di riorganizzazione realizzato è rappresentato dall'immagine che rappresenta in modo simbolico i principi del Lean Healthcare (Figura 3), adattato all'ambito

Fig. 3 - Casa Lean



clinico-organizzativo. Questa struttura riflette concretamente le necessità di un sistema sanitario stabile, efficiente e centrato sul paziente, e si compone di tre elementi fondamentali: fondamenta, pilastri e tetto.

Alla base vi è la stabilità dei processi, garantita dalla standardizzazione delle procedure chiare e condivise – supportate da strumenti organizzativi come la matrice delle responsabilità, la pianificazione delle attività e l'uso di indicatori di qualità – riducendo la variabilità operativa, migliorando la sicurezza e favorendo l'introduzione di nuovi protocolli.

Le fondamenta sono caratterizzate da attività di pianificazione, standardizzazione, sicurezza e qualità, si modella, da qui, un approccio basato su tre pilastri fondamentali:

1. Sistema di gestione della qualità: approccio sistematico che favorisce la partecipazione attiva del personale guidando e sostenendo gli operatori affinché contribuiscano all'efficacia e all'evoluzione del sistema, attraverso una leadership distribuita, formazione continua e ambienti in cui la comunicazione e la gestione del cambiamento sono valorizzate.

2. Logica just-in-time: permette di ottimizzare le risorse evitando sprechi in termini di risorse materiali e umane. Tale logica ha permesso di ridurre le quantità in eccesso, limitando le attività di controllo e smaltimento, migliorare l'organizzazione del magazzino e la tracciabilità della documentazione, applicare il concetto di piccoli miglioramenti osservabili, che nel tempo contribuiscono alla trasformazione del sistema.

3. Lavoro d'équipe: valorizzazione e interconnessione di tutti i membri dell'équipe e riconoscimento del ruolo strategico dell'infermiere nella gestione del processo di riorganizzazione e gestione farmacologica. Il lavoro di squadra rafforza la coerenza nella gestione delle terapie, valorizza le competenze individuali e promuove una documentazione integrata con la pratica clinica.

Il **tetto** della "Casa Lean" rappresenta ciò che conferisce significato e direzione all'intero sistema: la centralità del paziente. Ogni intervento di riorganizzazione, ogni miglioramento introdotto e ogni processo di standardizzazione sono concepiti con l'obiettivo di generare valore per la persona assistita, inteso come maggiore sicurezza,

accessibilità, continuità e personalizzazione del percorso di cura.

L'obiettivo ultimo dell'organizzazione si concretizza nel trattamento efficace con particolare attenzione all'adesione alla nuova formulazione terapeutica del metadone in compresse.

Conclusioni

La standardizzazione dei processi ha rappresentato un elemento strategico per assicurare stabilità e sostenibilità al cambiamento introdotto. La definizione di procedure operative condivise ha consentito di ridurre la variabilità gestionale, limitando le incertezze e incrementando l'efficienza complessiva. L'adozione di un approccio graduale e orientato al miglioramento continuo ha facilitato l'adesione del team multidisciplinare al nuovo protocollo, contribuendo a superare eventuali resistenze iniziali.

Il progetto è stato accompagnato da un monitoraggio sistematico lungo tutte le sue fasi, dal *kick-off* avviato nel 2023 fino al consolidamento del processo nel 2024. Ciò ha permesso un'evoluzione controllata e misurabile, con ricadute positive sull'appropriatezza e sull'omogeneità nella distribuzione delle risorse. In particolare, si sono registrati miglioramenti nella gestione degli ordini, nella disponibilità del farmaco, nell'ottimizzazione degli spazi e nel rafforzamento delle condizioni di sicurezza.

Un ulteriore fattore determinante è stato il lavoro d'équipe, supportato da un'attenzione costante alla motivazione del personale. L'organizzazione di momenti di confronto e il supporto operativo (Riglietta & Stanic, 2023) hanno avuto un impatto diretto sull'esperienza del paziente, grazie alla presenza di operatori formati, coinvolti e capaci di gestire efficacemente la transizione dalla formulazione liquida a quella in compresse.

Il successo dell'intervento è stato facilitato dall'integrazione tra la dimensione clinico-assistenziale e quella organizzativo-manageriale. Il coinvolgimento attivo del personale, attraverso incontri mirati alla gestione delle criticità e il supporto durante le fasi di transizione, ha contribuito all'allineamento tra le pratiche operative e gli obiettivi strategici, migliorando l'efficacia del trattamento e ampliando l'accesso alla presa in carico, come evidenziato dall'aumento dei pazienti in trattamento.

L'impiego di strumenti analitici, quali l'analisi SWOT e il diagramma di Ishikawa, ha permesso di identificare con precisione punti di forza, criticità e cause strutturali delle problematiche emerse. Tali evidenze hanno orientato l'adozione di interventi correttivi mirati e metodologie strutturate (5 S's) con effetti positivi sul flusso di lavoro e sulla qualità del servizio erogato.

Infine, la leadership infermieristica ha rivestito un ruolo centrale nel promuovere una comunicazione efficace, nel consolidare la coesione del gruppo e nel facilitare l'adozione del cambiamento. La formalizzazione del processo

attraverso un'istruzione operativa ha fornito un riferimento strutturato e condiviso, contribuendo a garantire chiarezza procedurale, coerenza gestionale e sicurezza nella somministrazione del farmaco.

Riferimenti bibliografici

- Al-Shemali H.K.A. *et al.* (2024). Prevalence of psychiatric and physical comorbidities in patients diagnosed with opioid use disorder (OUD) in Lanarkshire, Scotland, 2018-2019: Cross-sectional study. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*. Doi: 10.62401/2531-4122-2024-32.
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing. Doi: 10.1176/appi.books.9780890425787.
- American Society of Addiction Medicine (2020). *The ASAM national practice guideline for the treatment of opioid use disorder: 2020 focused update*. Doi: 10.1097/ADM.0000000000000633.
- Boucherie Q., Frauger E., Thirion X., Mallaret M., & Micallef J. (2015). *New methadone formulation in France: Results from 5 years of utilization*. *Thérapie*, 70(2): 223-234. Doi: 10.2515/therapie/2015016.
- Calamandrei C., Orlandi C., Pennini A., Porcelli B., & Casati G. (2025). *Manuale di management per le professioni sanitarie*. McGraw-Hill Education.
- Consoli A., Fasciani P., Vanoli E., & Riglietta M. (2021). Levomethadone safety profile and effectiveness in subjects under opioid maintenance treatment: An observational, prospective study. *Journal of Drug and Alcohol Research*, 10, 236131. Doi: 10.4303/jdar/236131.
- Riglietta M., Carbone G., Colombi F., Donadoni P., Pisoni C., Plebani G., & Vaiarini M. (2019). L'esperienza clinica con levometadone nel trattamento del disturbo da uso di oppiacei. *Mission*, 52: 54-57. Doi: 10.3280/MIS52-2018OA8541.
- Riglietta M., & Stanic C. (2023). I fattori che influenzano l'accessibilità dei servizi e sull'adesione alla cura. In: C. Stanich (a cura di). *Approccio proattivo e precoce nelle dipendenze. Obiettivi, contesti di intervento e pratiche* (pp. 29-42). FrancoAngeli.
- Yakovenko I. *et al.* (2024). Management of opioid use disorder: 2024 update to the national clinical practice guideline. *Canadian Medical Association Journal*, 196(3): E74-E90. Doi: 10.1503/cmaj.230784.

Sitografia

- Ministero della Salute (2023). Riclassificazione del medicinale per uso umano «Omtisa», ai sensi dell'art. 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537. (Determina n. 516/2023) (23A04408) (GU Serie Generale n.185 del 09-08-2023). <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2023/08/09/23A04408/sg>.
- CNC Regione Lombardia (2023, 25 settembre). *Principi della lean*. CNC Regione Lombardia. -- <https://www.cncregionelombardia.org/post/principi-della-lean>.

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno XII, n. 47

MISSION n. 73

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.

Craving, autoefficacia e frattura interiore nel disturbo da uso di alcol

Studio pilota sulle possibili correlazioni motivazionali in un campione di pazienti dei Ser.D.P dell’Emilia-Romagna

Teo Vignoli, Elena Torbidoni***

Introduzione

Il disturbo da uso di alcol (DUA) rappresenta un problema di salute pubblica di rilevante impatto in Italia, con circa 8,6 milioni di persone che presentano un consumo a rischio e 1,5 milioni che soddisfano i criteri diagnostici del DSM-5 (Osservatorio Nazionale Alcol, 2023). La complessità clinica del DUA richiede approcci valutativi che vadano oltre la mera quantificazione del consumo, integrando dimensioni motivazionali e psicologiche in grado di orientare interventi terapeutici personalizzati (Lucchini & Cicerone, 2018; Torbidoni & Vignoli, 2024).

Il craving alcolico, formalmente riconosciuto come criterio diagnostico nel DSM-5, rappresenta un fenomeno multidimensionale associato a diversi meccanismi neurobiologici e motivazionali. Il modello psicobiologico a tre vie di Verheul identifica tre pathway distinti: il reward craving, associato alla ricerca di gratificazione; il relief craving, legato all’evitamento di stati negativi; e l’obsessive craving, caratterizzato da pensieri intrusivi persistenti (Verheul et al., 1999; Skinner & Aubin, 2010). L’Alcohol Craving Typology Questionnaire (ACTQ), validato in

Italia da Martinotti e colleghi, permette di identificare queste tipologie nella pratica clinica (Martinotti *et al.*, 2013).

Parallelamente, la teoria sociale-cognitiva di Bandura identifica nell’autoefficacia un predittore cruciale degli esiti terapeutici nelle dipendenze (Bandura, 1977). Definita come la fiducia nelle proprie capacità di gestire situazioni a rischio senza ricorrere al consumo, l’autoefficacia influenza l’iniziazione al cambiamento, la persistenza di fronte alle difficoltà e la capacità di recupero dopo eventuali ricadute (DiClemente *et al.*, 1995; Kadden & Litt, 2011).

Il costrutto di frattura interiore, inteso come discontinuità nel senso di coerenza e integrità del sé, emerge come elemento centrale nella comprensione dei meccanismi psicopatologici delle dipendenze (Flores, 2004). La discrepancy theory di Higgins descrive come la discrepanza tra sé attuale e sé ideale generi stati emotivi negativi che alimentano comportamenti di evitamento o compensazione (Higgins, 1987).

Il modello transteorico del cambiamento di Prochaska e DiClemente fornisce una cornice per comprendere la prontezza al cambiamento attraverso stadi sequenziali (precontemplazione, contemplazione, determinazione, azione, mantenimento), ciascuno richiedente strategie terapeutiche specifiche (Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska *et al.*, 1992).

Nonostante l’evidenza dell’importanza di questi costrutti, mancano studi che esplorino sistematicamente le loro interrelazioni in campioni clinici reali. Il presente studio pilota si propone di investigare le correlazioni tra tipologie di craving, autoefficacia, frattura interiore e stadi del cambia-

* Direttore U.O.C. Dipendenze Patologiche AUSL Romagna, Ambito di Rimini.

** Educatrice Professionale, Centro Alcol e Fumo, AUSL Romagna, Rimini.

mento in pazienti con DUA afferenti ai Ser.D.P dell'Emilia-Romagna.

Materiali e metodi

Disegno dello studio e popolazione

Studio osservazionale trasversale condotto tra novembre 2023 e settembre 2025 presso i Servizi per le Dipendenze Patologiche (Ser.D.P) dell'Emilia-Romagna. Il campione include 100 pazienti con diagnosi di DUA secondo criteri DSM-5.

Criteri di inclusione: età ≥ 18 anni; diagnosi DSM-5 di DUA; presa in carico attiva presso Ser.D.P partecipanti; consenso informato scritto.

Criteri di esclusione: deterioramento cognitivo grave documentato; comorbidità psichiatrica in fase acuta non stabilizzata; intossicazione acuta o sindrome da astinenza grave (CIWA-Ar > 15) al momento della valutazione; deficit sensoriali non corretti che impediscano la compilazione autonoma.

Strumenti di valutazione

Alcohol Craving Typology Questionnaire (ACTQ-15): questionario self-report di 15 item su scala Likert 1-5, validato in italiano, che valuta tre tipologie di craving: reward (5 item, range 5-25), relief (5 item, range 5-25) e ossessive (5 item, range 5-25). Il punteggio totale (range 15-75) fornisce una misura dell'intensità complessiva del craving. Cut-off percentili: craving assente ($< 85^\circ$), presente ($85^\circ-94^\circ$), presente+ ($\geq 95^\circ$). Coefficienti α di Cronbach: ossessive = 0,92; relief = 0,81; reward = 0,82 (Martinotti *et al.*, 2013).

Motivational Assessment of Change - Alcohol (MAC2-A): strumento multidimensionale validato per la popolazione italiana che valuta: (a) autoefficacia percepita (6 item, scala 0-6, conversione percentuale 0-100%); (b) frattura interiore (6 item, scala 0-6, conversione percentuale 0-100%); (c) stadi del cambiamento secondo il modello transteorico (Zavan *et al.*, 2003).

Procedura

Tutti gli operatori coinvolti hanno partecipato a formazione standardizzata sulla somministrazione degli strumenti. I questionari sono stati somministrati durante la valutazione clinica di routine, in setting ambulatoriale, con compilazione autonoma assistita quando necessario. I dati sono stati pseudonimizzati secondo normativa GDPR.

Analisi statistiche

Le analisi descrittive includono media, deviazione standard, mediana e range per le variabili continue; frequenze assolute e relative per le variabili categoriche. La normalità delle distribuzioni è stata valutata con test di Shapiro-Wilk. La correlazione di Pearson è stata utilizzata per variabili continue. Il test Chi-quadrato (con correzione di Yates o test esatto di Fisher quando appropriato) ha valutato l'associazione tra variabili categoriche. Test non parametrici (Kruskal-Wallis, Mann-Whitney) sono stati applicati per confronti tra gruppi con distribuzioni non normali. La regressione logistica ordinale ha identificato predittori dello stadio motivazionale. Livello di significatività $\alpha = 0,05$.

Lo studio ha ottenuto approvazione dal Comitato Etico competente. Tutti i partecipanti hanno fornito il consenso informato scritto.

Risultati

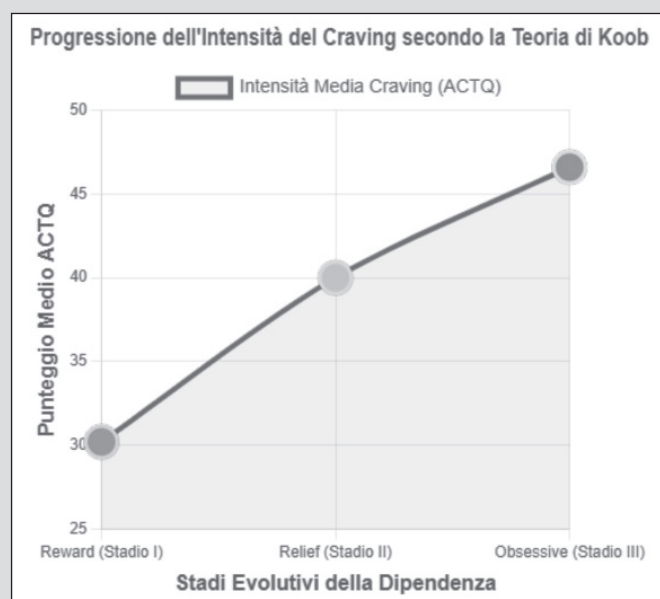
Caratteristiche del campione

Il campione è composto da 100 pazienti (77 maschi, 23 femmine) con età media di $48,9 \pm 13,1$ anni (range 21-79). La distribuzione per fasce d'età mostra concentrazione nella quinta-decena decade: 20-29 anni (6%), 30-39 anni (17%), 40-49 anni (25%), 50-59 anni (32%), 60-69 anni (17%), 70-79 anni (3%).

Profili di craving

La tipologia di craving prevalente risulta distribuita come segue: ossessive 45% (n = 45), relief 42% (n = 42), reward 13% (n = 13). Il punteggio medio ACTQ totale è $40,1 \pm 12,3$ (range 16-69), corrispondente al 53,5% del punteggio massimo. I punteggi medi per tipologia sono: ossessive $44,6 \pm 11,8$; relief $38,5 \pm 11,6$; reward $32,8 \pm 12,1$. Il test di Kruskal-Wallis evidenzia differenze significative ($\chi^2 = 8,94$; $p = 0,011$), con il gruppo ossessive che presenta intensità superiore rispetto al reward ($p = 0,008$).

Fig. 1 - Progressione dell'Intensità del Craving secondo la Teoria di Koob (Koob & Volkow, 2016): reward (Stadio I, M = 30,2), relief (Stadio II, M = 40,0), ossessive (Stadio III, M = 46,6). Vignoli T., Torbidoni E.



Validazione empirica della teoria di Koob

Si osserva una progressione statisticamente significativa nell'intensità media del craving: reward (M = $30,2 \pm 9,8$), relief (M = $40,0 \pm 10,9$), ossessive (M = $46,6 \pm 13,2$), con incremento del 54% tra reward e ossessive. Questa progressione supporta il modello tripartito degli stadi evolutivi della dipendenza.

Dimensioni motivazionali

Autoefficacia - Media: $54,5 \pm 25,4\%$ (range 0-100%). Distribuzione: bassa ($\leq 33\%$) 25%, media (34-66%) 48%, alta ($\geq 67\%$) 27%.

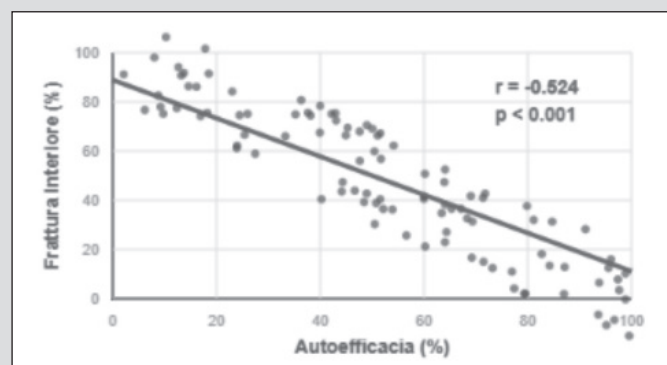
Frattura interiore - Media: $57,6 \pm 25,8\%$ (range 0-100%). Distribuzione: bassa ($\leq 33\%$) 25%, media (34-66%) 42%, alta ($\geq 67\%$) 33%.

Stadi del cambiamento: contemplazione 48% (n = 48), determinazione 38% (n = 38), azione 10% (n = 10), precontemplazione 3% (n = 3), mantenimento 1% (n = 1).

Correlazione tra autoefficacia e frattura interiore

Emerge una correlazione negativa statisticamente significativa (r di Pearson = $-0,524$; $p < 0,001$). Il coefficiente di determinazione ($R^2 = 0,275$) indica che il 27,5% della varianza nella frattura interiore è spiegata dall'autoefficacia. L'analisi di regressione non lineare identifica un pattern iperbolico nei dati (Figura 2).

Fig. 2 - Correlazione tra Autoefficacia (%) e Frattura Interiore (%) nel campione (n = 100). r di Pearson = $-0,524$; $p < 0,001$. Vignoli T., Torbidoni E.



Relazioni tra craving e dimensioni motivazionali

Craving e autoefficacia: correlazione negativa debole ma significativa (r di Spearman = $-0,24$; $p = 0,016$). L'intensità del craving si associa a minore fiducia nelle capacità di gestione delle situazioni a rischio.

Craving e frattura interiore: correlazione positiva moderata (r di Spearman = $0,31$; $p = 0,002$), indicando che craving elevato si accompagna a maggiore disagio esistenziale.

Frattura interiore per tipologia: ossessive ($M = 61,4 \pm 26,1$), relief ($M = 57,2 \pm 25,8$), reward ($M = 44,8 \pm 23,1$). L'analisi Kruskal-Wallis mostra differenze marginalmente significative ($\chi^2 = 5,72$; $p = 0,057$), con differenza tra ossessive e reward ($p = 0,049$).

Distribuzione degli stadi per tipologia di craving

Il test Chi-quadrato evidenzia differenze significative ($\chi^2 = 14,32$; $p = 0,026$): il craving ossessive (n = 45) presenta precontemplazione 2,2%, contemplazione 55,6%, determinazione 35,6%, azione 6,7%; il craving relief (n = 42) presenta precontemplazione 2,4%, contemplazione 38,1%, determinazione 50,0%, azione 9,5%; il craving reward (n = 13) presenta contemplazione 46,2%, determinazione 23,1%, azione 30,8%. Il gruppo ossessive presenta la più alta concentrazione in contemplazione, suggerendo blocco motivazionale. Il gruppo reward mostra la percentuale più elevata in fase di azione.

Predittori dello stadio motivazionale

La regressione logistica ordinale identifica l'autoefficacia come predittore più robusto dello stadio motivazionale (OR = 1,03 per punto percentuale; IC95%: 1,02-1,05; $p < 0,001$). Ogni incremento del 10% nell'autoefficacia aumenta del 34,4% le

probabilità di trovarsi in uno stadio più avanzato. Il craving ossessive, confrontato con relief (categoria di riferimento), riduce significativamente le probabilità di stadi avanzati (OR = 0,41; IC95%: 0,19-0,89; $p = 0,024$). Il reward non differisce significativamente (OR = 1,52; IC95%: 0,51-4,53; $p = 0,454$).

Discussione

Il presente studio pilota fornisce evidenze empiriche sulle complesse interrelazioni tra craving, autoefficacia, frattura interiore e disponibilità al cambiamento in pazienti con DUA afferenti ai Ser.D.P.

Prevalenza del craving ossessive

La predominanza del craving ossessive (45%) nel campione clinico evidenzia il ruolo centrale della dimensione cognitiva nella dipendenza da alcol. Questi pazienti sperimentano ruminazione mentale persistente, pensieri intrusivi e difficoltà di disimpegno attentivo dagli stimoli alcol-correlati (Anton, 1999; Tiffany & Wray, 2012). La significativa presenza del relief craving (42%) sottolinea l'utilizzo dell'alcol come strategia disfunzionale di regolazione emotiva, coerentemente con i modelli di rinforzo negativo (Baker *et al.*, 2004; Sinha, 2008). La minore rappresentazione del reward craving (13%) riflette probabilmente la composizione del campione, costituito prevalentemente da pazienti con dipendenza moderata-severa. Secondo la teoria del processo opponente e il modello dell'allostasi emotiva di Koob (Koob & Volkow, 2016), la motivazione al consumo si sposta progressivamente dalla ricerca del piacere all'evitamento del malessere con la cronicizzazione del disturbo (Solomon & Corbit, 1974; Koob & Le Moal, 2008).

Relazione autoefficacia-frattura interiore

La correlazione negativa significativa ($r = -0,524$; $p < 0,001$) conferma l'ipotesi di una relazione inversa tra questi costrutti. Il pattern iperbolico identificato suggerisce che incrementi nell'autoefficacia, specialmente nei pazienti con livelli inizialmente bassi, possano produrre riduzioni sostanziali nella frattura interiore e una evoluzione positiva dello stadio motivazionale. Questo dato supporta interventi terapeutici precoci sul potenziamento dell'autoefficacia, ad esempio attraverso mastery experiences, modeling e ristrutturazione cognitiva (Bandura, 1997; Marlatt & Donovan, 2005).

Blocco motivazionale nel craving ossessive

I pazienti con craving ossessive mostrano la più alta concentrazione nello stadio di contemplazione (55,6%), suggerendo che l'invasività dei pensieri intrusivi ostacoli la transizione verso l'azione. Questo profilo richiede interventi specifici di defusione cognitiva, mindfulness e gestione dei pensieri intrusivi, come proposto dalla terapia cognitivo-comportamentale e dall'Acceptance and Commitment Therapy (Hayes *et al.*, 2012; Witkiewitz *et al.*, 2005).

Autoefficacia come predittore motivazionale

L'identificazione dell'autoefficacia come predittore più robusto dello stadio motivazionale (OR = 1,03; $p < 0,001$) conferma il suo ruolo centrale nel processo di recovery. Questo risultato supporta l'implementazione sistematica di strategie evidence-based per il potenziamento dell'autoefficacia: strutturazione di esperienze di successo graduali, modeling attraverso gruppi di

auto-mutuo-aiuto, persuasione verbale mediante feedback costante e reframing degli stati emotivi (Miller & Rollnick, 2013; Project MATCH Research Group, 1997).

Validazione del modello di Koob

Il riscontro che i valori medi di craving sono più elevati se il craving prevalente è l'obsessive, intermedi se è il relief e più bassi se è il reward fornisce una validazione empirica al modello tripartito degli stadi evolutivi della dipendenza pubblica da Koob (Koob & Volkow, 2016). Questa conferma supporta approcci terapeutici differenziati basati sullo stadio: interventi preventivi e modulazione del sistema della ricompensa per il reward; gestione dello stress e prevenzione ricadute per il relief; approcci intensivi per pattern compulsivi nell'obsessive (Volkow *et al.*, 2011).

Profili clinici: cluster analysis

Al fine di identificare sottogruppi omogenei di pazienti con caratteristiche cliniche simili, è stata condotta una cluster analysis gerarchica utilizzando le variabili: intensità del craving, autoefficacia e frattura interiore. L'analisi ha identificato tre cluster ottimali sulla base del dendrogramma e degli indici di validazione (Figura 3).

Fig. 3 - Profili Clinici (Cluster Analysis Radar): alta criticità (rosso), risorsa moderata (arancio), profilo favorevole (verde). Variabili: craving, autoefficacia, frattura interiore. Vignoli T., Torbidoni E.



Cluster 1 - “Alta criticità” (n = 23, 23%): caratterizzato da craving elevato (M = 51,2; DS = 9,8), bassa autoefficacia (M = 24,7%; DS = 18,1) ed elevata frattura interiore (M = 78,3%; DS = 16,4). Questo gruppo rappresenta il profilo clinico più severo, con una sovra-rappresentazione del craving ossessive (65,2%) e prevalenza dello stadio della Contemplazione (60,9%), suggerendo una condizione di blocco motivazionale associata a elevato distress psicologico.

Cluster 2 - “Risorsa moderata” (n = 48, 48%): presenta craving moderato (M = 39,8; DS = 10,1), autoefficacia media (M = 52,1%; DS = 15,3) e frattura interiore moderata (M = 55,6%; DS = 18,2). La distribuzione delle tipologie di craving è equili-

brata: ossessive 41,7%, relief 45,8%, reward 12,5%. Gli stadi motivazionali mostrano una distribuzione ampia: contemplazione 45,8%, determinazione 41,7%, azione 12,5%.

Cluster 3 - “Profilo favorevole” (n = 29, 29%): caratterizzato da craving relativamente basso (M = 29,1; DS = 7,2), autoefficacia elevata (M = 79,5%; DS = 14,6) e frattura interiore bassa (M = 37,9%; DS = 21,1). Prevalge il craving di tipo relief (51,7%) e reward (17,2%), con elevata concentrazione nello stadio di Determinazione (55,2%) e Azione (13,8%).

L'analisi MANOVA conferma differenze altamente significative tra i cluster su tutte le variabili considerate (F = 87,4; p < 0,001; η^2 parziale = 0,64), validando la robustezza della classificazione.

Implicazioni cliniche

I risultati convergono nell'identificare profili motivazionali distintivi che richiedono personalizzazione terapeutica. La cluster analysis ha permesso di tradurre operativamente questi profili in tre sottogruppi clinicamente significativi, che richiedono approcci differenziati. L'assessment multidimensionale proposto, integrando ACTQ e MAC2-A, permette di:

- identificare la tipologia di craving prevalente per orientare interventi farmacologici e psicoterapeutici specifici;
- valutare autoefficacia e frattura interiore per calibrare il livello di supporto necessario;
- determinare lo stadio motivazionale per adattare le strategie di engagement e intervento (Cibin *et al.*, 2020; Bottlinger & Soyka, 2004).

Profili clinici e personalizzazione terapeutica

La cluster analysis ha identificato tre profili clinici distinti che si caratterizzano per specifiche combinazioni di craving, autoefficacia e frattura interiore, con importanti ricadute terapeutiche. Il Cluster 1 (“Alta criticità”), che rappresenta il 23% del campione, è quello che richiede maggiore intensità di intervento: l'elevato craving ossessive (65,2%) e il blocco in Contemplazione (60,9%) indicano la necessità di approcci specificamente orientati alla defusione cognitiva, alla riduzione del distress e al rafforzamento della motivazione intrinseca prima di qualsiasi intervento orientato all'azione. Il Cluster 2 (“Risorsa moderata”, 48%) rappresenta il gruppo più numeroso, con un profilo intermedio che suggerisce buona responsività a interventi standard di counselling motivazionale e prevenzione delle ricadute. Il Cluster 3 (“Profilo favorevole”, 29%) mostra le condizioni più favorevoli per interventi focalizzati sul consolidamento delle strategie di coping già attive, con attenzione al mantenimento delle risorse di autoefficacia acquisite. La robustezza della classificazione è confermata dall'analisi MANOVA (F = 87,4; p < 0,001; η^2 parziale = 0,64), che attesta la presenza di differenze altamente significative tra i cluster su tutte le variabili considerate.

Limitazioni

Il disegno trasversale non permette inferenze causali. Il campionamento di convenienza presso Ser.D.P limita la generalizzabilità a popolazioni non in trattamento. L'assenza di follow-up impedisce di valutare il valore prognostico delle variabili. Variabili potenzialmente confondenti (comorbidità psichiatrica, gravità della dipendenza, trattamenti farmacologici concomitanti) non sono state sistematicamente rilevate. La dimensione campionaria limitata riduce la potenza statistica per analisi di sottogruppi complesse.

Conclusioni

Il presente studio conferma l'utilità dell'assessment multidimensionale nel DUA, evidenziando l'esistenza di profili motivazionali distintivi caratterizzati da specifiche combinazioni di craving, autoefficacia, frattura interiore e disponibilità al cambiamento. L'identificazione di questi profili può orientare la personalizzazione degli interventi terapeutici, migliorando potenzialmente l'efficacia del trattamento.

La correlazione inversa tra autoefficacia e frattura interiore, il ruolo del craving ossessivo nel blocco motivazionale, e la capacità predittiva dell'autoefficacia rispetto agli stadi del cambiamento forniscono indicazioni concrete per la pratica clinica nei Ser.D.P. L'integrazione sistematica di strumenti validati come ACTQ e MAC2-A nell'assessment di routine può facilitare l'identificazione precoce di pazienti a maggiore rischio e l'assegnazione a percorsi terapeutici differenziati.

La validazione empirica del modello evolutivo del craving supporta lo sviluppo di protocolli stadio-specifici che tengano conto della progressione neurobiologica della dipendenza. Interventi mirati alla riduzione della frattura interiore, attraverso promozione dell'autocompassione e ricostruzione narrativa dell'identità, potrebbero rappresentare componenti innovative da integrare nei protocolli standard.

Studi longitudinali futuri con campioni più ampi, valutazioni ripetute nel tempo e follow-up degli outcome sono necessari per chiarire le relazioni causali tra i costrutti indagati e validare il valore prognostico dell'assessment multidimensionale. L'integrazione di biomarker neurobiologici e metodologie qualitative potrebbe ulteriormente arricchire la comprensione dei meccanismi sottostanti il cambiamento nel DUA.

Questa sperimentazione ha dimostrato la fattibilità dell'implementazione di pratiche valutative standardizzate in setting clinici reali, creando le premesse per un approccio sempre più evidence-based e personalizzato nel trattamento del disturbo da uso di alcol nei servizi pubblici per le dipendenze.

Riferimenti bibliografici

- Anton R.F. (1999). What is craving? Models and implications for treatment. *Alcohol Research & Health*, 23(3): 165-173.
- Baker T.B., Piper M.E., McCarthy D.E., Majeskie M.R., & Fiore M.C. (2004). Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review*, 111(1): 33-51.
- Bandura A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2): 191-215.
- Bandura A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Bottlender M., & Soyka M. (2004). Impact of craving on alcohol relapse during, and 12 months following, outpatient treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 39(4): 357-361.
- Cibin M., Hinnenthal I., & Lugoboni F. (2020). *Il trattamento del disturbo da uso di alcol: dalla disintossicazione alla prevenzione della ricaduta*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- DiClemente C.C., Fairhurst S.K., & Piotrowski N.A. (1995). Self-efficacy and addictive behaviors. In: Maddux J.E., ed., *Self-efficacy, adaptation, and adjustment*. New York: Plenum Press, pp. 109-141.
- Flores P.J. (2004). *Addiction as an attachment disorder*. New York: Jason Aronson.
- Hayes S.C., Strosahl K.D., & Wilson K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change*. 2nd ed. New York: Guilford Press.
- Higgins E.T. (1987). Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3): 319-340.
- Kadden R.M., & Litt M.D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 36(12): 1120-1126.
- Koob G.F., & Le Moal M. (2008). Addiction and the brain antireward system. *Annual Review of Psychology*, 59: 29-53.
- Koob G.F., & Volkow N.D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry*, 3(8): 760-773.
- Lucchini A., & Cicerone P.E. (2018). *La diagnosi nei disturbi da uso di alcol. Strumenti diagnostici e percorsi possibili*. Milano: FrancoAngeli.
- Marlatt G.A., & Donovan D.M. (2005). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. 2nd ed. New York: Guilford Press.
- Martinotti G., Di Nicola M., Tedeschi D., Andreoli S., Reina D., Pomponi M., & Janiri L. (2013). Empathy ability is impaired in alcohol-dependent patients. *American Journal on Addictions*, 22(4): 271-277.
- Miller W.R., & Rollnick S. (2013). *Motivational interviewing: helping people change*. 3rd ed. New York: Guilford Press.
- Osservatorio Nazionale Alcol, ISS (2023). *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125*. Roma: Ministero della Salute.
- Prochaska J.O., & DiClemente C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3): 390-395.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C., & Norcross J.C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9): 1102-1114.
- Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(1): 7-29.
- Sinha R. (2008). Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141: 105-130.
- Skinner M.D., & Aubin H.J. (2010). Craving's place in addiction theory: contributions of the major models. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(4): 606-623.
- Solomon R.L., & Corbit J.D. (1974). An opponent-process theory of motivation: I. Temporal dynamics of affect. *Psychological Review*, 81(2): 119-145.
- Tiffany S.T., & Wray J.M. (2012). The clinical significance of drug craving. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248: 1-17.
- Torbidoni E., & Vignoli T. (2024). Assessment del paziente in alcologia. *Alcologia*, 54: 112.
- Verheul R., van den Brink W., & Geerlings P. (1999). A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. *Alcohol and Alcoholism*, 34(2): 197-222.
- Volkow N.D., Wang G.J., Fowler J.S., Tomasi D., & Telang F. (2011). Addiction: beyond dopamine reward circuitry. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 108(37): 15037-15042.
- Witkiewitz K., Marlatt G.A., & Walker D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3): 211-228.
- Zavan V., Cibin M., Simioni L., & Pavan L. (2003). La motivazione al cambiamento in alcologia: validazione del questionario MAC2-A. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo*, 26(4): 5-15.

Corrispondenza: Centro Dipendenze Alcol e Fumo Rimini, Viale Luigi Settembrini 2, 47923 Rimini (RN). E-mail: elena.torbidoni@auslomagna.it.

Scoping review dell'uso emergente della psilocibina nelle popolazioni adulte con disturbo da uso di alcol

A. Mastrostefano*, G. Greco**, D. Daroui*, N. Capretti*, R. Gennari*, F. Davini***, T. Barlattani****, F. Pacitti****, S. Terracina*****

Il Disturbo da Uso di Alcol (DUA) è una patologia cronica recidivante che comporta un notevole carico a livello globale, nonostante l'efficacia dei trattamenti farmacologici disponibili, le persistenti difficoltà nella gestione del DUA e gli elevati tassi di ricaduta rendono necessaria l'esplorazione di terapie innovative.

Background

Il Disturbo da Uso di Alcol (DUA) è una patologia cronica e recidivante, gravata da rilevanti ricadute cliniche, sociali ed economiche.

Nonostante i trattamenti farmacologici disponibili, gli elevati tassi di ricaduta impongono l'esplorazione di approcci innovativi.

Tra questi, la psilocibina, psichedelico classico di origine naturale, sta emergendo come opzione potenzialmente promettente.

Dopo un interesse clinico negli anni '50-'60, le restrizioni normative ne avevano interrotto la sperimentazione.

Negli ultimi anni vari Paesi (ad es. Australia, Stati Uniti, Canada, Israele) hanno riaperto alla ricerca clinica, con crescente supporto accademico ed economico.

Sul piano neurobiologico, la psilocibina agisce principalmente come agonista parziale dei recettori 5HT_{2A}, con effetti anche su 5HT_{1A}, modulando i circuiti dopaminergici della ricompensa e riducendo craving e rischio di ricaduta.

* Dipartimento di Fisiologia e Farmacologia, Sapienza Università di Roma - Roma.

** Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma.

*** Dipartimento di Salute Mentale, ASL Roma 3 - Roma.

**** Dipartimento di Scienze Biotecnologiche e Applicate Cliniche (DISCAB), Università degli Studi dell'Aquila - L'Aquila.

***** Dipartimento di Scienze Diagnostiche, A.O. Università Sant'Andrea - Roma.

Sono stati documentati effetti su rilascio di glutammato, vie BDNF/TrkB e mTOR, plasticità sinaptica e asse ipotalamo-ipofisi-surrene.

Evidenze di neuroimaging suggeriscono la rimodulazione di reti cerebrali implicate nella dipendenza, in particolare il Default Mode Network (Figura 1).

La psicoterapia assistita da psichedelici, inoltre, pone enfasi su "set e setting" ed è oggetto di crescente attenzione regolatoria.

Restano tuttavia necessarie ulteriori ricerche per chiarire efficacia, sicurezza e inquadramento normativo.

Lo studio presentato propone una scoping review per sintetizzare le evidenze disponibili, identificare lacune e orientare futuri sviluppi scientifici e legislativi in ambito del DUA.

Materiali e metodi

La scoping review è stata condotta in conformità con PRISMA per scoping review e con i principali framework metodologici riconosciuti.

Il 24 febbraio 2025 è stata eseguita una ricerca sistematica su MEDLINE/PubMed, CINAHL (EBSCOhost) e APA PsycINFO (EBSCOhost).

Stringa di ricerca: (Alcohol* OR Ethanol* OR drink* OR liquor* OR beer* OR wine*) AND (psilocybin OR psilocybine OR indocybin OR psychedelic* OR dimethyltryptamine OR 4-PO-DMT).

Sono stati inclusi studi primari su esseri umani, pubblicati in inglese su riviste peer-reviewed, che prevedessero trattamento con psilocibina per DUA.

I criteri di eleggibilità sono stati definiti secondo il framework PCC (Population, Concept, Context) e allineati agli obiettivi della scoping review.

Dopo rimozione dei duplicati, due revisori hanno effettuato lo screening indipendente di titoli e abstract; un terzo ha risolto eventuali discrepanze.

Fig. 1 - Meccanismi neurobiologici della psilocibina nei circuiti dell'alcol e potenziali effetti

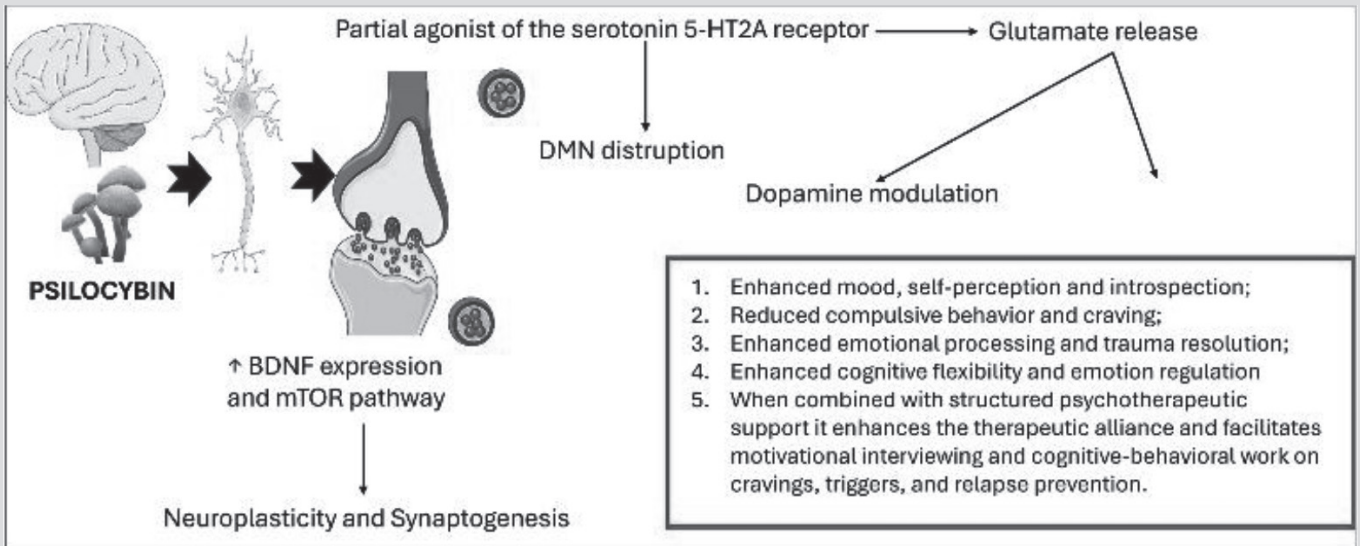
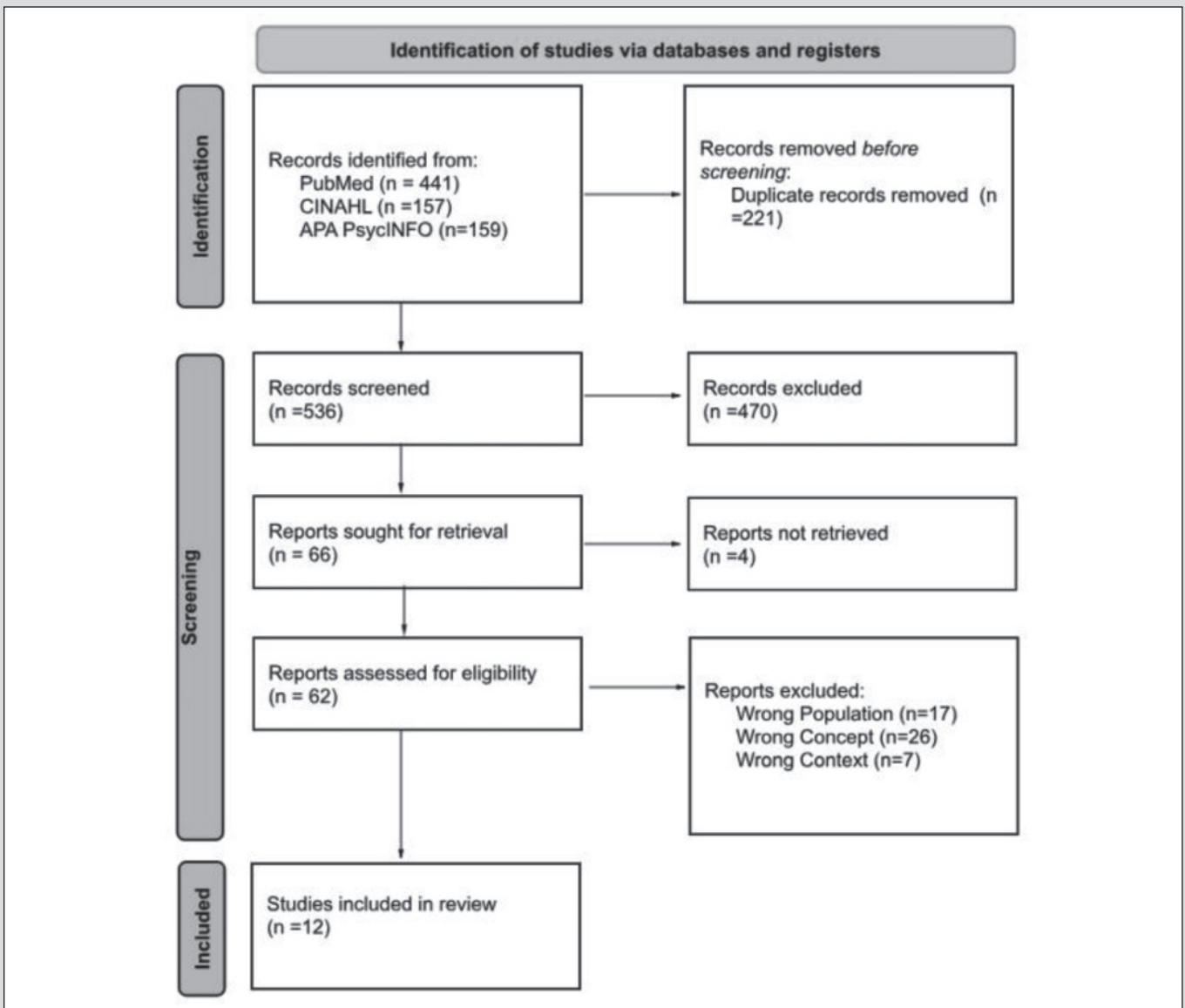


Fig. 2 - Diagramma di flusso PRISMA



Tab. S1 - Sintesi delle caratteristiche generali degli studi inclusi

Author, Year, Country	Sample size	Type of intervention	Setting (HCPS)
Z. Rydzyński, 1968, Poland	14	6-30 doses of psilocybin and other psychostimulants	Physician and psychologist
Z. Rydzyński, 1970, Poland	31	Mean 15 dose of psilocybin and other psychostimulants	Physician and psychologist
M. P. Bogenschutz, 2015, New Mexico	10	First session at 4 weeks, psilocybin 0.3 mg/kg; Second session at 8 weeks, psilocybin 0.4 mg/kg	Not reported (at least physician, psychologist and psychotherapist)
M. P. Bogenschutz, 2018, New York	3	First session psilocybin 25 mg/70 kg vs C ₁₇ H ₂₁ NO 50 mg; Second session psilocybin 25-40 mg/70 kg, vs C ₁₇ H ₂₁ NO, 50-100 mg. Then, open-label administration of psilocybin at 34 weeks after randomization.	Physician, psychotherapist
E. N. Nielson, 2018, United States	10	First session 0.3 mg/kg; Second session 0.4 mg/kg	Physician, psychologist and psychotherapist
M. P. Bogenschutz, 2022, New Mexico and New York University	93	First session at 4 weeks, psilocybin 25 mg/70 kg vs C ₁₇ H ₂₁ NO 50 mg; Second session at 8 weeks psilocybin 25-40 mg/70 kg, vs C ₁₇ H ₂₁ NO, 50-100 mg	Physician, psychologist and psychotherapist
K. C. O'Donnell, 2022, New Mexico and New York	96	First session at 4 weeks, psilocybin 25 mg/70 kg vs C ₁₇ H ₂₁ NO 50 mg; Second session at 8 weeks psilocybin 25-40 mg/70 kg, vs C ₁₇ H ₂₁ NO, 50-100 mg	Physician, psychologist, psychotherapist, radiology department
K. G. Heinzerling, 2023, California	20	First session at 3 weeks, psilocybin 25 mg; Second session at 7 weeks psilocybin 25 mg	Physician, psychotherapist
M. Frye, 2024, Minnesota	1	Not specified (treated at 8 weeks)	Not specified
B. Pagni, 2024, New York	11	Psilocybin 25 mg (n= 5) or C ₁₇ H ₂₁ NO (n= 6) 50 mg	Physician, psychologist, psychotherapist, radiology department
A. Gabrielle, 2024, New York	13	First session psilocybin 25 mg/70 kg vs C ₁₇ H ₂₁ NO 50 mg; Second session psilocybin 25-40 mg/70 kg, vs C ₁₇ H ₂₁ NO, 50-100 mg. Then, open-label administration of psilocybin at 34 weeks after randomization.	Physician, psychologist
B. A. Pagni, 2025, United States	84	Two medication sessions	Physician, psychologist and psychotherapist

Sono stati estratti: autore/i, anno, disegno, caratteristiche del campione, modalità d'uso della psilocibina, eventuali co-interventi psicoterapici, contesto di cura e figure professionali coinvolte.

La sintesi è stata condotta: in forma tabellare delle caratteristiche chiave degli studi e tramite analisi tematica iterativa per identificare pattern ricorrenti e temi principali.

Risultati

Sono stati identificati 757 record attraverso la ricerca nei seguenti database PubMed n = 441; CINAHL n = 157; APA PsycINFO n = 159 (Figura 2).

Dopo la rimozione di 221 duplicati, 536 record sono stati sottoposti a screening su titolo e abstract: 470 sono stati esclusi per mancanza di criteri di inclusione.

Sono stati recuperati 66 articoli per la revisione completa, ma 4 non erano accessibili.

In totale, 62 articoli sono stati valutati e 50 esclusi per i seguenti motivi: popolazione irrilevante (n = 17), concetto irrilevante (n = 26) o contesto irrilevante (n = 7). Alla fine, 12 studi sono stati inclusi nella scoping review.

Gli studi, pubblicati tra il 1968 e il 2025, hanno indagato l'uso della psilocibina nel trattamento dell'alcolismo/AUD, mostrando eterogeneità per disegno metodologico, numerosità campionaria, dosaggi, criteri di inclusione/esclusione e misure di outcome (Tabella S1).

Sono stati inclusi 7 RCT, 4 studi open-label e 1 case report.

Due studi preliminari open-label condotti in Polonia (1968-1970) esplorarono psilocibina e altri psichedelici in alcolisti cronici maschi: nel primo, 14 pazienti trattati con 6-30 dosi (inclusa psilocibina 9 mg) mostrarono remissione del craving; nel secondo, un follow-up a 6 anni su 31 pazienti riportò effetti terapeutici soddisfacenti nel 58% dei casi dopo dosi multiple di psilocibina (6-30 mg) e LSD (100-800 µg).

Gli altri studi furono condotti negli Stati Uniti (2015-2025).

La maggioranza in contesti ospedalieri o universitari, con medici e psicologi; alcuni coinvolsero anche psicoterapeuti e radiologi.

La maggior parte combinava psilocibina con psicoterapia (MET, counseling, Visual Healing), eccetto quattro studi privi di supporto psicoterapico.

Due studi open-label (2015, 2018) su 10 pazienti mostrarono una riduzione del 61% dei giorni di consumo intenso e del 27,2% nel numero medio di drink/die con due dosi di psilocibina (0,3 mg/kg e 0,4 mg/kg) associate a 12 sedute di psicoterapia.

Sei RCT confrontarono psilocibina con difenidramina.

Schema più comune: due somministrazioni (25-40 mg/70 kg di psilocibina vs. 50-100 mg difenidramina) a distanza di 4 settimane.

Risultati: riduzione del craving, dei problemi alcol-correlati, ansia e depressione.

I giorni di consumo pesante nelle settimane 5-36 scesero al 9,7% (vs. 23,6% nel gruppo controllo).

Un RCT in California (20 pazienti, AUD moderato-severo) confrontò psilocibina con o senza programma Visual Healing: entrambi i gruppi ridussero i giorni di consumo, ma l'integrazione ambientale attenuò le variazioni pressorie.

Infine, un case report in Minnesota segnalò una grave ricaduta dopo psilocibina, evidenziando la necessità di follow-up prolungati.

Conclusioni

La psilocibina è tra gli psichedelici classici più studiati in psichiatria moderna e nel trattamento delle dipendenze.

Le evidenze, seppur ancora limitate ed eterogenee, suggeriscono che la psicoterapia assistita da psilocibina possa rappresentare un approccio promettente per ridurre il consumo di alcol nel DUA.

Il campo rimane però in fase sperimentale: è indicato un cauto ottimismo, in attesa di prove più robuste prima di un'adozione clinica estesa.

Sono prioritari RCT multicentrici di maggiori dimensioni, con follow-up prolungati, campioni più eterogenei e protocolli standardizzati, per validare efficacia e sicurezza.

La ricerca futura dovrebbe mirare a dirimerne gli effetti farmacologici della psilocibina dal contesto psicoterapeutico.

Un quadro strategico e multiprofessionale è essenziale per sostenere lo sviluppo di nuovi trattamenti per il DUA e per affrontare gli aspetti legislativi e organizzativi connessi alla definizione di algoritmi terapeutici sicuri.

L'impalcatura genitoriale nei bambini con disturbi dello spettro fetto-alcologico: la governance di una vasta gamma di deficit

S. Marcelli*, G. Pelusi**, C. Borgognoni**, C. Gatti**, I. Baglioni***, S. Liberati***, G. D'Angelo***

Background

Analisi di settore hanno messo in risalto dati preoccupanti derivanti dai disturbi dello spettro fetto-alcologico, e si stima che il 10% delle gravidanze a livello globale sia esposto all'alcol, un potente teratogeno che può portare a difetti congeniti fisici e neurologici noti collettivamente appunto come disturbi dello spettro fetto-alcologico (FASD).

Questo termine generico include le diagnosi di sindrome fetto-alcologica (FAS), pFAS (sindrome fetto-alcologica parziale), ARBD (difetti congeniti correlati all'alcol) e ARND (disturbo neuroevolutivo correlato all'alcol), ND-PAE (disturbo neurocomportamentale associato all'esposizione prenatale all'alcol), dove in 4 Paesi con i più alti tassi noti di esposizione prenatale (Irlanda, Bielorussia, Danimarca e Regno Unito), risulta superiore al 40% (Popova *et al.*, 2017).

Il calcolo della prevalenza, ha rilevato che la prevalenza di FASD sia pari allo 0,8% a livello globale e la più alta in Europa al 2% (Lange *et al.*, 2017).

Gli studi di accertamento attivo dei casi risultano essere alla base delle stime di prevalenza globali e nazionali e sono considerati il metodo "gold standard" per stimare la prevalenza, richiedendo lo screening di una sezione trasversale della popolazione generale di bambini (Roozen *et al.*, 2016), strategia finalizzata a compensare i sotto investimenti nei servizi di diagnosi, trattamento e prevenzione (Scholin *et al.*, 2021). La criticità che viene rilevata nell'analisi della letteratura esistente, conferma che gli individui vengono diagnosticati con estrema difficoltà (Morleo *et al.*, 2011), per una serie di ragioni, tra cui la mancanza di conoscenza/formazione tra gli operatori sanitari/educativi (Mukherjee *et al.*, 2015), la scarsa partecipazione dovuta alla vergogna e allo stigma (Okuliez-Kozaryn *et al.*, 2017) e dalla problematicità nel differenziare le caratteristiche del FASD da altri disturbi comunemente concomitanti, come il disturbo da deficit di attenzione e iperattività e dal disturbo dello spettro autistico (Chasnoff, Wells & King, 2015; Young *et al.*, 2016).

Il basso tasso di diagnosi, suggerisce la necessità di un maggiore riconoscimento della situazione morbosa, finalizzato ad un maggiore supporto alle famiglie, prevenendo esiti secondari negativi, come l'esclusione scolastica, le scarse prospettive lavorative e i problemi di salute mentale (Rangmar *et al.*, 2015; Landgren *et al.*, 2019).

Data la complessità della FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorders), i ricercatori che da anni studiano questo fenome-

no hanno orientato i loro sforzi verso un approccio interpretativo più articolato, focalizzato sul monitoraggio degli effetti dell'esposizione prenatale all'alcol.

In particolare, è stata evidenziata l'importanza di valutare l'impatto della FASD come problema di sanità pubblica prevenibile, attraverso sistemi di sorveglianza strutturati basati su criteri specifici.

Tra questi, si sottolinea l'utilizzo di stime di prevalenza in un determinato periodo (piuttosto che la sola incidenza alla nascita), la sorveglianza dei bambini in età scolare (tra i 7 e i 9 anni), fase in cui possono emergere con maggiore chiarezza anomalie del sistema nervoso centrale non rilevabili alla nascita o nei primi anni di vita. Inoltre, è stata introdotta una revisione clinica esperta dei dati raccolti, applicata a casi probabili e confermati, supportata da un algoritmo computerizzato per una classificazione più accurata (O'Leary *et al.*, 2015).

I disturbi dello spettro fetto-alcologico (FASD) si riferiscono a un gruppo di condizioni che si verificano nel contesto dell'esposizione in utero all'alcol caratterizzate dalla presentazione di differenze nei tratti del viso e restrizione della crescita, fino a includere la gamma di disturbi neurocomportamentali (Wozniak *et al.*, 2019).

Gli individui affetti da tale criticità clinica, presentano disabilità fisiche e cognitive che richiedono cure costose e permanenti, dove la spesa medica annua è nove volte superiore a quella per i bambini che non ne sono affetti (Amendah *et al.*, 2011).

La prevalenza di questa incerta sintomatologia segnalata a livello mondiale varia da 0,1 a 120 casi ogni 1.000 bambini a seconda della popolazione studiata (May *et al.*, 2009).

Negli Stati Uniti, la prevalenza, come riportato dai dati esposti dal Centers for Disease Control and Prevention (CDC), varia da 0,1 a 1,5 casi ogni 1.000 nati (CDC., 2002). Sono stati istituiti accordi di cooperazione quinquennali in Alaska, Arizona, Colorado, New York e Wisconsin al fine di migliorare la sorveglianza, tra neonati e bambini piccoli, una rete denominata Fetal Alcohol Syndrome Surveillance Network (FASSNet), con l'obiettivo di sviluppare la revisione delle cartelle cliniche, in collaborazione con il CDC (Hymbaugh *et al.*, 2002).

Uno studio condotto in Canada con l'obiettivo di studiare gli esiti potenzialmente più invalidanti dell'esposizione prenatale all'alcol, nella Greater Toronto Area (GTA) in Ontario, ha utilizzato un disegno osservazionale trasversale, ha arruolato studenti delle scuole elementari, di età compresa tra 7 e 9 anni, per un totale di 2.555 partecipanti dove sono stati identificati 21 casi di sospetto FASD, con una stima di 18,1 casi per 1000, ovvero circa l'1,8%; tale indagine ha stimato

* AST Ascoli Piceno.

** Azienda Ospedaliera Universitaria delle Marche, Ancona.

*** AST Macerata.

un aumento considerevole rispetto ad analisi precedenti, con attestazione fino al doppio o al triplo dei casi, superando di gran lunga quella di altri difetti congeniti comuni come la sindrome di Down, la spina bifida, la trisomia 18 e il disturbo dello spettro autistico (Popova *et al.*, 2019).

Un'indagine di accertamento attivo dei casi, in 3 scuole primarie nella Greater Manchester, una contea metropolitana inglese, includendo bambini di età compresa tra 8 e 9 anni, utilizzando misure standard che includevano anamnesi, dismorfologia facciale, deficit neurologici, funzioni esecutive e difficoltà comportamentali, su 220 ragazzini, sono risultati positivi allo screening il 23% (McCarthy *et al.*, 2021).

Uno studio nazionale negli Stati Uniti condotto su popolazioni relativamente simili a quelle del Regno Unito ha rilevato una stima ponderata del 3-10% per i FASD nei bambini della scuola primaria (May *et al.*, 2018).

Obiettivi

Indagare e comprendere come l'equità e l'inclusione nelle opportunità educative per i bambini con disabilità possa portare ad ampi margini di manovra attraverso terapie dedicate, incentrate sull'interazione genitoriale e confermare come interventi strutturati siano ampiamente riconosciuti come una strada per un intervento personalizzato (Petrenko *et al.* 2020), caratterizzati da specifici supporti comportamentali (Reid *et al.*, 2017).

Materiali e metodi

Il riscontro delle evidenze scientifiche a supporto della ipotesi di studio, è stato realizzato tramite la consultazione di specifiche banche dati, come PubMed, EMBASE, Scopus, Cochrane Library, e CINAHL attraverso l'utilizzo di specifiche parole chiave, come: "Fetal alcohol spectrum disorders and Parental interaction style", "Fetal alcohol spectrum disorders and Parent-child sessions", Parental Interaction Style and Child Engagement and Fetal Alcohol Spectrum Disorders" e " Parental Interaction Style and Child engagement".

Risultati

Gli interventi per migliorare gli esiti nei bambini con FASD si sono concentrati su diverse aree target (Petrenko & Alto, 2017), tra cui l'attenzione (Coles *et al.*, 2018), la memoria delle attività (Kerns *et al.*, 2016), le funzioni esecutive (Louw *et al.*, 2019), nonché le abilità sociali e il funzionamento socio-emotivo (O'Connor *et al.*, 2012).

Con l'espansione delle terapie è diventato chiaro che l'educazione dei genitori è una componente essenziale per incoraggiare le capacità di autoregolazione dei bambini (Kable *et al.*, 2016).

Una forma di educazione genitoriale e la formazione comportamentale degli stessi (Morawska *et al.*, 2019; Spruijt *et al.*, 2020) è utile come raccomandazione di prima linea per

prevenire e trattare i comportamenti dirompenti dei bambini (Menting *et al.*, 2013).

Molti programmi comportamentali enfatizzano stili di interazione genitoriale che accentuano alti livelli di calore e fermezza, che, combinati, vengono generalmente definiti come un approccio genitoriale "autorevole" (Pinquart, 2017), dove la combinazione di una risposta emotiva costante e del mantenimento di aspettative chiare per determinati comportamenti, influenza positivamente i risultati a lungo termine dei propri figli (Calders *et al.*, 2019a).

Nello specifico, è stato dimostrato che gli stili autorevoli migliorano la regolazione comportamentale e le funzioni esecutive nei neonati (Frick *et al.* 2018), nei bambini in età scolare (Zeytinoglu *et al.* 2019), negli adolescenti (Sosic-Vasic *et al.*, 2017) e persino negli studenti universitari (Chen *et al.*, 2020).

Inoltre è stato comprovato che gli approcci genitoriali autorevoli sono associati a comportamenti positivi e funzioni esecutive in alcune popolazioni di bambini con disabilità dello sviluppo, tra cui il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (Chacko *et al.*, 2017) e il disturbo dello spettro autistico (Parladé *et al.* 2020).

I metodi personalizzati di intervento di "parent training" contribuiscono non solo a migliorare i risultati nei bambini, ma anche a significativi miglioramenti nel senso di efficacia genitoriale, nei comportamenti di auto-cura degli stessi e nella percezione dei bisogni personali soddisfatti rispetto agli standard di cura della comunità (Paley & O'Connor 2011).

Vari autori attraverso l'utilizzo di scale di valutazione del comportamento materno, come il Maternal Behavioral Ratings Scale e della condotta infantile, Child Behavioral Rating Scale, danno la possibilità di progettare sistemi di valutazione del comportamento interattivo materno e del coinvolgimento del bambino con disturbo in termini di attenzione e iniziativa, con disabilità dello sviluppo dove la reattività genitoriale è associata a specifici miglioramenti del quadro complessivo della diade genitore-figlio (Van keer *et al.*, 2020).

L'affetto positivo degli stili di interazione genitoriale "responsivi" può essere particolarmente utile nel contrastare la negatività delle singole espressioni socio-emotive nei bambini con FASD e nel garantire la giocosità dello stesso (Menashe-Grinberg & Atzaba-Poria, 2017; Chiarello *et al.*, 2006).

Gli stili di interazione genitoriale caratterizzati da comportamenti reattivi/orientati al bambino e da affettività/animazione positive, considerati elementi chiave "caldi" degli approcci genitoriali autorevoli, operano probabilmente in modo bidirezionale con una maggiore attenzione e iniziativa da parte del fanciullo.

Di conseguenza, si prevede che un maggiore coinvolgimento del bambino favorisca una più elevata reattività ed emotività dei genitori orientata verso il bambino, e viceversa (Serbin *et al.*, 2015; Zimmer-Gembeck *et al.*, 2019).

Nei bambini con sviluppo tipico è stato riscontrato che gli stili di interazione genitoriale "reattivi" influenzano la qualità e la sincronia dell'interazione diadica reciproca genitore-figlio e sono positivamente correlati con la regolazione comportamentale (Scholtes *et al.*, 2020).

Conclusioni

Diversi studi hanno evidenziato che anche le forme più lievi dello spettro della FASD possono comportare difficoltà persistenti in molteplici aree dello sviluppo (Mattson *et al.*, 2019). Tali difficoltà includono problematiche nelle funzioni esecutive (Kingdon *et al.*, 2016), disregolazione comportamentale (Kable *et al.*, 2016) e deficit nelle abilità sociali (Domeij *et al.*, 2018).

Questi ambiti di compromissione si presentano in modo complesso e variabile, anche perché molte di queste difficoltà possono non emergere in modo pienamente evidente fino all'età scolare.

Di conseguenza, risulta fondamentale disporre di strumenti di valutazione e di marcatori comportamentali affidabili che facilitino il riconoscimento precoce e l'avvio tempestivo di interventi mirati (Garrison *et al.*, 2019).

Riferimenti bibliografici

- Amendah D.D., Grosse S.D., & Bertrand J. (2011). Medical expenditures of children in the United States with fetal alcohol syndrome. *Neurotoxicology and Teratology*, 33(2): 322-324.
- Calders F., Bijttebier P., Bosmans G., Ceulemans E., Colpin H., Goossens L., Van Den Noortgate W., Verschueren K., & Van Leeuwen K. (2019a). Investigating the interplay between parenting dimensions and styles, and the association with adolescent outcomes. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(3): 327-342.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2002). Fetal alcohol syndrome – Alaska, Arizona, Colorado, and New York, 1995-1997. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*, May 24, 51(20): 433-5.
- Chacko A., Bedard A.C.V., Marks D., Gopalan G., Feirsen N., Uderman J., Chimiklis A., Heber E., Cornwell M., Anderson L., Zwilling A., & Ramon M. (2017). Sequenced neurocognitive and behavioral parent training for the treatment of ADHD in school-age children. *Child Neuropsychology*, 24(4): 427-450.
- Chasnoff I.J., Wells A.M., & King L. (2015) Misdiagnosis and missed diagnoses in foster and adopted children with prenatal alcohol exposure. *Pediatrics*, 135(2): 264-270.
- Chen C., Chen C., Xue G., Dong Q., Zhao L., & Zhang S. (2020). Parental warmth interacts with several genes to affect executive function components: a genome-wide environment interaction study. *BMC Genetics*, 21(1).
- Chiarello L.A., Huntington A., & Bundy A. (2006). A comparison of motor behaviors, interaction, and playfulness during mother-child and father-child play with children with motor delay. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 26(1-2): 129-151.
- Coles C.D., Kable J.A., Taddeo E., & Strickland D. (2018). GoFAR: improving attention, behavior and adaptive functioning in children with fetal alcohol spectrum disorders: Brief report. *Developmental Neurorehabilitation*, 21(5): 345-349.
- Domeij H., Fahlström G., Bertilsson G., Hultcrantz M., Munthe-Kaas H., Gordh C.N., & Helgesson G. (2018). Experiences of living with fetal alcohol spectrum disorders: a systematic review and synthesis of qualitative data. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 60(8): 741-752.
- Frick M.A., Forslund T., Fransson M., Johansson M., Bohlin G., & Brocki K.C. (2017). The role of sustained attention, maternal sensitivity, and infant temperament in the development of early self-regulation. *British Journal of Psychology*, 109(2): 277-298.
- Garrison L., Morley S., Chambers C.D., & Bakhireva L.N. (2019). Forty Years of Assessing Neurodevelopmental and Behavioral Effects of Prenatal Alcohol Exposure in Infants: What Have We Learned?. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 43(8): 1632-1642.
- Hymbaugh K., Miller L.A., Druschel C.M., Podvin D.W., Meaney F.J., & Boyle C.A. (2002). A multiple source methodology for the surveillance of fetal alcohol syndrome?. The Fetal Alcohol Syndrome Surveillance Network (FASSNet). *Teratology*, 66(S1): S41-S49.
- Landgren V., Svensson L., Gyllencreutz E., Aring E., Grönlund M.A. & Landgren M. (2019) Fetal alcohol spectrum disorders from childhood to adulthood: a Swedish population-based naturalistic cohort study of adoptees from Eastern Europe. *British Medical Journal Open*, 9(10), e032407.
- Lange S., Probst C., Gmel G., Rehm J., Burd L., & Popova S. (2017) Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 171: 948-956.
- Louw J.G., Olivier L., Skeen S., van Heerden A., & Tomlinson M. (2019). Evaluation of a Custom-Developed Computer Game to Improve Executive Functioning in 4- to 6-Year-Old Children Exposed to Alcohol in Utero: Protocol for a Feasibility Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, 8(10), e14489.
- Kable J.A., Taddeo E., Strickland D., & Coles C.D. (2016). Improving FASD Children's Self-Regulation: Piloting Phase 1 of the GoFAR Intervention. *Child & Family Behavior Therapy*, 38(2): 124-141.
- Kable J.A., Coles C.D., Strickland D., & Taddeo E. (2012). Comparing the Effectiveness of On-Line versus In-Person Caregiver Education and Training for Behavioral Regulation in Families of Children with FASD. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(6): 791-803.
- Kerns K.A., Siklos S., Baker L., & Müller U. (2016). Emotion recognition in children with Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence*, 22(3): 255-275.
- Kingdon D., Cardoso C., & McGrath J.J. (2016). Research Review: Executive function deficits in fetal alcohol spectrum disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder – a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 57(2): 116-131.
- May P.A., Chambers C.D., Kalberg W.O., Zellner J., Feldman H., Buckley D. *et al.* (2018). Prevalence of fetal alcohol spectrum disorders in 4 US communities. *JAMA*, 319: 474-482.
- May P.A., Gossage J.P., Kalberg W.O., Robinson L.K., Buckley D., Manning M., & Hoyme H.E. (2009). Prevalence and epidemiologic characteristics of FASD from various research methods with an emphasis on recent in-school studies. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 15(3): 176-192.
- Mattson J.T., Thorne J.C., & Kover S.T. (2022). Parental interaction style, child engagement, and emerging executive function in fetal alcohol spectrum disorders (FASD). *Child Neuropsychology*, 1-25.
- Mattson S.N., Bernes G.A., & Doyle L.R. (2019). Fetal Alcohol Spectrum Disorders: A Review of the Neurobehavioral Deficits Associated with Prenatal Alcohol Exposure. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 43(6): 1046-1062.
- McCarthy R., Mukherjee R.A.S., Fleming K.M., Green J., Clayton-Smith J., Price A.D., Allely C.S., & Cook P.A. (2021). Prevalence of fetal alcohol spectrum disorder in Greater Manchester, UK: An active case ascertainment study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 45(11): 2271-2281.
- Menashe-Grinberg A., & Atzaba-Poria N. (2017). Mother-child and father-child play interaction: the importance of parental

- playfulness as a moderator of the links between parental behavior and child negativity. *Infant Mental Health Journal*, 38(6): 772-784
- Menting A.T., Orobio de Castro B., & Matthys W. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8): 901-913.
- Morawska A., Dittman C.K., & Rusby J.C. (2019). Promoting Self-Regulation in Young Children: The Role of Parenting Interventions. *Clinical child and family psychology review*, 22(1): 43-51.
- Morleo M., Woolfall K., Dedman D., Mukherjee R., Bellis M.A., & Cook P.A. (2011) Under-reporting of foetal alcohol spectrum disorders: an analysis of hospital episode statistics. *BMC Pediatrics*, 11, 14.
- Mukherjee R., Wray E., Curfs L., & Hollins S. (2015) Knowledge and opinions of professional groups concerning FASD in the UK. *Adoption and Fostering*, 39, 212-224.
- O'Connor M.J., Laugeson E.A., Mogil C., Lowe E., Welch-Torres K., Keil V., & Paley B. (2012). Translation of an evidence-based social skills intervention for children with prenatal alcohol exposure in a community mental health setting. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 36(1): 141-152.
- Okulicz-Kozaryn K., Borkowska M., & Brzózka K. (2017) .FASD prevalence among schoolchildren in Poland. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(1): 61-70.
- O'Leary L.A., Ortiz L., Montgomery A., Fox D. J., Cunniff C., Ruttenger M., Breen A., Pettygrove S., Klumb D., Druschel C., Frías J.L., Robinson L.K., Bertrand J., Ferrara K., Kelly M., Gilboa S.M., & Meaney F. J. (2015). Methods for surveillance of fetal alcohol syndrome: The fetal alcohol syndrome surveillance network II (FASSNetII) - Arizona, Colorado, New York, 2009-2014. *Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology*, 103(3): 196-202.
- Paley B., & O'Connor M.J. (2011). Behavioral interventions for children and adolescents with fetal alcohol spectrum disorders. *Alcohol Research & Health: the Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 34(1): 64-75.
- Parladé M.V., Weinstein A., Garcia D., Rowley A.M., Ginn N.C., & Jent J.F. (2019). Parent-Child Interaction Therapy for children with autism spectrum disorder and a matched case-control sample. *Autism*, 24(1): 160-176.
- Petrenko C.L., Parr J., Kautz C., Tapparello C., & Olson H.C. (2020). A Mobile Health Intervention for Fetal Alcohol Spectrum Disorders (Families Moving Forward Connect): Development and Qualitative Evaluation of Design and Functionalities. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(4), e14721.
- Petrenko C.L., & Alto M.E. (2017). Interventions in fetal alcohol spectrum disorders: An international perspective. *European Journal of Medical Genetics*, 60(1): 79-91.
- Pinquart M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. *Developmental Psychology*, 53(5): 873-932.
- Popova S., Lange S., Poznyak V., Chudley A.E., Shield K.D., Reynolds J.N., Murray M., & Rehm J. (2019). Population-based prevalence of fetal alcohol spectrum disorder in Canada. *BMC Public Health*, 19(1).
- Popova S., Lange S., Probst C., Gmel G., & Rehm J. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Global Health*, 5: E290-E299.
- Rangmar J., Hjern A., Vinnerljung B., Strömmland K., Aronson M., & Fahlke C. (2015). Psychosocial outcomes of fetal alcohol syndrome in adulthood. *Pediatrics*, 135(1): e52-e58.
- Reid N., Dawe S., Harnett P., Shelton D., Hutton L., & O'Callaghan F. (2017). Feasibility study of a family-focused intervention to improve outcomes for children with FASD. *Research in Developmental Disabilities*, 67: 34-46.
- Roosen S., Peters G.J.Y., Kok G., Townend D., Nijhuis J., & Curfs L. (2016) Worldwide prevalence of fetal alcohol spectrum disorders: A systematic literature review including meta-analysis. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 40: 18-32.
- Schölin L., Mukherjee R.A.S., Aiton N., Blackburn C., Brown S., Flemming K.M. et al. (2021). Fetal alcohol spectrum disorders: an overview of current evidence and activities in the UK. *Archives of Disease in Childhood*, 106(7): 636-640.
- Serbin L.A., Kingdon D., Ruttle P.L., & Stack D.M. (2015). The impact of children's internalizing and externalizing problems on parenting: Transactional processes and reciprocal change over time. *Development and Psychopathology*, 27(4pt1): 969-986.
- Scholtes C.M., Lyons E.R., & Skowron E.A. (2020). Dyadic synchrony and repair processes are related to preschool children's risk exposure and self-control. *Development and Psychopathology*, 1-13.
- Spruijt A.M., Dekker M.C., Ziermans T.B., & Swaab H. (2020). Educating parents to improve parent-child interactions: Fostering the development of attentional control and executive functioning. *The British Journal of Educational Psychology*, 90 Suppl 1(Suppl 1): 158-175.
- Sosic-Vasic Z., Kröner J., Schneider S., Vasic N., Spitzer M., & Streb J. (2017). The Association between Parenting Behavior and Executive Functioning in Children and Young Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 8.
- Van keer I., Bodner N., Ceulemans E., Van Leeuwen K., & Maes B. (2020). Parental behavior and child interactive engagement: a longitudinal study on children with a significant cognitive and motor developmental delay. *Research in Developmental Disabilities*, 103, 103672.
- Wozniak J.R., Riley E.P., & Charness M.E. (2019). Clinical presentation, diagnosis, and management of fetal alcohol spectrum disorder. *The Lancet. Neurology*, 18(8): 760-770.
- Young S., Absoud M., Blackburn C., Branney P., Colley B., Farrag E. et al. (2016) Guidelines for identification and treatment of individuals with attention deficit/hyperactivity disorder and associated fetal alcohol spectrum disorders based upon expert consensus. *BMC Psychiatry*, 16, 324.
- Zeytinoglu S., Calkins S.D., & Leerkes E.M. (2018). Maternal emotional support but not cognitive support during problem-solving predicts increases in cognitive flexibility in early childhood. *International Journal of Behavioral Development*, 43(1): 12-23.
- Zimmer-Gembeck M.J., Kerin J.L., Webb H.J., Gardner A.A., Campbell S.M., Swan K., & Timmer S.G. (2019). *Improved Perceptions of Emotion Regulation and Reflective Functioning in Parents: Two Additional Positive Outcomes of Parent-Child*.

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



promuovono

TUTELA DELLA SALUTE NELLE DIPENDENZE CONTESTI E AZIONI

Giovedì 4
giugno 2026
TORINO

SAVE THE DATE

Salone Congressi LA FABBRICA delle "e"

CONVEGNO

Il Convegno è accreditato ECM per le seguenti figure professionali del settore: *medico chirurgo (tutte le specializzazioni), psicologo, infermiere, farmacista, educatore professionale, tecnico della riabilitazione psichiatrica, assistente sanitario, biologo* – n. 6 ore formative.

È stato richiesto accreditamento anche per la figura dell'assistente sociale secondo l'Ordine di riferimento

L'iscrizione è da effettuarsi ONLINE connettendosi al sito www.expopoint.it o www.federserd.it e selezionando l'evento di riferimento.

TEMI TRATTATI

IL SISTEMA INTEGRATO DELLE DIPENDENZE: LA TUTELA DELLA SALUTE NEI DIVERSI CONTESTI DI INTERVENTO.
Mission, Punti di forza, Aspetti critici e Prospettive per il futuro

STRATEGIE FARMACOLOGICHE NELLE DIVERSE TIPOLOGIE DI DIPENDENZA: UN'OTTICA DI SANITÀ PUBBLICA ORIENTATA AL BENESSERE DEL PAZIENTE

Tavola rotonda
**INTEGRARE COMPETENZE, SVILUPPARE RETI:
ESSERE PROTAGONISTI DELLA SANITÀ TERRITORIALE**

Nell'area congressuale saranno presenti strumenti e documentazione del Sistema di intervento



INFO
PROGRAMMA
ISCRIZIONI

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
EXPOPOINT - Organizzazione Congressi Eventi Comunicazione
Via Nazario Sauro, 2/4 - 22066 Mariano C.se - Co - tel. 031 748814

federserd@expopoint.it | www.federserd.it | www.expopoint.it

**EXP
POINT**
CONGRESSI
EVENTI
COMUNICAZIONE



“Rassegna Clinica del Tabagismo”

Anno I, n. 1

MISSION n. 73

Comitato scientifico - Componenti del settore tematico nazionale di FeDerSerD: Alessandro Agus (Trieste), Giulia Audino (Catanzaro), Maurizio Campana (Bergamo), Gennaro Crispo (Napoli), Sabrina Flores (Torino), Sabrina German (Taranto), Concettina Varango (Pavia), Vincenzo Verrardi (Taranto).

Board editoriale e redazione: Giulia Audino (Catanzaro), Liliana Praticò (Bergamo), Concettina Varango (Pavia).

Direttore: Alfio Lucchini (Bergamo/Milano)

Redazione Mission: Centro studi e ricerche Consumi e Dipendenze – CeRCo, Milano

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

Presentazione

Alfio Lucchini

Il tabagismo rappresenta oggi, in termini epidemiologici e clinici, una delle principali sfide di sanità pubblica a livello globale. Una forma di dipendenza con il più elevato impatto sulla salute in termini di anni di vita persi per disabilità e mortalità prematura. A livello mondiale otto milioni di persone muoiono ogni anno a causa dell'uso diretto di prodotti del tabacco, mentre il fumo passivo è responsabile di oltre un milione di decessi.

In Italia, nonostante i notevoli progressi registrati negli anni passati, si ha una tendenza che vede comunque il 20% degli adulti che continua a fare uso di tabacco, con tassi crescenti tra i giovani adulti e una preoccupante diffusione del “policonsumo” (sigarette tradizionali, tabacco riscaldato, sigarette elettroniche).

Il tabagismo è responsabile di circa 90.000 decessi stimati l'anno nel nostro Paese, con costi sanitari e sociali stimati superiori ai 26 miliardi di euro annui.

In tale contesto, i *Servizi per le Dipendenze (Ser.D.)*, competenti per legge ad intervenire su tutte le forme di dipendenza, rappresentano un punto di riferimento strategico per l'intercettazione preco-

ce, la diagnosi e il trattamento della dipendenza da nicotina.

L'attivazione di percorsi clinici consente non solo una più efficace presa in carico dell'utente, ma anche una maggiore integrazione tra interventi farmacologici, psicoterapici e psicoeducativi basati sull'efficacia.

I risultati di una recentissima survey promossa da FeDerSerD a livello nazionale confermano in modo aggiornato e approfondito la realtà e le esperienze nei contesti territoriali e offrono spunti operativi per rafforzare le competenze cliniche e implementare modelli di analisi e intervento territoriali.

FeDerSerD ha deciso di valorizzare ulteriormente l'area della dipendenza da nicotina, avvalendosi della competenza del suo *Settore tematico nazionale Tabagismo*, con il quale promuove questa *Rassegna Clinica del Tabagismo* nella sua rivista scientifica *Mission - Italian Quarterly Journal of Addiction*.

I professionisti e operatori del sistema di intervento, territoriali, ospedalieri, universitari, gli studiosi della materia, possono inviare articoli scientifici seguendo le usuali norme editoriali.

Tabagismo e nuovi prodotti del tabacco e della nicotina (*sigarette elettroniche, tabacco riscaldato ed altri dispositivi senza combustione*)

Descrizione di un programma di informazione, prevenzione, formazione e trattamento multimodale della ASST di Bergamo Est

*M. Campana, A. Bovio, C. Colangelo, A. Crotti, L. Daffini, N. Rizzardi, A. Stara, D. Acerbis**

Background

La ASST di Bergamo Est opera in un contesto territoriale complesso che si estende dalla pianura alle Prealpi orobiche, servendo una popolazione di circa 385.000 abitanti distribuiti in 103 comuni, organizzati in 7 ambiti sovracomunali.

L'azienda comprende 4 presidi ospedalieri, 2 ospedali di comunità e diverse strutture riabilitative in co-partnership pubblico-privata.

La frammentazione geografica e la viabilità critica limitano l'accessibilità ai servizi per le dipendenze (Ser.D.) e ai Centri Antifumo (CAF), rendendo necessario un modello organizzativo innovativo e diffuso per la prevenzione e il trattamento del disturbo da uso di tabacco e delle nuove forme di vaping (consumo di nicotina o liquidi, tramite sigarette elettroniche).

Obiettivi

Implementare un programma multimodale aziendale finalizzato a:

- (1) potenziare la prevenzione e la diagnosi precoce del disturbo da uso di tabacco;
- (2) ampliare l'accessibilità ai percorsi di trattamento;
- (3) rafforzare la rete territoriale e istituzionale per l'intercettazione e la presa in carico dei pazienti; (4) promuovere ambienti favorevoli alla salute nei contesti lavorativi e comunitari.

Metodi

Il progetto prevede interventi integrati su più livelli:

1. **Formazione e networking:** inserimento nel Piano Formativo Aziendale 2026 di un evento formativo promosso dal Dipartimento di Prevenzione e dalla S.C. Ser.D., rivolto ai professionisti delle Case di Comunità, ai consultori (n=9), ai Medici di Assistenza Primaria e Pediatri di Libera Scelta, nonché agli stakeholder territoriali, con l'obiettivo di diffondere conoscenze aggiornate su tabagismo e vaping e ampliare la rete di intercettazione.
2. **Potenziamento dell'offerta clinica:** rafforzamento dei due CAF aziendali con attivazione di sedi periferiche presso Case

* ASST Bergamo-Est – Dipartimento funzionale di prevenzione. S.C. Ser.D.

di Comunità e presidi distrettuali, oltre a una programmazione dedicata nei presidi ospedalieri ad alta affluenza per favorire il primo contatto e l'eventuale immediata presa in carico.

3. **Workplace Health Promotion (WHP):** inserimento della lotta al tabagismo nel programma WHP aziendale con revisione della policy interna e estensione alle aziende e ai comuni aderenti al WHP territoriale in collaborazione con ATS Bergamo.
4. **Coinvolgimento istituzionale:** proposta ai 103 comuni, tramite i 7 ambiti sovracomunali, di adesione al progetto "Ambiti Sfumati", finalizzato a una campagna informativa capillare attraverso i canali istituzionali aziendali e comunali.
5. **Prevenzione in gravidanza:** implementazione di interventi informativi strutturati nei gruppi di supporto per donne gravide e partner presso i consultori, con utilizzo di strumenti di screening e autovalutazione accessibili tramite QR-code.
6. **Prevenzione nelle scuole:** implementazione di interventi informativi strutturati rivolti agli studenti dei plessi scolastici del territorio, in collaborazione con i referenti della salute ed i dirigenti scolastici e nel contesto del programma Rete-SPS (scuole che promuovono salute) di Regione Lombardia, con utilizzo di strumenti di screening e autovalutazione accessibili tramite QR-code e mediante schede informative divulgate attraverso il registro elettronico.

Risultati attesi

Incremento dell'intercettazione precoce dei fumatori, aumento delle richieste di presa in carico ai CAF, miglioramento dell'accessibilità territoriale ai trattamenti, rafforzamento della rete multi-professionale e maggiore diffusione di ambienti "smoke-free" nei contesti lavorativi e comunitari.

Conclusioni

Il progetto rappresenta un modello organizzativo integrato e replicabile in contesti territoriali complessi, basato su formazione, prossimità dei servizi, integrazione interistituzionale e promozione della salute, con l'obiettivo di ridurre la prevalenza del tabagismo e del vaping e l'impatto sanitario correlato.

Inoltre, l'attivazione del progetto "Cyti-rehab", dedicato ai reparti di degenza dei nostri presidi ospedalieri, completa l'articolazione aziendale e territoriale e la integra con la realtà ospedaliera.

Tabagismo: modello di trattamento integrato e terapia con citisina

Maria Giulia Audino*, Carla Sorrentino**, Paola Faragò***, Maria Cardamone, Giovanni Lomanno****, Gregorio Viscomi****

Il Ser.D. di Catanzaro offre un trattamento ambulatoriale integrato (terapie farmacologiche, supporto sociale e psicologico individuale e/o di gruppo) per valorizzare e promuovere azioni di prevenzione, presa in carico e cura dei pazienti tabagisti.

Il nostro obiettivo è stato quello di una vera e propria disassuefazione al fumo di sigaretta con percorsi motivazionali, counseling, sostegno psico-sociale e prescrizione di terapia farmacologica.

Il tabagismo rappresenta, in termini epidemiologici e clinici, una delle principali sfide della sanità pubblica: si stima che, nel mondo, 8 milioni di persone muoiono ogni anno a causa dell'uso di prodotti derivanti dal tabacco.

L'Oms esorta i governi di tutto il mondo a intensificare il controllo del tabacco che si traduce in una maggiore regolamentazione dei nuovi prodotti a base di nicotina – come le sigarette elettroniche – ma anche aumentare le tasse sul tabacco, vietare la pubblicità e ampliare i servizi per la cessazione del fumo in modo che sempre più persone possano decidere di smettere di fumare.

I divieti legislativi di fumare nei luoghi chiusi hanno sicuramente apportato miglioramenti sensibili nella salute pubblica ma, come è vero che ogni forma di dipendenza non si cura veramente solo con il divieto di praticarla, nella nostra esperienza il Ser.D. ha rappresentato un setting quasi ideale per promuovere la smoking cessation attraverso dei programmi di disassuefazione che avrebbero ricadute positive anche sulla salute pubblica, considerando che la maggior parte dei pazienti vive in più contesti familiari e sociali.

Il Ser.D. di Catanzaro, infatti, offre un trattamento ambulatoriale integrato (terapie farmacologiche, supporto sociale e psicologico individuale e/o di gruppo) per valorizzare e promuovere azioni di prevenzione, presa in carico e cura dei pazienti tabagisti.

Le linee di attività, sperimentate e praticate dall'équipe multidisciplinare del Ser.D. di Catanzaro, prevedono diverse fasi, come di seguito descritte:

Step 1 Decodifica della domanda (ask: chiedere se fuma)
Presa in carico - compilazione cartella clinica e scheda per tabagisti

Step 2 Advise: raccomandazioni di smettere di fumare
Presentazione dell'équipe multidisciplinare (medico-psicologo-assistente sociale)

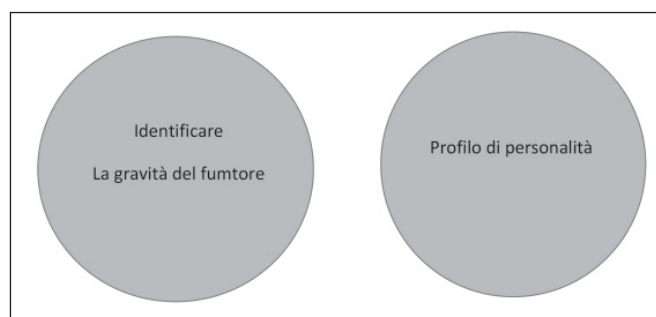
* Direttore, Ser.D. Catanzaro.

** Dirigente Psicologa, Ser.D. Catanzaro.

*** Assistente Sociale, Ser.D. Catanzaro.

**** Infermiere, Ser.D. Catanzaro.

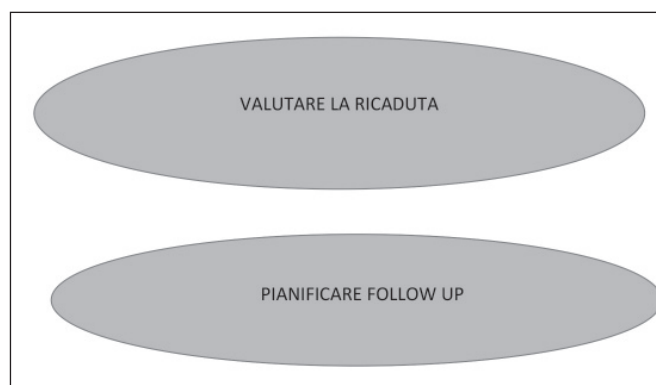
Step 3 Valutazione clinica con anamnesi tabaccologica
Somministrazione test di Fagerstrom e test del monossido CO₂



Step 4 Fornire consigli per smettere di fumare e promuovere la motivazione con la scuola di tabaccologia
Utilizzo materiale informativo e video
Somministrazione questionario sulla motivazione e test CAGE

Step 5 Aiutare a smettere con terapia farmacologica con citisina
Consegna dello schema terapeutico e diario del fumatore (durata circa tre mesi)

Step 6 Terapia di sostegno motivazionale individuale e/o di gruppo (durata 3-6 mesi)



Il nostro obiettivo è stato quello di una vera e propria disassuefazione al fumo di sigaretta con percorsi motivazionali, counseling, sostegno psico-sociale e prescrizione di terapia farmacologica.

La terapia farmacologica usata nella nostra esperienza è stata la citisina.

Questo farmaco presenta un costo ridotto, effetti collaterali limitati e una buona efficacia dimostrata, come testi-

monia un recente studio del centro antifumo dell'Istituto Nazionale dei Tumori (presentato e premiato al XV Congresso nazionale della Società Italiana di Tabaccologia a Napoli).

La citisina è un farmaco galenico magistrale, preparazione che viene allestita da farmacisti in un apposito laboratorio che può trovarsi all'interno di un ospedale o di una farmacia territoriale.

In quanto farmaco galenico magistrale, può essere preparata dal farmacista soltanto dopo la prescrizione dello specialista, a differenza dei farmaci officinali che possono essere già presenti nei laboratori galenici delle farmacie.

Una volta ottenuta la prescrizione da parte del medico del Ser.D., il paziente inizia il ciclo della terapia come da schema posologico consegnato.

In generale l'approccio prevede la raccolta della storia tabagica, compreso da quanti anni il soggetto fuma, quante sigarette al giorno e quali sono le sue particolari esigenze, oltre alle eventuali malattie già presenti.

Sulla base dello stato clinico del paziente, si valutano le alternative disponibili per indurre il pz a smettere di fumare: la terapia nicotinic sostitutiva, il bupropione (un antidepressivo prescrivibile per aiutare a smettere di fumare) e, a partire dal 2015, anche la citisina.

Questa strategia consente di delineare un aiuto strutturato e quindi "ritagliato" quasi su misura in base alle caratteristiche personalistiche del paziente.

Nella nostra esperienza la citisina è risultata sostanzialmente ben tollerata, con qualche raro fastidio riferito a livello gastrico, segnatamente nausea e difficoltà digestive.

Il farmaco, definito agonista parziale del recettore nicotinic, stimola il recettore allo stesso modo della nicotina, stimolando le medesime sostanze prodotte quando si fuma. Si verifica dunque una compensazione e una riduzione della sintomatologia da astinenza.

La citisina aiuta il paziente a provare repulsione verso il fumo di sigaretta e, difatti, alcuni dei pazienti trattati dopo aver assunto il farmaco hanno riportato un'alterazione del sapore della sigaretta descrivendo un "sapore metallico" e altri, invece, nausea dopo l'accensione della sigaretta.

Il dosaggio della citisina è unico, non varia in base al peso del paziente.

La terapia ha uno schema preciso: si parte con due capsule al giorno per arrivare fino a sei, dosaggio massimo mantenuto fino al quattordicesimo giorno.

Il paziente solitamente smette di fumare entro le due prime settimane di assunzione, successivamente, si scala il numero giornaliero delle capsule fino a cessarle completamente.

La durata della terapia dipende dal paziente: tipicamente è di 40 giorni, ma se il paziente presenta ancora voglia di fumare o ha paura a rimanere senza farmaco, si prevede un mantenimento di due o tre capsule al dì fino ad arrivare a sessanta giorni totali.

I primi due mesi, infatti, rappresentano il periodo più difficile, dove insorge la sintomatologia da astinenza che

può essere eterogenea, sia in termini di tipologia di sintomi, sia in termini di intensità.

Lo schema posologico da noi adottato, per un trattamento della durata prevista di 40 gg, è il seguente:

- due capsule/die per due giorni;
- tre capsule/die per due giorni;
- quattro capsule/die per quattro giorni;
- cinque capsule/die per due giorni;
- sei capsule/die per sei giorni;
- cinque capsule/die per sei giorni;
- quattro capsule/die per sei giorni;
- tre capsule/die per sei giorni;
- due capsule/die per sei giorni.

Smettere di fumare è sicuramente un percorso complesso che prevede il superamento di una dipendenza psicofisica e sono molti gli elementi che vanno valutati per avere successo: storia anamnestica, storia tabagica ed esigenze del paziente.

La terapia farmacologica non è di per sé sufficiente, ma va associata a quella psicologico-comportamentale e supporto di counseling sociale.

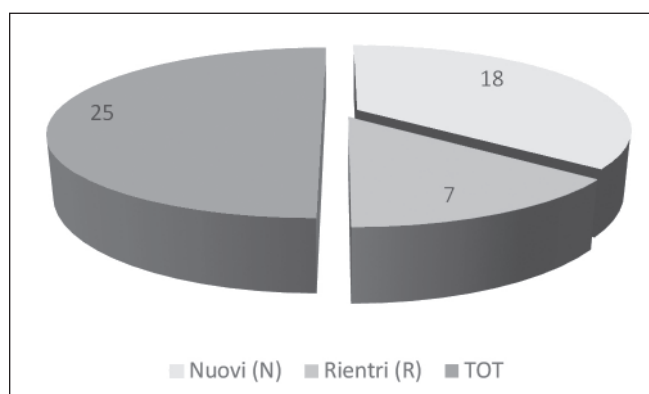
Dalla nostra esperienza, per evitare che il tentativo fallisca, serve inoltre un adeguato follow-up da parte dell'equipe, che deve seguire i pazienti sul lungo periodo, per almeno un anno che è il periodo che serve per essere finalmente considerati ex fumatori.

I pazienti, presi in carico dal Ser.D. di Catanzaro per dipendenza da nicotina, a cui è stata proposta nell'anno 2024/25 la terapia farmacologica sono stati n. 25: di questi n. 12 hanno aderito al trattamento con la citisina, gli altri 13 hanno seguito il percorso ambulatoriale integrato con colloqui di sostegno motivazionale e controlli medici periodici.

I dati, di seguito riportati in tabelle e grafici, sono stati ricavati dal sistema informatico "Dipendenze" e riguardano, oltre al totale dell'utenza suddivisa in "nuovi" e "rientri" (Tabella 1), anche la suddivisione per variabile sesso (Tabella 2) e classi di età (Tabella 3).

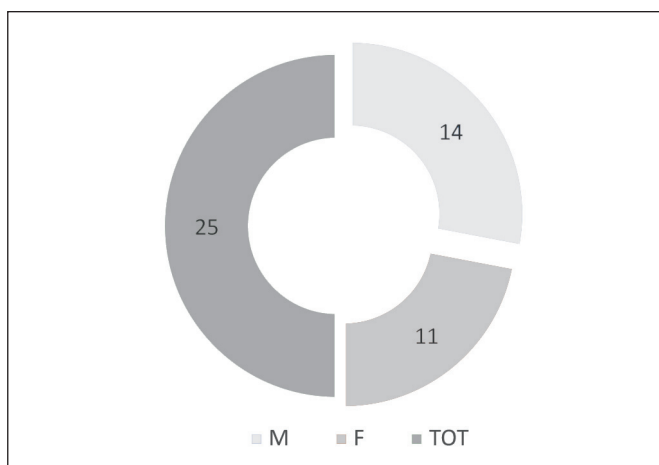
Tab. 1 - Ser.D. Catanzaro utenza Tab - 2024/2025

Anno	Nuovi (N)	Rientri (R)	Tot.
2024/2025	18	7	25



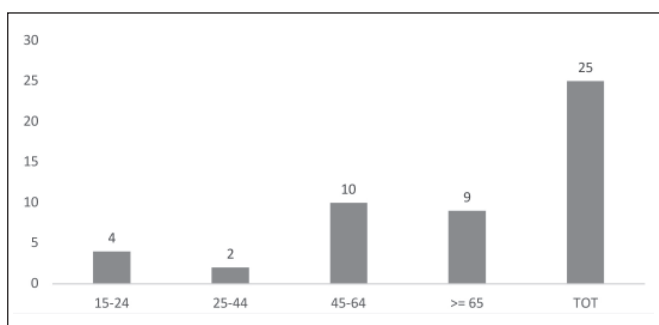
Tab. 2 - Ser.D. Catanzaro utenza Tab - variabile sesso

Anno	M	F	Tot.
2024/2025	14	11	25



Tab. 3 - Ser.D. Catanzaro utenza Tab - variabile età

Anno	15-24	25-44	45-64	>= 65	Tot.
2024/2025	4	2	10	9	25



Del totale degli utenti trattati con citisina, n. 5 sono di sesso maschile: tre appartengono alla fascia di età tra 45 e i 64 anni con abitudine tabagica positiva e storia anamnestica varia, la più rappresentativa è stata di circa 18 anni con una media comune ai pazienti oggetto del trattamento di circa 28 sigarette al giorno.

Due dei pazienti trattati hanno avuto una pregressa dipendenza da cocaina e THC già al momento della presa in carico per la dipendenza da tabacco in remissione.

Un altro dei pazienti presi in carico aveva 59 anni ed è stato inviato dal medico di medicina generale per BPCO.

Dei due pazienti appartenenti alla classe di età 25-44, uno presentava pregressa storia tossicologica positiva per Thc e l'altro paziente pregressa dipendenza da cocaina in remissione, con accesso volontario con storia anamnestica di 10 anni e con una media di circa 18 sigarette die.

Gli altri pazienti trattati sono stati di sesso femminile e rientrano nella classe di età 45-64 anni, con accesso

volontario, inserite nel mondo del lavoro, con un buon grado di istruzione e con storia anamnestica di abitudine tabaccologica di 12 anni e una media di circa 16 sigarette die.

Due di loro sono state inviate dal reparto di oncologia con storia tabaccologica positiva rispettivamente di 16 e 22 anni e con una media di 20 sigarette die.

Dopo una prima fase di diffidenza nella quale si è lavorato con percorsi motivazionali e counseling a cadenza settimanale, le pazienti hanno perfettamente aderito al programma terapeutico proposto.

Nei pazienti che hanno aderito e concluso il programma multidisciplinare e con terapia farmacologica (citisina), l'equipe ha predisposto follow-up ai 12 mesi come indicato nelle linee di azioni precedentemente descritte.

Tutti i pazienti sono stati poi ricontattati telefonicamente e invitati ad un ulteriore follow-up al fine di valutare il rischio di eventuali ricadute.

Dei 12 pazienti trattati con programma multidisciplinare e terapia farmacologica, a distanza di circa 18 mesi, risultano ancora drug free dall'uso di tabacco n. 9 pazienti, n. 1 di sesso maschile riferisce di aver ripreso l'abitudine al fumo dopo circa 14 mesi, n. 1 donna risulta persa di vista e un'altra paziente, pur non mantenendo l'astensione da nicotina, prosegue un percorso di sostegno psicologico.

In conclusione, dall'esperienza clinica emerge che l'adesione al programma ambulatoriale integrato, come per le altre dipendenze patologiche, risulta un valido strumento per la disassuefazione da fumo di tabacco.

Riferimenti bibliografici

- Lombardi C.C. *et al.* (2010). Impatto ambientale delle cicche di sigaretta. *Energia, Ambiente e Innovazione*, 4.
- London E.D. (1990). Effects of nicotine on cerebral metabolism. *Ciba Foundation symposium*, 152: 131-146.
- Pomerleau O.F. (1992). Nicotine and the central nervous system: biobehavioral effects of cigarette smoking. *The American Journal of Medicine*, 93(1A).
- Sarti S. (2018). Sociale. *Rassegna Italiana di Sociologia*, 4-7S.
- Zatonski W., Cedzynska M., Tutka P., & West R. (2006). An uncontrolled trial of cytisine (Tabex) for smoking cessation. *Tobacco Control*, 15: 481-484.
- West, Zatonsky *et al.* (2006). An uncontrolled trial of Cytisina (Tabex) for smoking cessation. *Tobacco Control*, 15: 481-484. *Genetica & Tabagismo. Tabaccologia*, 1: 29-32.

L'esperienza del Centro Antifumo del Ser.D. di Cosenza. Dalla vareniclina all'efficacia della citisina nel trattamento del tabagismo

Roberto Calabria*, Filomena Abbritti**, Aida Squillace**, Amerigo Giuseppe Rota***, Andrea Lo Polito****

Introduzione

Il tabagismo rimane una sfida prioritaria di sanità pubblica.

La carenza di terapie tradizionali ha riportato l'attenzione sulla citisina, agonista parziale dei recettori nicotinici dell'acetilcolina.

In questo articolo si rendiconta un'esperienza che ha ottimizzato un percorso di cura efficace: siamo passati da una percentuale di successo del 50% con la vareniclina a oltre il 70% con la citisina (pazienti astinenti a fine trattamento). Il Servizio, accreditato dall'ISS e dalla Regione Calabria, opera con un'équipe multidisciplinare (medici, educatori, psicologi, infermieri) offrendo programmi personalizzati. Per ottimizzare l'efficacia e ridurre il rischio di fallimento, vengono arruolati al trattamento solo utenti che dimostrano un'alta motivazione intrinseca secondo il modello Prochaska e Di Clemente.

L'obiettivo di questo studio è documentare l'efficacia di un protocollo combinato presso l'ASP di Cosenza, che associa la terapia farmacologica a un percorso di counseling strutturato.

Il craving del tabagista

La dipendenza del tabagista è duplice: fisica dovuta alla assunzione di nicotina e gestuale, dovuto al rito dell'uso della sigaretta ripetuto più volte al giorno e strutturato negli anni.

La nicotina è una sostanza psicoattiva che rende gli utilizzatori dipendenti molto velocemente.

Nella ICD-10 (Decima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie dell'OMS) la diagnosi "dipendenza dal tabacco" è diagnosticata se sono soddisfatti tutti e sei i criteri elencati, di cui 3 comparsi negli ultimi 12 mesi:

1. sviluppo di tolleranza fisica: bisogno di dosi notevolmente più elevate per ottenere gli effetti desiderati;
2. sintomi da astinenza fisica: in caso di riduzione della quantità, cessazione del consumo o assunzione della sostanza per attenuare i sintomi da astinenza;

* Medico Internista e Direttore Ser.D. di Cosenza.

** Dirigente Medico, Ser.D. – ASP Cosenza.

*** Educatore Professionale Specializzato in Professioni Sanitarie della Riabilitazione, Ser.D. – ASP Cosenza.

**** Educatore e Psicoterapeuta, Ser.D. – ASP Cosenza.

3. desiderio forte o compulsivo di consumare tabacco;
4. ridotta capacità di controllarne il consumo in termini di inizio, fine e quantità;
5. progressivo abbandono di altre attività ed interessi a favore del consumo;
6. persistenza dell'uso della sostanza nonostante una chiara evidenza di conseguenze dannose.

Il 70-80 % di tutti i fumatori soddisfa i criteri per la dipendenza ai sensi della ICD-10.

In linea di massima si può affermare che maggiore è la dipendenza, minori sono le possibilità di riuscire a smettere di fumare.

Nella disassuefazione dal fumo tuttavia entrano in gioco anche tanti altri fattori (aspettativa di auto-efficacia, resistenza, supporto sociale, percezione del rischio, disturbi psichici ecc.).

L'esperienza del trattamento farmacologico con vareniclina

La vareniclina, inizialmente adottata dal nostro Centro Antifumo, rappresenta il capostipite di una classe farmacologica innovativa definita "agonista parziale dei recettori nicotinici dell'acetilcolina", frutto della ricerca chimico-farmaceutica specificamente orientata alla disassuefazione tabagica.

Il nostro Centro è attivo dal luglio 2008.

In circa 14 anni di attività con vareniclina e negli ultimi 4 con citisina, l'équipe ha accolto e trattato circa 1.000 pazienti tabagisti.

L'accesso al servizio avviene previo appuntamento telefonico; nel tempo, abbiamo strutturato un percorso di cura efficace che ha permesso di raggiungere risultati d'eccellenza in termini di outcome clinici.

Il protocollo proposto si è dimostrato solido e performante raggiungendo sino al 2018 un successo del trattamento sino a oltre il 50% dei pazienti.

Tra i principali punti di forza del Centro si annoverano la gratuità del farmaco (per la vareniclina, fattore determinante per l'accessibilità alle cure), l'accesso immediato al servizio e il counseling psico-educativo.

Quest'ultimo si è rivelato estremamente incisivo, riuscendo a incrementare la motivazione intrinseca dell'utente e facendo leva sui numerosi benefici bio-psico-sociali che si consolidano non appena il soggetto sperimenta la cessazione concreta del fumo.

Caratteristiche della citisina

La citisina è un alcaloide naturale abbondante nei semi di *Cytisus laburnum*, una pianta che somiglia al tabacco tanto da essere popolarmente conosciuta come “tabacco finto” (fake tobacco) negli Stati Uniti da cui si può estrarre il principio attivo con un elevato grado di purezza (come nel farmaco Decitann o nelle preparazioni galeniche).

La farmacologia della citisina è stata studiata in passato da ricercatori dell'ex blocco sovietico e il primo medicinale a contenerla, approvato nel 1964 in Bulgaria, è a tutt'oggi il farmaco contro il tabagismo più venduto nei Paesi dell'est-europeo.

Grazie ad alcuni lavori pubblicati su prestigiose riviste mediche come NEJM e JAMA, la citisina da qualche tempo è molto studiata anche in Occidente, non solo per la disassuefazione dal fumo, ma come potenziale trattamento per altre forme di dipendenza.

L'efficacia nel tabagismo e la sicurezza d'impiego sono state anche confermate in una review Cochrane.

In uno studio condotto nel 2014 in Nuova Zelanda su più di 1300 pazienti, la citisina è risultata nettamente superiore alla nicotina nel trattamento della cessazione al fumo: si è riscontrato fino a un mese di astinenza continua per il 40% dei partecipanti che utilizzavano citisina, contro il 31% dei riceventi nicotina.

Il trattamento per la disassuefazione dal fumo con terapia farmacologica con citisina dura 25 giorni, periodo nel quale bisogna prima ridurre il numero di sigarette e poi astenersi completamente dal fumo.

La preparazione galenica a base di Citisina è vendibile solo attraverso ricetta medica ripetibile rilasciata da uno specialista e presentata in farmacia per la preparazione delle compresse.

Servono circa 100 cp per un trattamento completo spendendo circa 50 euro.

Sebbene sia generalmente ben tollerata, specialmente rispetto ad altri farmaci come la vareniclina, può presentare diversi effetti collaterali, solitamente lievi e transitori quali effetti gastrointestinali e nausea (i più comuni) specialmente nei primi giorni di trattamento.

Sono alcune volte sono segnalati dolore addominale con sensazione di gonfiore o crampi, alterazioni dell'alvo con stipsi (stitichezza) o, più raramente, diarrea.

Alcuni pazienti lamentano secchezza delle fauci (xerostomia) evidenziata dalla sensazione di bocca asciutta.

Poiché la citisina agisce sui recettori cerebrali, possono verificarsi disturbi del sonno (insonnia, sogni vividi o incubi) e cefalea solitamente di lieve entità.

Raramente si riferisce senso di sbandamento, specialmente nei primi giorni oltre a irritabilità o sbalzi d'umore che sono spesso difficili da distinguere dai sintomi della sindrome da astinenza da nicotina.

Sebbene rari alle dosi terapeutiche consigliate, in soggetti predisposti, si possono osservare lieve tachicardia e un aumento della pressione arteriosa, generalmente transitoria con palpitazioni e sensazione di battito accelerato.

Sono talvolta riferiti aumento dell'appetito spesso correlato all'interruzione del fumo piuttosto che al farmaco stesso.

L'uso della citisina è fortemente sconsigliato in presenza di ipertensione arteriosa instabile e aritmie cardiache gravi.

Si propone lo schema di scalaggio (da 6 compresse al giorno a 1) per 25 giorni di trattamento secondo quello che è la posologia più utilizzata al mondo.

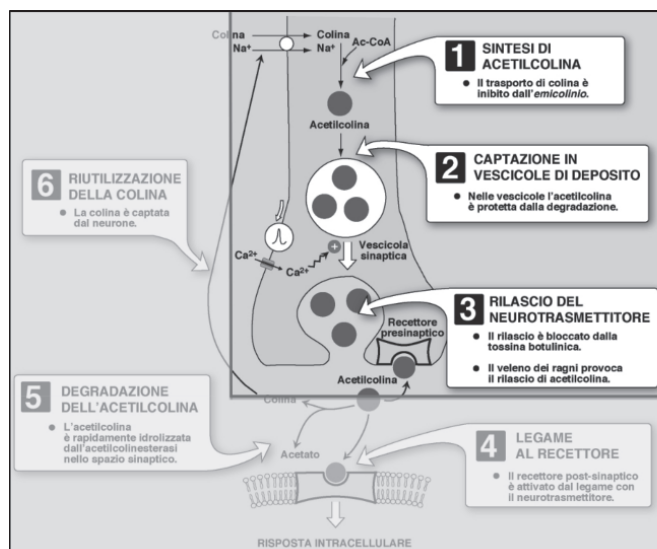
Il fumatore in trattamento è invitato a interrompere l'uso della sigaretta entro il 5° giorno di trattamento per evitare il sovraccarico di stimolazione nicotinic, che peggiorerebbe la sensazione di nausea e tachicardia.

Pianta dalla quale viene estratta la citisina: laburno d'oro



Vista la somiglianza bio-molecolare con la nicotina, la citisina si lega molto bene ai recettori nicotinici dell'acetilcolina: l'affinità di binding (legame) agli $\alpha 4\beta 2$ e $\alpha 7$ è molto elevata (sette volte superiore a quella della nicotina) agendo sui recettori come parziale agonista.

Sintesi e rilascio dell'acetilcolina



Durante l'astinenza, in assenza del ricarico di agonista fornito dalla nicotina, la citisina attiva i recettori in modo sub-massimale e permette un certo rilascio di dopamina nei circuiti di reward, controllando i sintomi d'astinenza e il craving.

In presenza di nicotina (se il soggetto fuma) si trasforma in antagonista competitivo spostando a destra la curva dose-risposta: ciò riduce gli effetti centrali della nicotina, interferisce col ciclo di sensibilizzazione desensibilizzazione dei recettori, contrastando gli effetti di rinforzo rendendo sgradevole il gusto del fumo.

Programma personalizzato con la citisina

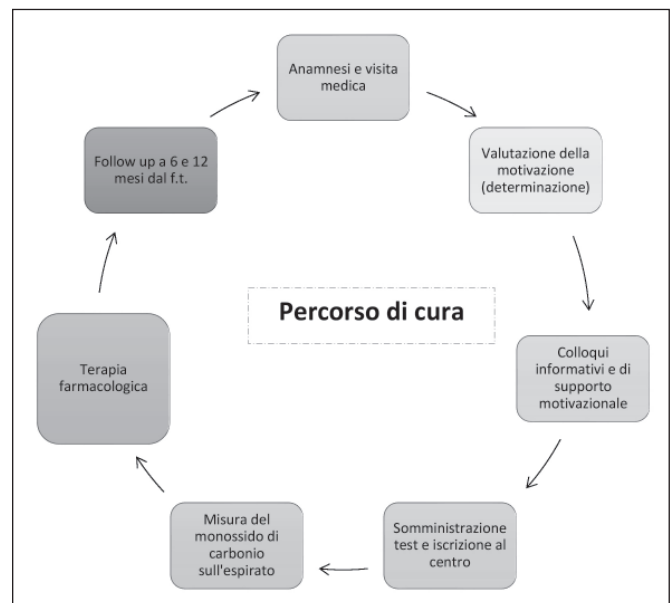
Il protocollo prevede una valutazione multidimensionale con un primo accesso, previo appuntamento telefonico, durante il quale l'équipe valuta sia il livello di dipendenza sia la motivazione a smettere del singolo fumatore pianificando il percorso terapeutico più adeguato.



Per ottenere cure più efficaci sono arruolati al trattamento solo i pazienti altamente motivate a smettere di fumare secondo i livelli previsti dal modello di Prochaska e Di Clemente.

Le terapie prevedono una anamnesi con visita medica e valutazione della motivazione a smettere di fumare; in questa prima fase l'équipe decide di inserire il paziente nel percorso di cura che prevede le seguenti fasi:

- anamnesi e visita medica;
- esecuzione o prescrizione di ulteriori esami diagnostici (prove di funzionalità respiratoria, elettrocardiogramma, radiografia del torace, TAC torace...);
- colloquio informativo e motivazionale;
- iscrizione al CTT con compilazione scheda paziente;
- somministrazione dei test motivazionale e di Fagerstrom;
- counseling informativo su dipendenza da nicotina, dipendenza psicologica, gestuale e patologie correlate al fumo;
- trattamento farmacologico con citisina;
- calendarizzazione dello scalaggio programmato delle sigarette per utenti che non possono o non vogliono assumere farmaci;
- misurazione del monossido di carbonio a inizio trattamento e a fine trattamento e, quando è previsto il follow up;
- sostegno e rafforzamento della motivazione.



Metodologia e analisi dei risultati dei trattamenti

Il campione preso in esame comprende 149 utenti afferenti al Centro Antifumo tra il novembre 2022 e il dicembre 2025.

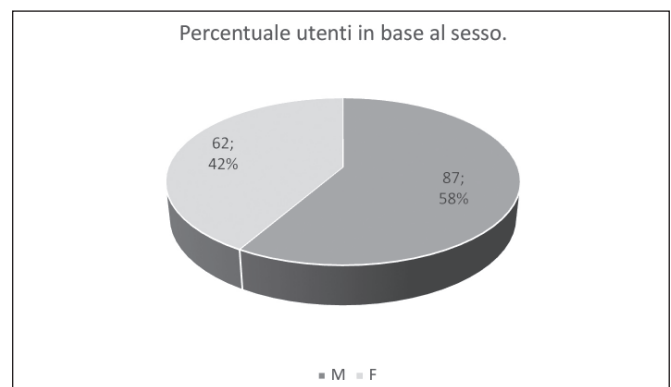
Il protocollo d'intervento ha previsto:

- **Valutazione Iniziale:** anamnesi tabagica, misurazione del monossido di carbonio (CO) nell'espriro e somministrazione del test di Fagerström.
- **Trattamento Farmacologico:** ciclo di 25 giorni con citisina, secondo lo schema posologico a scalare.
- **Intervento Psico-Educativo:** colloqui di supporto motivazionale volti a rafforzare la *self-efficacy* e a fornire strategie di gestione del *craving* e delle ricadute.
- **Monitoraggio:** follow-up periodici con monitoraggio dei parametri fisici (CO) e degli effetti collaterali.

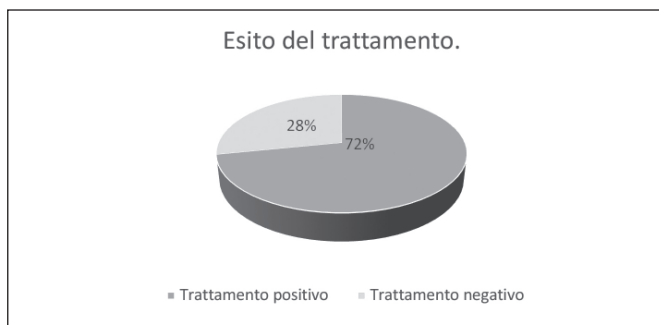
Analisi dei dati

Dall'analisi dei dati emergono i seguenti punti chiave:

- **Demografia:** una distribuzione eterogenea per età e genere, con una prevalenza di soggetti nella fascia adulta (40-60 anni) con una quasi percentuale nella parità di genere:



- **Tollerabilità:** la citisina è stata generalmente ben tollerata. Gli effetti collaterali riportati (es. disturbi gastrointestinali lievi, nausea e sonnolenza) sono risultati transitori e non hanno compromesso la prosecuzione del trattamento nella maggior parte dei casi.
- **Esito del trattamento:** una percentuale rilevante di utenti ha completato con successo il percorso (esito "OK" in tabella), raggiungendo la cessazione tabagica entro la prima settimana di trattamento e rimanendo astinente dal fumo sino al termine del ciclo farmacologico.



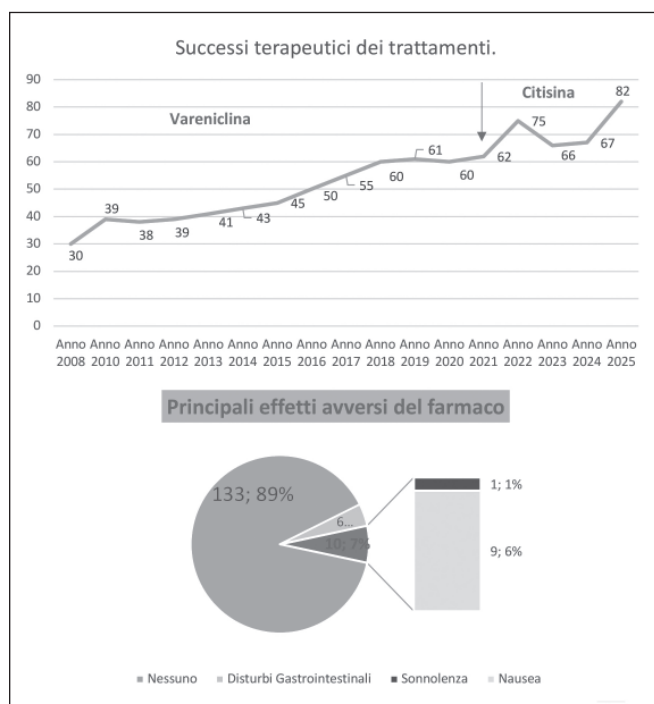
L'efficacia del trattamento, intesa come raggiungimento dell'astensione dal fumo al termine del ciclo di citisina (verificata tramite misurazione del Monossido di Carbonio), si attesta su livelli molto alti:

- **Tasso di Successo Immediato:** circa l'72% degli utenti che hanno completato il protocollo ha ottenuto l'esito "OK" (CO < 6 ppm).
- **Riduzione del Carico Tossico:** si osserva una drastica caduta dei livelli di CO già dopo la prima settimana di assunzione, passando da medie di 25-30 ppm a valori fisiologici (2-3 ppm).

Dall'analisi dei dati clinici e dei tassi di successo osservati, si nota come il passaggio terapeutico dalla vareniclina alla citisina non solo abbia confermato le elevate percentuali di cessazione tabagica, ma abbia apportato un significativo miglioramento nel profilo di tollerabilità complessiva.

Punti chiave emersi dal confronto:

- **Efficacia comparativa:** la citisina ha mostrato tassi di astinenza a fine trattamento superiori (oltre il 70%) rispetto alla precedente esperienza con vareniclina, attestasi intorno al 50%.
- **Sicurezza e tollerabilità:** uno dei punti di forza della citisina è l'eccellente profilo di sicurezza. La stragrande maggioranza degli utenti (circa il 90%) non ha riportato disturbi significativi, a differenza della vareniclina che presentava una frequenza maggiore di nausea severa e disturbi del sonno più marcati.
- **Compliance:** la riduzione degli effetti collaterali ha favorito una maggiore aderenza al protocollo, riducendo drasticamente il tasso di abbandono precoce della terapia.



È fondamentale notare che tali effetti non hanno quasi mai indotto l'utente a sospendere la terapia, grazie al costante monitoraggio del personale del Ser.D.

A differenza di altri trattamenti che presentano tassi di abbandono elevati, il protocollo con citisina al Ser.D. mostra un'aderenza superiore all'80%.

Questo risultato è direttamente correlato alla brevità del ciclo (25 giorni) e alla percezione di efficacia immediata da parte del paziente.

Il valore dell'accoglienza e del supporto motivazionale

Il dato puramente numerico non spiega da solo il successo del Centro Antifumo di Cosenza. L'aderenza al trattamento (compliance) è favorita da una buona accoglienza in quanto l'utente spesso arriva al servizio con un senso di colpa o fallimento.

Il clima creato dall'equipe di Cosenza ha agito come:

Contenitore Emotivo: la creazione di uno spazio non giudicante ha ridotto l'ansia da prestazione legata allo "smettere di fumare".

1. **Rafforzamento della Base Sicura:** il supporto motivazionale ha trasformato il farmaco da "pillola magica" a "strumento di cambiamento", dove l'utente si sente protagonista del processo e non un semplice ricevitore di cure.

2. **Educazione Terapeutica:** spiegare chiaramente i meccanismi biochimici della citisina (supporto informativo) ha aumentato la fiducia del paziente, permettendogli di gestire con consapevolezza i momenti di craving.

L'educazione alla salute svolta dagli operatori ha aumentato la consapevolezza degli utenti e spiegato loro come la vulnerabilità alle dipendenze oltre a essere soggetta a una

predisposizione genetica come avviene anche per altre malattie, ma ha una vulnerabilità intrinseca che è funzione del livello di gratificazione e dell'appagamento affettivo, sociale e del contesto lavorativo percepito dal tabagista nel suo ambito territoriale di appartenenza.

In sintesi potremmo dire che:

“Il successo della terapia farmacologica è stato mediato dalla qualità della relazione: l'accoglienza ha trasformato il bisogno di fumare in un desiderio di salute.”

Discussione

L'esperienza del Ser.D. di Cosenza evidenzia come il successo nella lotta al tabagismo non dipenda esclusivamente dal farmaco, ma dalla **sinergia tra biologia e relazioni efficaci**.

La citisina si conferma un'opzione farmacologica con un ottimo rapporto costo-efficacia, fondamentale per un servizio pubblico, enormemente rafforzata dal supporto educativo-informativo, un'alleanza terapeutica che permette all'utente di decodificare i sintomi dell'astinenza, riducendo l'ansia e aumentando la partecipazione attiva al trattamento.

Inoltre, l'integrazione del Centro Antifumo all'interno dei servizi per le dipendenze permette di intercettare utenze complesse che spesso presentano comorbidità con altre sostanze o disturbi psichiatrici.

Conclusioni

I dati raccolti nel triennio 2022-2025 presso il Ser.D. dell'ASP di Cosenza confermano in modo inequivocabile l'efficacia del modello integrato, dove la farmacoterapia con citisina non agisce in isolamento, ma come catalizzatore di un processo educativo e psicologico più ampio.

L'esperienza dimostra che la citisina, supportata da un intervento motivazionale e psico-educativo solido, non è solo una valida alternativa terapeutica, ma rappresenta una “best practice” sostenibile ed esportabile in altri contesti territoriali e nei Servizi per le Dipendenze a livello nazionale.

La transizione dalla vareniclina alla citisina ha evidenziato come un farmaco dal profilo di sicurezza elevato, unito a un clima di sana accoglienza, possa abbattere le barriere del pregiudizio e del senso di fallimento tipiche del paziente tabagista, garantendo un'aderenza al trattamento superiore agli standard preesistenti.

Le prospettive future del Centro Antifumo prevedono un potenziamento strutturato dei follow-up a 12 mesi, finalizzato a monitorare la tenuta dell'astinenza nel lungo periodo e a prevenire le ricadute attraverso strategie di mantenimento personalizzate.

In ultima analisi, il successo di questo protocollo riafferma il ruolo centrale del Ser.D. come presidio fondamentale per la salute pubblica nella lotta contro le dipendenze patologiche.

Riferimenti bibliografici

- Arch J.J., & Craske M.G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15: 263-279.
- Attwood A.S., Williams T., & Adams S., McClernon F.J., Munafò M.R. *Effects of varenicline and cognitive bias modification on neural response to smoking-related cues: study protocol for a randomized controlled study*.
- Beck A.T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Meridian.
- D'Amore B. (1996). “Problemi”, *Pedagogia e psicologia della matematica nell'attività di problem solving*. Milano: FrancoAngeli.
- Duval R. (1993). Registres de représentations sémiotique et fonctionnement cognitif de la pensée. In: *Annales de Didactique et de Sciences Cognitives*. Strasbourg: ULP, IREM.
- Gonzales D., Hajek P., Pliamm L., Nackaerts K., Tseng L.J., McRae T.D., & Treadow J. (2014). Retreatment with varenicline for smoking cessation in smokers who have previously taken varenicline: a randomized, placebo-controlled trial. *Clin Pharmacol Ther.*, Sep., 96(3): 390-6.
- Hajek P. et al. (2014). Effectiveness of Cytisine in Quit Smoking. *New England Journal of Medicine*.
- Hobbs S., & Chiesa M. (2011). The Myth of the “Cognitive Revolution”. *European Journal of Behavior Analysis*, 12, 385-394.
- Kadden R.M. (2002). *Cognitive-Behavior Therapy for substance Dependence: Coping Skills Training*.
- La Marca A. (1999). *Didattica e sviluppo della competenza metacognitiva. Voler apprendere per imparare a pensare*. Palermo: Ed. Palumbo.
- Leahy R.L. (2008). A closer look at ACT. *Behavior Therapist*, 31, 148.
- Linee Guida PNCT (Piano Nazionale Contrasto Tabagismo).
- Mc Clure E.A., Vandrey R.G., Johnson M.W., & Stitzer M.L. (2013). Effects of varenicline on abstinence and smoking reward following a programmed lapse. *Nicotine Tob Res.*, Jan, 15(1): 139-48.
- Mosconi G., & D'Urso V. (a cura di) (1973). Il problem solving nella psicologia della Gestalt. In: Kanizsa G. (a cura di). *La soluzione dei problemi*. Firenze: Ed. Giunti-Barbera.
- Mosconi G., & D'Urso V. (1973). *La soluzione dei problemi*. Firenze: Ed. Giunti, Barbera.
- Powers M.B., ZumVörde SiveVörding M.B., & Emmelkamp P.M.G. (2009). Acceptance and Commitment Therapy: A Meta-Analytic Review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78: 73-80.
- Protocolli clinici Ser.D. – Focus sul counseling motivazionale.
- Rose J.E., & Behm F.M. (2014). Combination treatment with varenicline and bupropion in an adaptive smoking cessation paradigm. *Am J Psychiatry*, Nov 1, 171(11): 1199-205.
- Stein M.D., Caviness C.M., Kurth M.E., Audet D., Olson J., & Anderson B.J. (2013). Varenicline for smoking cessation among methadone-maintained smokers: a randomized clinical trial. *Drug Alcohol Depend.*, Dec 1, 133(2): 486-93.
- Sutherland M.T., Carroll A.J., Salmeron B.J., Ross T.J., Hong L.E., & Stein E.A. (2013). Down-regulation of amygdala and insula functional circuits by varenicline and nicotine in abstinent cigarette smokers. *Biol Psychiatry*, Oct 1, 74(7): 538-46.

Il progetto “CYTI-REHAB”: il trattamento con Citisina in un contesto ospedaliero

M. Campana, A. Bovio, C. Colangelo, A. Crotti, L. Daffini, N. Rizzardi, A. Stara, D. Acerbis*

Razionale del progetto

I due centri anti-fumo aziendali (CAF), dopo avere attivato la proposta di diagnosi e trattamento del tabagismo nell'ambito del WHP della ASST di Bergamo EST (*Workplace Health Promotion/Promozione della salute nei luoghi di lavoro*), proposta riservata ai dipendenti aziendali, si sono organizzati per favorire la diagnosi ed il trattamento del disturbo da uso di tabacco nel contesto ospedaliero.

Il progetto riguarda tutti i reparti di degenza dei quattro presidi ospedalieri della ASST e mira ad introdurre l'utilizzo della Citisina, a predisporre i programmi di follow-up specialistico territoriale al momento della dimissione dei pazienti, ad implementare gli interventi di telemedicina intra-aziendale ed a ridurre l'uso delle terapie sintomatiche, volte a contenere la sintomatologia astinenziale dalla nicotina (prodotti a base di nicotina) ed infine a ridurre i costi dei trattamenti standard.

Il progetto Cyti-rehab mira inoltre a favorire lo sviluppo di una rete intra-aziendale, ospedale-territorio, che possa essere inserita nella più vasta progettualità relativa allo screening oncologico polmonare e che vada ad integrare la succitata proposta di diagnosi e trattamento del tabagismo nel WHP, riservato ai professionisti della nostra ASST.

Reparti/Servizi coinvolti

1. S.C. di degenza ospedaliera adulti (tutti i 4 presidi).
2. S.C. Farmacia.
3. S.S. Team di telemedicina.
4. S.C. Ser.D. – CAF (sedi di Gazzaniga e Lovere).

Procedure e ruoli durante la degenza del paziente

Medico Ser.D. (visita in reparto o in telemedicina):

1. Prima visita/teleconsulto al tempo 0:
 - Anamnesi tabaccologica e tossicologica.
 - Anamnesi psichiatrica, secondo i criteri del DSM-5, e somministrazione del test di Fagerstrom (diagnosi dipendenza).
 - Somministrazione test di Mondor (motivazionale).
 - Prescrizione citisina secondo i due schemi posologici previsti (protocollo standard e protocollo di induzione graduale).
 - Counselling specifico e comportamentale relativo all'assunzione della terapia ed alla gestione del craving.
2. Seconda televisita (T-1), dopo 7 giorni dall'inizio della terapia:
 - Counselling specifico e comportamentale.

* ASST Bergamo-Est – Dipartimento funzionale di prevenzione. S.C. Ser.D.

- Verifica del craving residuo mediante VAS-scale (da = a 10).
 - Verifica della terapia farmacologica.
3. Visite di follow-up (televisita T-2) a richiesta del paziente e/o dei terapeuti:
 - Counselling specifico e comportamentale.
 - Verifica del craving residuo mediante VAS-scale.
 - Verifica della terapia farmacologica.
 4. Definizione del follow-up ambulatoriale presso le sedi Ser.D. aziendali (centri anti-fumo - CAF):
 - Controlli a 3 mesi, 6 mesi ed 1 anno.

Medico di reparto (in presenza durante la visita/televisita):

- Al medico di reparto compete la gestione clinica del paziente, la supervisione della terapia con Citisina ed il monitoraggio della compliance e degli eventuali eventi avversi.

Infermiere reparto:

- Somministrazione del farmaco e rilevazione di eventuali eventi avversi.

Qualora il paziente disponesse di smart-phone è possibile la compilazione dei questionari (Fagerstrom, craving e motivazionale) attraverso QR-code dedicato, con l'ausilio dell'infermiere di reparto.

Farmacia:

- La farmacia si occuperà della fornitura e disponibilità del farmaco (Citisina capsule 1,5 mg; stima 100-133 cps per ogni ciclo terapeutico a seconda dello schema posologico applicato) e del controllo del consumo e dei costi dei trattamenti effettuati.
- Consegna direttamente in reparto, con affido al domicilio delle capsule per il giorno della dimissione ed invio, per continuità terapeutica, al CAF aziendale più vicino.

Team di telemedicina:

- Si occuperà della formazione degli attori coinvolti, dell'assistenza tecnica specifica e dell'integrazione delle procedure nel programma aziendale di telemedicina.

Endpoint:

- Mantenimento dell'astensione dall'uso di tabacco a 3, 6 mesi ed 1 anno dalla dimissione dal ricovero.
- Misurare la compliance alla terapia anche alla dimissione dal reparto.
- Valutare il risparmio economico rispetto all'impiego di NRT in contesti ospedalieri.

Il costo della terapia standard valutato a fine 2024, pur con variazioni possibili, risulta inferiore per la citisina.

Analisi SWOT

Punti di forza

La temporanea residenzialità dei pazienti in contesti ospedalieri.

La disponibilità di un trattamento di facile gestione e con costi estremamente contenuti e rari eventi avversi.

Il ricorso agli strumenti della telemedicina, già ben sviluppata a livello aziendale.

La programmazione del follow-up con i servizi specialistici territoriali.

Debolezza

Può rappresentare una debolezza la novità stessa del progetto, che richiede la messa in rete intra-aziendale di più attori, con modalità e standard operativi differenti.

I costi degli interventi di telemedicina non ancora “remunerabili”.

Opportunità

La costituzione di una rete interna che può avere sviluppi ulteriori con altre realtà residenziali. L'implementazione della rete aziendale di telemedicina.

Il progetto può favorire una riduzione dei costi delle terapie specifiche per il disturbo da uso di tabacco e potrebbe favorire il trattamento di una popolazione difficilmente “agganciabile” ai Ser.D./centri anti-fumo.

Minacce

Al momento della definizione del progetto non sono ipotizzabili particolari minacce alla sua realizzazione.

Ipotetiche criticità potrebbero essere rappresentate da altri attori territoriali privati come i centri anti-fumo a valenza commerciale/imprenditoriale.

Analisi del progetto secondo qualità smart

Specific

Target di popolazione, reparti/servizi ed operatori coinvolti ben definiti.

Measurable

Analisi delle prestazioni erogate mediante report piattaforma telemedicina, nuove diagnosi, outcomes di patologia, costi.

Achievable

Stante il chiaro target di popolazione assistita e la temporanea degenza nei reparti aziendali si ritiene raggiungibile l'obiettivo di diagnosi e cura del disturbo da uso di tabacco.

Relevant

Significativa rilevanza, perché permetterebbe la realizzazione di un approccio proattivo e di prossimità nel campo delle dipendenze patologiche in un contesto di ricovero specialistico. Rientrerebbe a pieno titolo nel progetto di integrazione ospedale/territorio.

Time-based

L'attivazione del progetto è vincolata alla realizzazione delle procedure di telemedicina ed all'identificazione e formazione degli operatori coinvolti.

Presumibilmente entro 3 mesi dall'approvazione del progetto.

Conclusioni

Il progetto CYTI-REHAB rappresenta un intervento innovativo e strutturato per la diagnosi e il trattamento del Disturbo da Uso di Tabacco (DUT) in ambito ospedaliero, integrando l'approccio farmacologico con la Citisina, il counselling specialistico e gli strumenti di telemedicina in un modello organizzativo ospedale-territorio.

L'ospedalizzazione costituisce una finestra di opportunità clinica e motivazionale per l'avvio di interventi di cessazione dal fumo, consentendo un accesso proattivo a una popolazione spesso non intercettata dai Servizi territoriali per le dipendenze e dai CAF.

L'integrazione tra reparti di degenza, Servizi per le Dipendenze (Ser.D. e CAF), Farmacia ospedaliera e Team di Telemedicina consente la presa in carico precoce e continuativa del paziente, con definizione di un follow-up strutturato a breve, medio e lungo termine.

L'introduzione della Citisina come opzione terapeutica di prima linea si configura come una scelta strategica per la sostenibilità del sistema sanitario, grazie al favorevole profilo costo-efficacia, alla buona tollerabilità e alla semplicità di utilizzo rispetto alle terapie farmacologiche standard.

Il confronto economico evidenzia un potenziale significativo risparmio per l'azienda sanitaria, soprattutto in contesti di degenza ospedaliera ad alta prevalenza di fumatori.

L'implementazione di strumenti di telemedicina per la valutazione, il counselling e il monitoraggio del craving e della compliance terapeutica consente di superare barriere organizzative e logistiche, migliorando la continuità assistenziale e l'integrazione tra setting ospedaliero e territoriale.

Tale modello risulta coerente con le strategie di sanità digitale e con i principi di prossimità e presa in carico integrata del paziente cronico.

L'analisi SWOT e la valutazione secondo i criteri SMART confermano la fattibilità, rilevanza e misurabilità del progetto, evidenziando come principali criticità la necessità di coordinamento multi-professionale e l'attuale limitata remunerabilità delle prestazioni di telemedicina.

Tuttavia, tali criticità sono controbilanciate dalle opportunità di sviluppo di una rete aziendale strutturata per il trattamento del tabagismo e dall'integrazione con programmi di screening oncologico polmonare e promozione della salute nei luoghi di lavoro (WHP).

In prospettiva, il progetto CYTI-REHAB può costituire un modello replicabile e scalabile per altre realtà ospedaliere e residenziali, contribuendo alla riduzione della prevalenza del tabagismo, al miglioramento degli esiti clinici e alla riduzione dei costi sanitari correlati alle patologie fumo-correlate.

La sua implementazione rafforza il ruolo dei servizi per le dipendenze patologiche in ambito ospedaliero e promuove un approccio integrato e proattivo alla prevenzione e al trattamento del tabagismo, in linea con le priorità di sanità pubblica e con gli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione.

Uso della Citisina in paziente con disturbo da uso di tabacco severo (DUT) e deficit genetico di alfa-1-antitripsina

M. Campana, A. Bovio, C. Colangelo, A. Crotti, L. Daffini, N. Rizzardi, A. Stara, D. Acerbis*

Introduzione

Il deficit di alfa-1-antitripsina è una condizione ereditaria caratterizzata da ridotta concentrazione o funzionalità dell'alfa-1-antitripsina, con aumentato rischio di enfisema panacinoso e, in alcuni casi, epatopatia.

Il fumo rappresenta il principale fattore accelerante del declino funzionale respiratorio.

La Citisina è un agonista parziale dei recettori nicotinici $\alpha 4\beta 2$, indicata nel trattamento del disturbo da uso di tabacco.

La letteratura specifica sull'uso in pazienti con AATD è limitata, ma non risultano controindicazioni dirette legate al difetto genetico.

Presentazione del caso

Paziente: donna, caucasica, 51 anni.

Professione: impiegata presso struttura socio-sanitaria territoriale.

Titolo di studio: diploma di scuola superiore.

Stato civile: coniugata, partner coetaneo non tabagista.

Figli: tre, adolescenti, apparentemente senza problemi correlati al consumo di tabacco.

Anamnesi familiare:

- Padre vivente (79 anni), sottoposto a trapianto di polmone per complicanze correlate a deficit di alfa-1-antitripsina.
- Madre vivente (73 anni), non tabagista.
- Fratelli con disturbo da uso di tabacco.
- Forte familiarità per tabagismo e AATD.

Anamnesi patologica remota e prossima:

- Deficit genetico di alfa-1-antitripsina.
- Nessuna altra patologia internistica.

* ASST Bergamo-Est – Dipartimento funzionale di prevenzione. S.C. Ser.D.

- Esami ematochimici recenti nella norma.
- Consumo di 3-4 caffè/die.

Terapia domiciliare:

- Levomepromazina maleato 25 mg/die per insonnia.

Anamnesi tabagica:

- Inizio a circa 18 anni.
- 20-30 sigarette/die.
- Sigaretta del mattino descritta come la più significativa della giornata.
- Test di Fagerström: 9/10 (dipendenza molto alta).
- Scala del craving: 8/10.

Diagnosi: disturbo da uso di tabacco severo, secondo i criteri diagnostici del DSM-5.

Razionale terapeutico

Nel contesto di AATD, la cessazione tabagica è prioritaria per:

- Ridurre il declino accelerato del FEV1 (*Forced Expiratory Volume in 1 second*) ovvero il volume di aria che una persona riesce a espirare con forza nel primo secondo di un'espiazione forzata dopo un'inspirazione completa.
- Prevenire enfisema precoce.
- Ridurre rischio di necessità futura di trapianto.

La Citisina viene prescritta in capsule da 1,5 mg secondo schema terapeutico NON standard di 37 giorni.

Indicazioni della Citisina nel deficit di alfa-1-antitripsina

Nel caso specifico, la Citisina risulta indicata per:

1. Disturbo da uso di tabacco severo
2. Elevato craving
3. Alta dipendenza nicotinic
4. Urgenza clinica di cessazione per prevenzione danno polmonare
5. Assenza di controindicazioni maggiori

Il deficit di alfa-1-antitripsina peraltro non costituisce controindicazione all'uso della Citisina.

Controindicazioni generali della Citisina

Controindicazioni assolute:

- Ipersensibilità al principio attivo.
- Gravidanza e allattamento.
- Cardiopatia ischemica instabile.
- Ictus recente.
- Aritmie gravi non controllate.

Controindicazioni relative:

- Insufficienza renale severa (eliminazione prevalentemente renale).
- Disturbi psichiatrici non stabilizzati.
- Epilessia.
- Ulcera peptica attiva.

Nel caso in esame, nessuna controindicazione assoluta o relativa risulta essere presente.

Considerazioni specifiche nel deficit di alfa-1-antitripsina

1 - Compromissione epatica

Alcuni fenotipi di AATD possono sviluppare epatopatia.

- La Citisina è minimamente metabolizzata a livello epatico.
- Eliminazione prevalentemente renale.
- In epatopatia lieve-moderata: generalmente utilizzabile.
- In cirrosi avanzata: prudenza per assenza di dati robusti.

Nel caso presentato: funzionalità epatica nella norma.

2 - Compromissione respiratoria

La Citisina non ha effetti broncocostrittori e non interferisce con la funzione respiratoria, anzi, la cessazione del fumo rappresenta l'intervento più efficace per rallentare la progressione verso BPCO o enfisema.

3 - Interazioni farmacologiche

La levomepromazina può potenzialmente aumentare sedazione e ipotensione ortostatica.

La Citisina può determinare nausea, insonnia ed irritabilità.

Non sono riportate interazioni clinicamente significative tra Citisina e fenotiazine, ma è indicato un monitoraggio clinico.

Considerazioni su popolazioni speciali

La letteratura specifica sull'uso della Citisina in pazienti con AATD è scarsa.

Tuttavia, studi osservazionali in pazienti con patologie cardiovascolari (altre condizioni ad alto rischio) mostrano che la Citisina può essere utilizzata in sicurezza anche in popolazioni comorbide senza incremento significativo di eventi avversi gravi.

Non emergono evidenze di alterazioni farmacocinetiche o farmacodinamiche dovute al deficit di alfa-1-antitripsina, né effetti respiratori diretti avversi.

Dato che la Citisina è principalmente eliminata per via renale e metabolizzata minimamente a livello epatico, l'uso in pazienti con AATD senza epatopatia significativa è considerato sicuro.

Discussione clinica e conclusioni: nel caso discusso, la scelta terapeutica di utilizzare la Citisina è supportata da prove cliniche di efficacia, con tassi di cessazione favorevoli, da un profilo di sicurezza accettabile in popolazioni ad alto rischio e con eventi avversi, quando presenti, principalmente lievi. Le principali considerazioni di sicurezza si riferiscono a condizioni cliniche generali (es. insufficienza renale grave, gravi disturbi psichiatrici attivi, gravidanza/allattamento), non correlate all'AATD.

La Citisina rappresenta infatti una terapia farmacologica efficace e ben tollerata per la disassuefazione dal tabagismo.

Nel contesto del deficit di alfa-1-antitripsina, come nel caso della nostra paziente, non sono state identificate controindicazioni specifiche e l'utilizzo risulta coerente con le evidenze disponibili.

La cessazione tabagica precoce in questi pazienti è fondamentale per ridurre il rischio di progressione del danno polmonare.

Riferimenti bibliografici

1. Erine A. *et al.* (2025). Comparison of Efficacy and Safety of Cytisine against Nicotine Replacement Treatment. *Nicotine Tob Res.*
2. Valutazione sistematica di citisina nella smoking cessation (meta-analisi, RR 2,25 vs placebo).
3. Mastrostefano A. *et al.* (2025). Cytisine therapy for tobacco smoking cessation in real-world Italian anti-smoking center. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.*
4. Pereira Vicente A.F., & Lourenço O.B.T. (2022). Cytisinicline in the pharmacological treatment of smoking cessation. *Gaz Med.*
5. Osservazioni su tollerabilità in cardiopatici trattati con citisina.

TABAGISMO OGGI:

prevenzione, diagnosi e trattamento
nei Servizi delle Dipendenze

Webinar ECM Fad Sincrona

Promosso da



Lunedì

13 Aprile 2026
ore 14.30 - 17.30

programma

14.30 **Introduzione e Moderazione** - Giulia Audino – Concettina Varango

Prima Parte

Epidemiologia del tabagismo in Italia nel terzo millennio - Sabrina Molinaro

I Servizi delle Dipendenze e il Tabagismo: risultati di una survey nazionale - Alfio Lucchini

Diagnosi di addiction da tabacco, con attenzione al ruolo del laboratorio - Concettina Varango

I trattamenti farmacologici del tabagismo con focus su citisina - Vincenzo Verardi

Discussione prima parte - Giulia Audino - Concettina Varango

Seconda parte

Interventi psicoeducativi nel percorso di cura e nel monitoraggio - Sabrina German

Gli ospiti inattesi: adolescenti e nuovi stili di consumo della nicotina - Sabrina Flores

Discussione seconda parte - Giulia Audino - Concettina Varango

17.20 **Take home message** - Giulia Audino - Concettina Varango

Crediti formativi ECM – n. 4,5

ID ECM 2091-475458

COD. Ob. 10 - Epidemiologia, prevenzione e promozione della salute - diagnostica - tossicologia con acquisizione di nozioni tecnico professionali

Responsabili Scientifici - Dr.ssa Giulia Audino - Dr.ssa Concettina Varango

Accreditamento ECM FAD per le seguenti figure professionali: MEDICO CHIRURGO (tutte le specializzazioni), INFERMIERE, PSICOLOGO (Psicoterapia, Psicologia), FARMACISTA, EDUCATORE PROFESSIONALE, ASSISTENTE SANITARIO, TECNICO della RIABILITAZIONE PSICHIATRICA, BIOLOGO.

È stato richiesto l'accreditamento anche per la figura dell'Assistente Sociale secondo l'Ordine professionale di riferimento.

ISCRIZIONE E PARTECIPAZIONE

Il Webinar ECM è a partecipazione gratuita con iscrizione online obbligatoria.

Effettuare l'accesso sia per l'iscrizione che per la diretta live collegandosi al sito www.federserd.it o www.expopoint.it.

info

PROVIDER N. 2091 e SEGRETERIA ORGANIZZATIVA EXPOPOINT - Congressi Eventi Comunicazione



Via Nazario Sauro, 2/4 22066 Mariano C.se - Co

Tel. 031 748814

segreteriacongressi@expopoint.it - www.expopoint.it



PER INFO
E ISCRIZIONI

**PERCORSO FORMATIVO
DI SPECIALIZZAZIONE
NELL'AREA DELLE DIPENDENZE
PATOLOGICHE**
MASTER per professionisti under 40
e/o neoassunti nel sistema
di intervento italiano delle Dipendenze**18 MAGGIO •
21 SETTEMBRE
2026****40 ore
in 10 giornate webinar
n. 50 crediti
FORMATIVI ECM e
accreditamento per
assistenti sociali****5^a edizione****Lunedì
18 maggio
1^a giornata****I DATI DEL FENOMENO E ANALISI DELLE FONTI***Sabrina Molinaro***LA NEUROBIOLOGIA NELLA CLINICA DELLE DIPENDENZE** – Sarah Vecchio**IL PIACERE E LE DIPENDENZE** – Giancarlo Pintus**Lunedì
29 giugno
6^a giornata****LA RIDUZIONE DEL DANNO, GLI INTERVENTI DI SANITÀ PUBBLICA (HIV, HCV, HDV), ACCESSO PRECOCE E AGGANCIO VERSO LE CURE DEL SOMMERSO** – Felice Nava**LA COMORBIDITÀ INFETTIVOLOGICA E I TRATTAMENTI FARMACOLOGICI SPECIFICI** – Daniele Pini**Lunedì
25 maggio
2^a giornata****LA VALUTAZIONE DEL BISOGNO/RISORSE E IL PROGRAMMA TERAPEUTICO-RIABILITATIVO***Marco Riglietta***OBIETTIVI, STRUMENTI DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEGLI ESITI** – Marco Riglietta**LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO INCLUSA SANITÀ PENITENZIARIA E MISURE ALTERNATIVE ALLA DETENZIONE** – Orietta Venturi**Lunedì
6 luglio
7^a giornata****IL DISTURBO DA USO DI ALCOL***Giovanni Galimberti - Teo Vignoli***INQUADRAMENTO CLINICO, STRUMENTI DIAGNOSTICI E DI MONITORAGGIO DEL TRATTAMENTO****Tipologie di craving e principali trattamenti farmacologici - Principali tecniche di trattamento, strutturazione del Programma Terapeutico****Lunedì
8 giugno
3^a giornata****LE DIPENDENZE TECNOLOGICHE E COMPORTAMENTALI CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE FASCE GIOVANILI** – Flaminia Alimonti**DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO-ASSESSMENT E TRATTAMENTO** – Margherita Taddeo**Lunedì
7 settembre
8^a giornata****DISTURBO DA USO DI TABACCO: DIAGNOSI E TRATTAMENTO** – Vincenzo Verardi**DIFFERENZE DI GENERE E DIPENDENZE***Anna Paola Lacatena***Lunedì
15 giugno
4^a giornata****IL DISTURBO DA USO DI OPIACEI****INQUADRAMENTO CLINICO, STRUMENTI DIAGNOSTICI E DI MONITORAGGIO DEL TRATTAMENTO** – Cinzia Ariano**IL DISTURBO DA USO DI OPIACEI****TRATTAMENTI FARMACOLOGICI AGONISTI E ANTAGONISTI** – Edoardo Cozzolino**Lunedì
14 settembre
9^a giornata****I TRATTAMENTI PSICOLOGICI E PSICOTERAPICI***Stefano Burattini - Francesco Sanavio - Paola Causo***Lunedì
22 giugno
5^a giornata****LA COMORBIDITÀ PSICHIATRICA E I TRATTAMENTI FARMACOLOGICI SPECIFICI** – Giorgio Serio**FATTORI DI RISCHIO PER LE DIPENDENZE IN ETÀ EVOLUTIVA E TRAIETTORIE PSICOPATOLOGICHE** – Antonella Gagli**Lunedì
21 settembre
10^a giornata****LA PREVENZIONE, DIVERSI TARGET E FINALITÀ***Rachele Donini***GLI INTERVENTI DI TIPO SOCIALE, EDUCATIVO E RIABILITATIVO IN UN PERCORSO DI RECOVERY***Marialuisa Grech***I PROGRAMMI RESIDENZIALI NELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE***Roberta Balestra*

Ogni singola data formativa si svolge dalle ore 14.30 alle ore 18.30 in modalità webinar (FAD SINCRONA)
Ogni singola data formativa si sviluppa in relazioni frontali e discussioni con docenti



Scuola di formazione "Rita Levi Montalcini" di FeDerSerD

Costituita nel 2022, la *Scuola di formazione "Rita Levi Montalcini"* di FeDerSerD, intitolata alla Premio Nobel che fu per 10 anni Presidente onorario di FeDerSerD, è strutturata secondo linee di attività e sviluppo.

Agisce in sinergia con il *Comitato Scientifico Nazionale della Federazione*, con i *12 Settori Tematici Strategici (Gruppi di Lavoro)* della Società Scientifica, e in rapporto progettuale con il *Centro studi e ricerche Consumi e Dipendenze – CeRCo* e la relativa casa editrice.

Gli eventi sono attuati secondo le procedure ECM del Ministero della Salute e l'organizzazione della segreteria operativa della Federazione – Expopoint (Provider ECM n. 2091), autorizzata sia per attività residenziali che on line.

Il trimestrale scientifico della Federazione *Mission - Italian Quarterly Journal of Addiction*, edito da Franco Angeli, giunto al numero 73, e il periodico *FeDerSerD – Informa*, giunto al numero 40, sono strumenti qualificati di diffusione di documenti, strumenti e lavori scientifici, utili per le attività formative.

Format strutturati:

1

**PERCORSO FORMATIVO DI SPECIALIZZAZIONE NELL'AREA DELLE
DIPENDENZE PATOLOGICHE
MASTER PER PROFESSIONISTI UNDER 40 E/O NEOASSUNTI NEL SISTEMA
DI INTERVENTO ITALIANO DELLE DIPENDENZE**
FAD ECM SINCRONA - WEBINAR

2

SCUOLA DI ALTA FORMAZIONE
FAD ECM SINCRONA - WEBINAR

3

LE DIECI COSE DA SAPERE
FAD ECM ASINCRONA

4

**PERCORSI DI ATTITUDINE E COMPETENZA TECNICO -
PROFESSIONALE**
FAD ECM SINCRONA – WEBINAR e FAD ECM ASINCRONA

5

WEBINAR TEMATICI DI FORMAZIONE
FAD ECM SINCRONA

ALCOVER®

sodio oxibato

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



Depositato presso AIFA il 31/03/2023 MP2023/008



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

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



RCP ALCOVER



Corso specialistico sugli aspetti medici in Alcologia

FAD ECM ASINCRONA

online da lunedì 1 giugno 2026 a giovedì 31 dicembre 2026

RESPONSABILE SCIENTIFICO: Dott. Giovanni Galimberti

DESTINATARI – TARGET DI RIFERIMENTO

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

Crediti formativi assegnati: 8

ID ECM 2091-480612

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

PER INFO



20
26

ENTE PROMOTORE



FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

PROVIDER ECM n. 2091 e SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



EXPOPOINT

Organizzazione Congressi Eventi

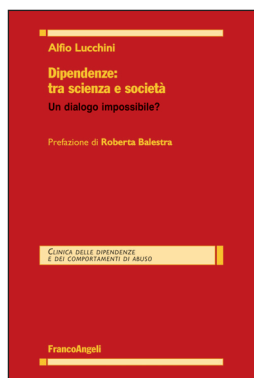
Via Nazario Sauro, 2/4 - 22066 Mariano Comense - Co

Telefono 031 748814

Email – segreteriacongressi@expopoint.it www.expopoint.it



Axenda certificata ISO 9001
Certificato n° 1725-18903A



Alfio Lucchini
DIPENDENZE: TRA SCIENZA E SOCIETÀ. UN DIALOGO IMPOSSIBILE?

Prefazione di Roberta Balestra
 Collana: Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso
 pp. 276
 euro 45,00
 Editore: FrancoAngeli

Evidenze scientifiche e vissuto sociale delle dipendenze non si incontrano. Il volume illustra i fenomeni di consumo e dipendenza con una ampia rassegna storica, culturale e legislativa. L'evoluzione dei fenomeni di consumo e le relative risposte della società, della politica, delle legislazioni a una realtà sempre più strutturale e polimorfa sono il percorso privilegiato dell'opera. Centrale è il concetto di "dipendenza come malattia" riletto alla luce dei progressi delle neuroscienze. Viene ripercorsa l'evoluzione dei Servizi pubblici e del privato sociale in Italia dal Novecento a oggi e dei problemi incontrati dai cittadini nell'accesso alle cure. In quest'ottica il testo, attraverso conoscenze ed evidenze scientifiche, intende sottolineare le ragioni che impediscono di riconoscere le dipendenze patologiche come una "normale malattia" e l'intervento dei servizi di assistenza e cura come parte della sanità pubblica territoriale.

Il ruolo dello stigma, nella politica, nella legislazione, nella società, tra gli operatori sanitari e sociali, è l'altro filo conduttore della narrazione. Il rapporto tra scienza, politica e società deve essere ricostruito, in modo che le persone in situazioni di dipendenza non siano emarginate. Ma la riduzione del gap tra scienza e politica non può essere raggiunta senza una diversa consapevolezza della società e una corretta lettura storico-evolutiva.

Il volume vuole invitare tutti a una assunzione di responsabilità, perché alle persone con patologia da dipendenza venga garantita la piena cittadinanza, con diritti e doveri.

Il testo – prodotto dopo la VII Conferenza nazionale sulle Dipendenze – è ricco di analisi, report, norme, richiami alle leggi costitutive dello Stato, utili alla riflessione non solo degli stakeholder ma anche dei cittadini.

Alfio Lucchini, psichiatra, specialista in psicologia, psicoterapeuta, direttore del Centro studi e ricerche Consumi e Dipendenze – CeRCo, esperto del comitato di indirizzo e coordinamento dell'area dipendenze di Regione Lombardia. Già dirigente del SSN, promotore della Scuola superiore di formazione FeDerSerD "Rita Levi Montalcini" e past president di FeDerSerD.

Professore a contratto presso l'Università degli Studi di Pavia, l'Università di Milano-Bicocca, l'Università Cattolica di Milano, attualmente insegna presso la Scuola di specializzazione in psicoterapia dell'adolescente e del giovane adulto dell'Istituto Minotauro di Milano. Autore di oltre 200 pubblicazioni scientifiche e 52 volumi, tra cui per i nostri tipi: *L'evoluzione dell'intervento nelle dipendenze in Italia* (2023); *Consumi e dipendenze in adolescenti e giovani adulti* (2024).



aderente a:



Sede legale: Piazza Carlo Stuparich 3, 20148 Milano

Consiglio Direttivo Nazionale

- Roberta Balestra (presidente),
- Marco Riglietta (vice presidente vicario),
- Marialuisa Grech (vice presidente),
- Vincenza Ariano (segretario esecutivo),
- Felice Nava (direttore comitato scientifico),
- Vincenzo Lamartora (vice direttore comitato scientifico),
- Giulia Audino, Stefano Burattini, Roberto Calabria,
- Lorenzo Camoletto, Mario Cappella,
- Roberto Carrozzino, Ferdinando Cerrato,
- Rosalba Cicalò, Edoardo Cozzolino,
- Simone De Persis Giovanni Di Martino,
- Donato Donnoli, Maurizio D'Orsi,
- Giovanni Galimberti, Mara Gilioni,
- Erika Lo Presti, Alfio Lucchini,
- Antonella Manfredi, Cristina Meneguzzi,
- Bettina Meraner, Marzi Merlino, Giovanna Morelli,
- Lilia Nuzzolo, Giorgio Pannelli, Francesca Picone,
- Daniele Pini, Maria Rita Quaranta, Luca Rossi,
- Romina Rossi, Francesco Sanavio, Liliana Schifano,
- Giorgio Serio, Margherita Taddeo, Paola Trotta,
- Concettina Varango.

RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Il versamento della quota associativa, pari a € 50,00 per i laureati e a € 30,00 per i non laureati, si può effettuare tramite:

- versamento sul Conto Corrente Bancario n. **000049241578** intestato a **FeDerSerD** presso la **Banca Bper - IBAN IT59T0538751090000049241578**
- versamento diretto ai referenti regionali con rilascio di ricevuta

L'accoglimento dell'istanza di iscrizione a FeDerSerD in qualità di Socio Ordinario avverrà nella prima riunione in calendario del Consiglio Direttivo e ne verrà data conferma con invio e-mail con credenziali di accesso area Socio riservata.

ANNO 2026 - RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN QUALITÀ DI "SOCIO ORDINARIO"

Da trasmettere a Expo Point per e-mail federserd@expopoint.it

COGNOME _____ NOME _____
 NATO A _____ IL _____
 INDIRIZZO (personale) _____
 CITTÀ _____ PROVINCIA _____ CAP _____
 TEL. _____ FAX _____ CELL. _____
 E-MAIL (per invio news e comunicazioni) _____
 TITOLO DI STUDIO _____
 DATA CONSEGUIMENTO TITOLO DI STUDIO _____
 SPECIALIZZAZIONE _____
 POSIZIONE PROFESSIONALE ATTUALE _____
 INDIRIZZO (lavorativo) _____
 TEL. _____ FAX _____ CELL. _____ E-MAIL _____
 PUBBLICAZIONI / ESPERIENZE CURRICOLARI DA SEGNALARE / PROGETTI SCIENTIFICI IN CORSO / AREE DI INTERESSE SCIENTIFICO / INTERESSI CULTURALI

Chiedo

- Di essere iscritto in qualità di Socio Ordinario per l'anno 2026
 - Di rinnovare l'iscrizione in qualità di socio ordinario per l'anno 2026
- a **FeDerSerD - Federazione degli Operatori dei Dipartimenti e Servizi delle Dipendenze**
 _____ li ____ / ____ / ____ Firma _____
 Si autorizzano FeDerSerD e la Segreteria Expopoint al trattamento dei dati inclusi nella presente scheda
 Versamento quota associativa di € 50,00 (medici e psicologi) € 30,00 (altre professioni)
 (allegare copia bonifico bancario o ricevuta versamento)
 Visto il Segretario Esecutivo Nazionale _____
 Visto per approvazione: Il Presidente _____