

When Substance Use Meets Mental Disorder: A Retrospective Study from a Transmural Care Perspective

Citation: Di Pietro, A. P., Giri, M., Carano, A., Gatti, C., Baglioni, I., Marcelli, S., & D'Angelo, G. (2026). When substance use meets mental disorder: A retrospective study from a transmural care perspective. *NEU*, 50(3), 135–142. <https://doi.org/10.82051/neu-2026-478>

Received: April 12, 2026

Revised: May 19, 2026

Just accepted online: September 22, 2026

Published: September 22, 2026

Correspondence: Chiara Gatti, Pediatric and Congenital Cardiac Surgery and Cardiology Unit – Pediatric Intensive Care Unit, University Hospital of Marche, Ancona, Italy. Email: chiara.gatti2019@gmail.com

Copyright: © The Author(s) 2026. This article is distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 License \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Data Availability Statement: The data supporting the findings of this study are not publicly available because they derive from clinical records and contain sensitive patient information. Anonymized data may be available from the corresponding author upon reasonable request and subject to applicable institutional and privacy requirements.

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest.

Anna Pia Di Pietro¹, Marco Giri², Alessandro Carano³, Chiara Gatti⁴, Isabella Baglioni⁵, Stefano Marcelli⁶, Gloria D'Angelo⁷

¹ *Bachelor's Degree Programme in Nursing, Polytechnic University of Marche, Ascoli Piceno Campus, Ascoli Piceno, Italy*

² *Department of Mental Health, Territorial Healthcare Authority of Ascoli Piceno, Ascoli Piceno, Italy*

³ *Department of Mental Health, Territorial Healthcare Authority of Ascoli Piceno, Ascoli Piceno, Italy*

⁴ *Pediatric and Congenital Cardiac Surgery and Cardiology Unit – Pediatric Intensive Care Unit, University Hospital of Marche, Ancona, Italy*

⁵ *Master's Degree Programme in Nursing and Midwifery Sciences, Polytechnic University of Marche, Fermo Campus, Fermo, Italy*

⁶ *Bachelor's Degree Programme in Nursing, Polytechnic University of Marche, Ascoli Piceno Campus, Ascoli Piceno, Italy*

⁷ *Bachelor's Degree Programme in Nursing, Polytechnic University of Marche, Ascoli Piceno Campus, Ascoli Piceno, Italy*

Abstract

Introduction. Dual diagnosis, defined as the co-occurrence of a mental health disorder and a substance use disorder, represents a major public health challenge and is associated with poorer prognosis, increased relapse rates, and greater complexity of care. Scientific evidence indicates that approximately 50% of patients with one of these conditions also develop the other. In this context, nursing management requires a comprehensive and multidisciplinary approach focused on continuity of care and integration between hospital and community settings. The aim of this study was to retrospectively analyze the clinical and care complexity of patients with dual diagnosis.

Materials and Methods. A retrospective descriptive study was conducted at the Psychiatric Diagnosis and Treatment Unit of the “Madonna del Soccorso” Hospital in San Benedetto del Tronto, Italy. Hospital admissions occurring between June 1, 2021, and June 1, 2025, were analyzed. Data analysis included a descriptive phase and an inferential phase using statistical testing.

Results. Approximately half of the patients experienced repeated hospital admissions, with a mean length of stay of 13.5 days. The most frequent psychiatric diagnoses associated with substance use were personality disorders, psychotic disorders, and mood disorders. Significant impairment in relational and social functioning, together with poor treatment adherence, also emerged. Greater continuity of care and stronger integration between hospital and community services were associated with improved treatment adherence and reduced relapse rates.

Discussion. A multidisciplinary, person-centered approach supported by a transmural model is fundamental in the management of dual diagnosis. Nurses play a central role in promoting individualized interventions, supporting continuity of care, improving clinical outcomes, and reducing stigma.

Keywords: Dual Diagnosis, Continuity of Care, Mental Health, Nursing Approach, Transmural Model

Introduzione

Ad oggi, la coesistenza tra disturbi mentali e disturbi da uso di sostanze, definita come doppia diagnosi, rappresenta una delle condizioni più complesse da trattare nell'ambito della salute mentale. Tale condizione è caratterizzata da un decorso severo associato a un rischio significativamente alto di ricadute e riospedalizzazioni ed a un aumento della mortalità (Kessler, 2004; Hunt et al., 2018). La relazione tra questi due elementi è molto spesso complessa e bidirezionale, rendendo difficile stabilire se l'assunzione di sostanze sia un fattore che predispone lo sviluppo di disturbi psichiatrici o se, al contrario, sia il disagio psicologico esistente a favorire l'utilizzo di sostanze psicoattive come forma di autocura. La coesistenza di queste condizioni, definita "dual diagnosis", si associa a un aggravamento significativo dei sintomi, difficoltà di adesione terapeutica, aumento del rischio di caduta e comportamenti disfunzionali e autolesivi (Nordgaard et al., 2023). I disturbi mentali concomitanti più comuni sono i disturbi di personalità (30-70%), il disturbo bipolare e la schizofrenia (30-66%), la depressione e le sindromi ansiose (12-80%), i disturbi alimentari e la mania, disturbi (psichiatrici e di abuso) nello stesso individuo. Da ciò emergono due quesiti rilevanti: il primo riguarda l'ipotetico percorso eziologico comune, il secondo

riguarda l'impatto della coesistenza diagnostica sull'assistenza clinica (Krishnan, 2005). Considerando questo territorio di confine tra i vari campi della medicina, la doppia diagnosi non ha ricevuto la giusta attenzione in termini di panoramica nosografico-diagnostica e strategie terapeutiche. Perciò non esiste un quadro nosologico che descriva l'univocità di tali fenomeni (Vitali et al., 2018). Diversi dati epidemiologici in letteratura suggeriscono che non si tratta di un problema clinico "marginale". Vari studi epidemiologici dimostrano, infatti, che 6 persone su 10 con un disturbo di abuso di alcool o droghe hanno anche un disturbo mentale, e il 25-60% delle persone con un disturbo mentale presentano anche una dipendenza da sostanze (Kessler, 2004). Esistono almeno dieci associazioni discernibili tra i due insiemi di disturbi che può portare la persona che fa uso di sostanze a sviluppare dei sintomi psichiatrici e la persona con un disturbo psichiatrico a precipitare nell'utilizzo di sostanze (Munro et al., 2007). La gestione di pazienti con doppia diagnosi, ovvero la coesistenza tra un disturbo mentale e un disturbo di abuso di sostanze, richiede un approccio infermieristico multidisciplinare che permetta di soddisfare le complesse esigenze che si presentano. Importante è il tener conto che molti di questi individui hanno situazioni familiari, affettive, lavorative ed abitative instabili, attuano comportamenti

violenti che potrebbero portarli a commettere reati, molto spesso non aderiscono e/o sono ostili ai trattamenti, hanno alti rischi di ricaduta con conseguenti ricoveri e di comportamenti suicidari. Costoro pertanto hanno vari squilibri in tutti i settori della loro vita, che comportano un aumento dei costi psicologici e sociali per le loro famiglie e per la comunità (Antai-Otong et al., 2016). Gli interventi infermieristici principalmente attuati sono, come già detto in precedenza, il monitoraggio continuo, somministrazione e supervisione della terapia farmacologica, gestione dei momenti di crisi ascoltando e sostenendo il paziente, prevenendo le ricadute, facendo sì che non si senta mai giudicato. (Subodh et al., 2018). Soprattutto negli ultimi anni, sta diventando sempre più centrale la figura dell'infermiere territoriale che sostiene non solo il paziente ma anche la famiglia stessa che viene coinvolta nel processo di cura. Molto spesso i componenti della famiglia assumono il ruolo di caregiver. Oltre agli interventi di cui abbiamo già trattato, questa figura si occupa anche di "addestrare" il o i caregiver, istruendoli su come riconoscere i sintomi/segnali di crisi o ricadute, sulla gestione di eventuali momenti di crisi, sull'importanza dell'aderenza al trattamento farmacologico, controllando che il paziente assuma la terapia in modo corretto, sul riconoscere eventuali effetti collaterali dei farmaci e a riferirli al team curante, promuovendo una comunicazione assertiva e non giudicante tramite tecniche di ascolto attivo. In sostanza, il professionista infermiere fa educazione sanitaria alla famiglia e al paziente sui rischi legati all'utilizzo di sostanze, alla gestione dello stress evitando situazioni e ambienti ad alto rischio, al sostegno e alla partecipazione ad attività sociali e riabilitative, promuovendo un miglior stile di vita (Nicholas et al., 2017). C'è da considerare che ad oggi la terapia in caso di doppia diagnosi è ancora molto poco sviluppata e, di solito, gli interventi sono limitati al singolo disturbo in modo più o meno integrato. Esistono varie proposte terapeutiche che però non riescono a promuovere un modello standardizzato; inoltre, sono ostacolate dalla netta separazione dei luoghi di cura (Chetty et al., 2023). La suddivisione del servizio psichiatrico (SPDC e CSM) e il servizio per le dipendenze (SER.D) ostacola e rallenta i processi di trattamento integrale. La gestione di un paziente con doppia diagnosi, come abbiamo già sottolineato, è

molto complessa e di certo non può essere affidata a un singolo professionista. Essa, infatti, richiede la collaborazione di più figure professionali come psichiatri, psicologi, educatori, assistenti sociali, infermieri e terapisti occupazionali (Timko et al., 2005). Per quanto riguarda la figura infermieristica, essa è il "ponte comunicativo" tra le varie professioni, facilitando lo scambio di informazioni e garantendo la continuità assistenziale tra l'ospedale e il territorio, migliorando gli esiti clinici, promuovendo il reinserimento sociale e riducendo i tassi di ospedalizzazione. In conclusione, il paziente con doppia diagnosi ha bisogno di un modello assistenziale complesso e integrato in cui l'infermiere ha un ruolo cardine. Diversi studi dimostrano che questo tipo di approccio coordinato e globale migliora la qualità di vita del paziente favorendone il reinserimento sociale (Sharrock et al., 2006). Risulta, pertanto, molto difficile trattare sul territorio il paziente psichiatrico e specialmente il paziente con doppia diagnosi in quanto, oltre i limiti degli ospedali e dei vari servizi, uno degli ostacoli principali è lo "stigma" che questi individui hanno addosso. La società produce etichette che spingono ai margini coloro che non si conformano ad esse. Negli ultimi anni, si sente la necessità di superare la logica dell'esclusione, di eliminare lo "stigma" perché la sofferenza psichica è una dimensione umana che va compresa e supportata non isolata. L'obiettivo principale di questo studio consiste nell'analizzare retrospettivamente la complessità clinica, assistenziale e organizzativa per i pazienti con doppia diagnosi, condizione di coesistenza di un disturbo psichiatrico e un disturbo da uso di sostanze.

Materiali e Metodi

Lo studio, di tipo retrospettivo e descrittivo, si basa sull'analisi dei dati relativi ai ricoveri di pazienti con doppia diagnosi presso l'Unità Operativa (U.O.) del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) dell'Ospedale "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto, afferente all'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Ascoli Piceno. La raccolta dei dati è stata effettuata in un arco temporale che va dal 1° giugno del 2021 al 1° giugno del 2025 includendo tutti i pazienti, con doppia diagnosi, ricoverati

in questo periodo secondo campionamento non probabilistico intenzionale. Per garantire uniformità e coerenza metodologica, sono stati definiti precisi criteri di inclusione. Per la parte relativa allo studio retrospettivo sono stati inclusi: Pazienti con almeno un ricovero in regime ordinario o urgente nel range di anni che vanno dal 2021 al 2025; Pazienti con almeno una diagnosi di un disturbo psichiatrico correlata ad almeno una diagnosi di disturbo da abuso di sostanze riportate nella cartella clinica, pazienti maggiorenni in linea con le modalità di accesso, pazienti con documentazione sanitaria completa e verificabile, compresa di Cartella Clinica Elettronica (CCE), Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), Diagnosi cliniche e durata della degenza. Sono stati esclusi: Pazienti con ricoveri in altre strutture sanitarie in quanto l'assenza di documentazione ufficiale avrebbe potuto creare dei bias nell'analisi dello studio, pazienti minorenni, poiché le dinamiche assistenziali sono diverse da quelle degli adulti e seguono percorsi differenziati, e alla stessa stregua sono stati trattati dati clinici non verificabili per evitare errori che potessero alterare la statistica, l'assenza di utilizzo di sostanze in quanto non si sarebbe potuto distinguere se le ospedalizzazioni fossero dovute a un disturbo psichiatrico primario o a veri e propri casi di doppia diagnosi, casi con documentazione incompleta dovuta a motivi di privacy. La raccolta e la gestione dei dati sono state reperite e redatte grazie alle fonti documentali e l'utilizzo di strumenti informatici, allo scopo di garantire accuratezza, tracciabilità e organizzazione sistematica delle informazioni cliniche. Le fonti principali da cui reperire i dati sono: Cartelle Cliniche Elettroniche (CCE), che ricostruiscono i ricoveri, le diagnosi, le terapie farmacologiche e riabilitative effettuate durante la degenza, la scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), utile per stabilire le diagnosi finali, le motivazioni delle dimissioni, le prescrizioni da seguire nel post-ricovero, i registri di reparto, utilizzati per verificare il numero di ricoveri, i giorni di degenza e il flusso d'ingresso e d'uscita nel periodo osservato, le schede territoriali e follow-up, che quando disponibili sono state utili per reperire informazioni di collegamento con le strutture territoriali come il CSM o SER.D. Per l'elaborazione e l'organizzazione dei dati i software sono stati utilizzati il

Software ospedaliero Cure Primarie, Microsoft Excel e Microsoft Word. Tutti i dati sono stati anonimizzati con l'assegnazione di un codice identificativo ed è stata eliminata qualsiasi informazione che potesse ricondurre all'identità del paziente. L'analisi dei dati è stata condotta attraverso una primaria fase descrittiva ed una secondaria fase inferenziale. Nella fase descrittiva, le variabili sono state analizzate in base alla loro natura, qualitativa e ordinale, sintetizzate mediante frequenze assolute (n.) e percentuali (%), sulla base di Microsoft Excel®. È stato condotto il t-test per campioni accoppiati allo scopo di valutare se esistessero differenze significative nella durata media della degenza tra due gruppi di pazienti. Il Levene's Test ha evidenziato una violazione dell'omogeneità delle varianze ($p < 0.001$), pertanto è stato correttamente utilizzato il t-test di Welch, che non assume varianze uguali tra i gruppi. Il test ha mostrato una differenza statisticamente significativa nella durata media della degenza tra i due gruppi ($t = -6.63, p < 0.001$), con una differenza media stimata compresa tra 14 e 26 giorni (IC 95%), ponendo come livello di significatività statistica $p < 0.05$. Il software statistico utilizzato è R studio versione 4.5.1. La documentazione clinica è stata consultata per finalità di ricerca, nel rispetto del regolamento Europeo sulla protezione dei dati (2016/679) e delle linee guida nazionali in materia di trattamento dei dati sanitari.

Risultati

Nel periodo preso in considerazione tra il 2021 e il 2025 sono stati raccolti i dati riguardanti n. 466 pazienti che sono stati ricoverati nell'SPDC dell'Ospedale di San Benedetto del Tronto. L'età media è di 37,35 anni con una Deviazione Standard pari a 12,42, considerando il range compreso tra i 18-75 anni. La distribuzione per genere evidenzia una prevalenza maschile che conta n. 282 individui (61%), rispetto al genere femminile che conta n. 184 individui (39%) (Grafico 1).

Le diagnosi che tra i pazienti di questo studio sono state rilevate con maggior frequenza riguardano i disturbi di personalità, 42% dei casi (n. 194), a seguire pazienti con disturbi bipolari che coinvolgono il 14% del campione (n.65), seguono le dipendenze da droghe e da alcool; il primo gruppo di queste ultime riporta

il 6% degli individui presi in considerazione (n. 27), mentre il secondo gruppo conteggia 5% dei casi (n. 24) (Grafico 2).

DISTRIBUZIONE DEL GENERE

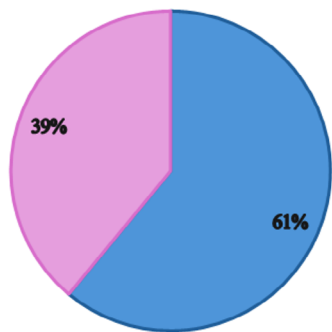


Grafico 1. Genere del campione.

DIAGNOSI PRINCIPALI

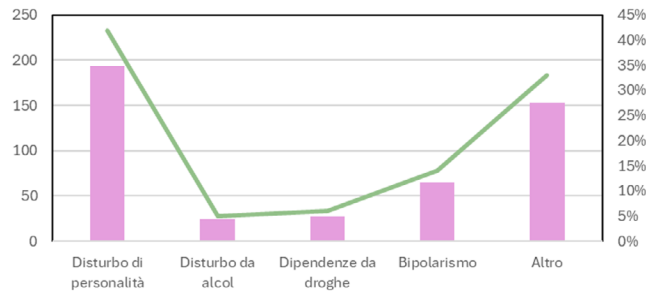


Grafico 2. Diagnosi Principali.

L'analisi della durata dei ricoveri mostra una media nel quinquennio pari a 13,54 giorni (DS=25,29). Tuttavia, prendendo in considerazione ogni anno possiamo osservare meglio nel dettaglio. Nel 2021 la degenza media è stata di 13,49 giorni (DS=15,95), nel 2022 la media di lunghezza dei ricoveri è 11,69 (DS=14,13), nel 2023 la durata media dei ricoveri è di 12,87 (DS=23,61). Nell'anno del 2024, possiamo osservare un aumento della media 15,90 giorni e soprattutto un incremento della deviazione standard che è di 40,54. Mentre nel 2025 la degenza media è di 14,34 (DS=11,87) (Tabella 1). Tali dati ci suggeriscono che la gestione dei ricoveri cambia in base a diversi fattori come la gravità, la presenza di comorbidità, l'aderenza al trattamento e le risorse disponibili.

Per approfondire meglio la distribuzione della durata dei ricoveri, è stata realizzata una heatmap che mette in relazione gli anni presi in esame (2021-2025) con le principali categorie diagnostiche (Grafico 3).

Table 1. Durata media dei ricoveri.

Anno	Media	Deviazione Standard
Durata ricoveri 2021-2025	13,54	25,29
Durata ricoveri 2021	13,49	15,95
Durata ricoveri 2022	11,69	14,13
Durata ricoveri 2023	12,87	23,61
Durata ricoveri 2024	15,9	40,54
Durata ricoveri 2025	14,34	11,87

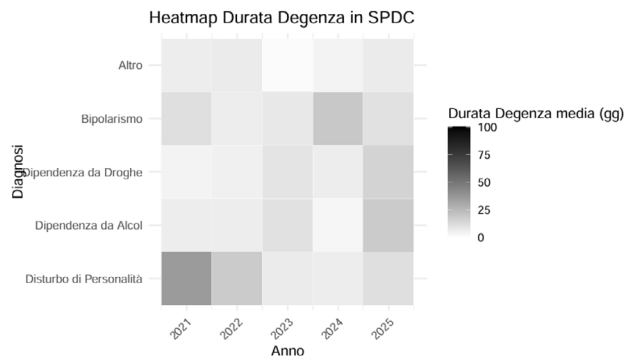


Grafico 3. Heatmap durata della degenza in SPDC.

Da questo grafico possiamo visualizzare la frequenza dei ricoveri in confronto alla durata media della degenza nei vari gruppi diagnostici. L'intensità cromatica è direttamente proporzionale al numero medio di giorni di degenza. Infatti, i colori più scuri corrispondono ai ricoveri più lunghi, al contrario quelli chiari indicano quelli più corti. Da questa analisi si può considerare che:

- Nei disturbi di personalità i ricoveri sono tendenti ad essere molto frequenti e con durate più lunghe rispetto ad altre diagnosi, in particolare nel 2024.
- Nei pazienti con disturbo bipolare la durata dei ricoveri è molto variabile, con oscillazioni che indicano le differenze nella gestione e nella gravità degli episodi.
- Le diagnosi correlate a dipendenza da droghe e dipendenza da alcol portano in generale a ricoveri più brevi, anche se non mancano le variazioni.
- La categoria "Altro" ci fa osservare delle degenze più lunghe probabilmente per la gravità clinica o la presenza di comorbidità.

In sostanza, la heatmap dimostra come i ricoveri per i disturbi di personalità e i disturbi dell'umore tendono a essere più lunghi e frequenti, mentre quelli da dipendenze

sono nella maggior parte più brevi anche se mantengono un grado di oscillazione per ogni anno. L'analisi dei ricoveri ripetuti definisce una media complessiva di 1,33(DS=0,67) ricoveri per paziente (Tabella 2).

Table 2. : Ricoveri ripetuti.

Anno	Media	Deviazione standard
Anni totali	1,33	0,67
Ricoveri ripetuti 2021	1,35	0,64
Ricoveri ripetuti 2022	1,33	0,59
Ricoveri ripetuti 2023	1,38	0,81
Ricoveri ripetuti 2024	1,24	0,5
Ricoveri ripetuti 2025	1,41	0,82

L'andamento dei ricoveri appare complessivamente stabile nel corso degli anni analizzati, con un lieve incremento nel 2025 che potrebbe indicare una maggiore tendenza alla recidiva e, di conseguenza, un aumento della necessità di ricoveri multipli. Dall'analisi del campione emerge una chiara prevalenza maschile tra i pazienti ricoverati, dato coerente con quanto riportato in letteratura per questa tipologia di disturbi. Dal punto di vista diagnostico, si osserva una predominanza dei disturbi di personalità, che rappresentano la categoria più frequente in associazione all'uso di sostanze. Per quanto riguarda le caratteristiche anagrafiche, si rilevano lievi differenze nell'età dei pazienti in relazione alla diagnosi, suggerendo possibili specificità nei diversi quadri clinici. La durata dei ricoveri risulta variabile nel tempo, con un incremento significativo nel 2024, anno in cui si registrano i picchi più elevati di degenza. In particolare, i ricoveri più lunghi riguardano pazienti con disturbi di personalità e disturbi bipolari, rispetto a quelli con prevalenti problematiche di dipendenza. Infine, il numero medio di ricoveri per paziente si mantiene relativamente stabile lungo tutto il periodo osservato, pur mostrando un lieve aumento nel 2025. Questo dato, in linea con l'incremento delle recidive, sottolinea la necessità di rafforzare interventi preventivi e percorsi assistenziali integrati, al fine di migliorare la gestione clinica e ridurre il ricorso ripetuto all'ospedalizzazione.

Discussione

I risultati dello studio dimostrano come circa la metà dei pazienti con una doppia diagnosi

presentano ricoveri ripetuti nel tempo. Questi dati confermano ciò che è riportato in letteratura, secondo cui questa tipologia di pazienti mostra tassi di riospedalizzazione significativamente più elevati, rispetto alla popolazione psichiatrica generale (Drake et al., 2001). La durata media della degenza è pari a 13,5 giorni, anche questo dato in linea con dati nazionali e internazionali, ma assume un significato clinico rilevante se considerata in relazione alla frequenza delle riacutizzazioni. Dal punto di vista diagnostico, i disturbi di personalità sono la categoria più frequentemente associata ai disturbi da uso di sostanze, seguiti dai disturbi psicotici e i disturbi dell'umore. Questa distribuzione è in linea con le evidenze che sottolineano come i disturbi di cluster B e i disturbi psicotici rendano i soggetti più vulnerabili allo sviluppo di dipendenze e ai comportamenti disfunzionali (Simson, 2000; Koob et al., 2016). In parallelo, è stata osservata una marcata compromissione della socialità e delle relazioni, cause principali l'isolamento, instabilità abitativa e difficoltà lavorative (Drake et al., 2004). Uno degli elementi centrali dello studio riguarda la scarsa aderenza terapeutica, fattore determinante per l'insorgenza delle ricadute, cui consegue la ripetizione dei ricoveri. L'aderenza terapeutica, uno dei principali predittori dell'eventuale esito clinico, è associata ad un peggioramento psicopatologico e a un aumento dell'utilizzo di servizi sanitari (Religioni et al., 2025). Risulta evidente, e quindi, necessario lo sviluppo di nuovi modelli assistenziali integrati in grado di agevolare la continuità assistenziale tra ospedale e territorio. L'approccio transmurale si dimostra la strategia fondamentale per superare la frammentazione dei servizi e migliorare, di conseguenza, gli esiti clinici. Alcuni modelli integrati hanno dimostrato con efficacia la riduzione dei ricoveri e il miglioramento dell'aderenza terapeutica (McCallum et al., 2015; Religioni et al., 2025). In quest'ottica, l'infermiere di salute mentale assume un ruolo centrale nella presa in carico globale del paziente, contribuendo al monitoraggio clinico, alla promozione dell'aderenza terapeutica, alla psicoeducazione e al coordinamento tra i vari servizi coinvolti (Happell et al., 2015). La sua funzione di ponte tra ospedale e territorio, è determinante per garantire la continuità assistenziale, anche nel caso di ricaduta. Il case report analizzato nello studio, conferma l'efficacia di un approccio assistenziale personalizzato e continuativo, dove l'intervento infermieristico

contribuisce al miglioramento della stabilità clinica e dell'autonomia del paziente. Questi risultati sono coerenti con tutte le evidenze sottolineando l'importanza di percorsi di cura individualizzati per pazienti con doppia diagnosi (Michgelsen et al., 2023). In sostanza, i dati sottolineano come la doppia diagnosi richiede un approccio multidimensionale e integrato, in cui la continuità assistenziale rappresenta un elemento fondamentale. La valorizzazione del ruolo infermieristico, soprattutto nella funzione di coordinamento tra i servizi, è un elemento imprescindibile per garantire una presa in carico efficace e sostenibile nel tempo. Nonostante, si sia garantito un livello metodologico adeguato e un'analisi adeguata dei dati, questo studio presenta dei limiti che devono essere presi in considerazione per l'interpretazione dei risultati. In primo luogo, l'indagine è stata condotta su un campione proveniente da un unico SPDC, dell'Ospedale di San Benedetto del Tronto, limitando la possibilità di generalizzazione dei risultati su più aree. Infatti, le specificità di organizzazione e socioculturali di una località possono influenzare vari fattori come la frequenza dei ricoveri, le tipologie diagnostiche e le strategie assistenziali. La raccolta dei dati retrospettiva, può rappresentare un secondo limite. I dati sono stati selezionati tramite la revisione delle cartelle cliniche, la loro oggettività può risentire della variabilità nella compilazione della documentazione sanitaria e della mancanza di informazioni rispetto ai comportamenti e agli aspetti relazionali, fondamentali in ambito psichiatrico. La natura retrospettiva di questo studio non permette di stabilire le relazioni causali tra le variabili cliniche, organizzative e assistenziali, ma consente solo associazioni descrittive. Infine, la numerosità ridotta dei sottogruppi diagnostici può aver influenzato la potenza statistica dei test utilizzati, limitando la significatività di alcune differenze.

Conclusioni

L'indagine ha riconfermato alcune tendenze ormai consolidate in letteratura nazionale e internazionale, ovvero la prevalenza di sesso maschile nei ricoveri psichiatrici, la diffusione dei disturbi di personalità e dei disturbi bipolari e la media della degenza compresa tra i 10-15 giorni. Un importante dato da tenere a mente è la presenza di ricoveri ripetuti, indice di fragilità del

follow-up cui consegue la necessità di rafforzare la continuità assistenziale. L'inserimento del caso clinico inoltre permette di approfondire il valore pratico dei risultati, mostrando come l'applicazione di modelli come la NANDA, i NIC e i NOC, si traducano in una gestione infermieristica più strutturata influenzando in maniera significativa gli esiti clinici e relazionali sull'individuo stesso. Questo studio conferma, anche avvalorato dalla letteratura, come il fenomeno del ricovero psichiatrico preveda la presa in carico globale della sfera bio-psico-sociale. Alla luce dei risultati ottenuti si auspica che future ricerche rilevino e potenzino la continuità assistenziale tra l'ospedale e il territorio al fine di assicurare un processo di recovery solido e strutturato, evitando, o quanto meno riducendo, il rischio di ricaduta e riammissione in reparto. Pertanto, risulta necessario promuovere una presa in carico globale e personalizzata, centrata sulla persona e sul suo stile di vita in modo da riuscire ad integrare al meglio gli interventi farmacologici, educativi e relazionali, rafforzando parallelamente la formazione infermieristica in salute mentale.

© The Author 2026. This article is published by iEditore and distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International License \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

References

- Antai-Otong, D., Theis, K., & Patrick, D. D. (2016). Dual Diagnosis: Coexisting Substance Use Disorders and Psychiatric Disorders. *The Nursing clinics of North America*, 51(2), 237–247. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.01.007>
- Chetty, A., Guse, T., & Malema, M. (2023). Integrated vs non-integrated treatment outcomes in dual diagnosis disorders: A systematic review. *Health SA = SA Gesondheid*, 28, 2094. <https://doi.org/10.4102/hsag.v28i0.2094>
- Drake, R. E., Goldman, H. H., Leff, H. S., Lehman, A. F., Dixon, L., Mueser, K. T., & Torrey, W. C. (2001). Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 52(2), 179–182. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.2.179>
- Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F., & McHugo, G. J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric rehabilitation journal*, 27(4), 360–374. <https://doi.org/10.2975/27.2004.360.374>
- Happell, B., Byrne, L., Platania-Phung, C., Harris, S., Bradshaw, J., & Davies, J. (2014). Lived-experience participation in nurse education: reducing stigma and enhancing popularity. *International journal of mental health nursing*, 23(5), 427–434. <https://doi.org/10.1111/inm.12077>
- Hunt, G. E., Bergen, J., & Bashir, M. (2018). Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990–2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 191, 234–258. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2018.07.011
- Kessler R. C. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biological psychiatry*, 56(10), 730–737. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.06.034>
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The lancet. Psychiatry*, 3(8), 760–773. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)
- Krishnan K. R. (2005). Psychiatric and medical comorbidities of bipolar disorder. *Psychosomatic medicine*, 67(1), 1–8. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000151489.36347.18>
- McCallum, S., Mikocka-Walus, A., Turnbull, D., & Andrews, J. M. (2015). Continuity of Care in Dual Diagnosis Treatment: Definitions, Applications, and Implications. *Journal of dual diagnosis*, 11(3-4), 217–232. <https://doi.org/10.1080/15504263.2015.1104930>
- Michgelsen, J., van de Mortel, D., van der Zwet, J., & Nijhoff, A. (2023). Measuring the Impact of Integrated Care: from Principles to Real-World Impact. *International Journal of Integrated Care*, 23(4), 12. DOI: 10.5334/ijic.7783
- Munro, A., Watson, H. E., & McFadyen, A. K. (2007). Assessing the impact of training on mental health nurses' therapeutic attitudes and knowledge about co-morbidity: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 44(8), 1430–1438. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.07.024> [9]
- Nicholas, D. B., Calhoun, A., McLaughlin, A. M., Shankar, J., Kreitzer, L., & Uzande, M. (2017). Care Experiences of Adults With a Dual Diagnosis and Their Family Caregivers. *Global qualitative nursing research*, 4, 2333393617721646. <https://doi.org/10.1177/2333393617721646>
- Nordgaard, J., Nielsen, K. M., Rasmussen, A. R., & Henriksen, M. G. (2023). Psychiatric comorbidity: a concept in need of a theory. *Psychological medicine*, 53(13), 5902–5908. <https://doi.org/10.1017/S0033291723001605>
- Religioni, U., Barrios-Rodríguez, R., Requena, P., Borowska, M., & Ostrowski, J. (2025). Enhancing Therapy Adherence: Impact on Clinical Outcomes, Healthcare Costs, and Patient Quality of Life. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 61(1), 153. <https://doi.org/10.3390/medicina61010153>
- Sharrock, J., Grigg, M., Happell, B., Keeble-Devlin, B., & Jennings, S. (2006). The mental health nurse: a valuable addition to the consultation-liaison team. *International journal of mental health nursing*, 15(1), 35–43. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2006.00393.x>
- Simson J. M. (2000). Alcohol and substance abuse among medical residents. *JAMA*, 284(22), 2874. <https://doi.org/10.1001/jama.284.22.2874>
- Subodh, B. N., Sharma, N., & Shah, R. (2018). Psychosocial interventions in patients with dual diagnosis. *Indian journal of psychiatry*, 60(Suppl 4), S494–S500. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_18_18
- Timko, C., Dixon, K., & Moos, R. H. (2005). Treatment for dual diagnosis patients in the psychiatric and substance abuse systems. *Mental health services research*, 7(4), 229–242. <https://doi.org/10.1007/s11020-005-7455-9>
- Vitali, M., Sorbo, F., Mistretta, M., Coriale, G., Messina, M. P., Alessandrini, G., Attilia, F., Rotondo, C., Gencarelli, S., Ledda, R., Galli, D., Ceccanti, M., & Interdisciplinary Study Group CRARL - SITAC - SIPaD - SITD - SIPDip (2018). Drafting a dual diagnosis program: a tailored intervention for patients with complex clinical needs. Drafting a dual diagnosis program: a tailored intervention for patients with complex clinical needs. *Rivista di psichiatria*, 53(3), 149–153. <https://doi.org/10.1708/2925.29417>