

® 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

Troppo complessi da trattare? Un appello per programmi residenziali informati sull'ADHD in Italia

Lorenzo Zamboni*

Riassunto

■ Nonostante l'ampia documentazione sulla comorbidità tra disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) e disturbi da uso di sostanze (DUS), il sistema italiano per il trattamento delle dipendenze resta inadeguato nel supportare i soggetti affetti da questa doppia diagnosi. Le comunità terapeutiche – ancora oggi pilastro dell'assistenza residenziale alle dipendenze in Italia – si basano tipicamente su modelli comportamentali rigidi, approcci centrati sull'astinenza e routine di gruppo fortemente regolate. Queste caratteristiche strutturali risultano spesso incongruenti con i profili cognitivi, emotivi e comportamentali dei soggetti con ADHD, portando a esclusioni già in fase di accesso o ad abbandoni precoci del trattamento.

Questo commentary mette in luce un punto cieco, tanto strutturale quanto culturale, nel sistema italiano, dove l'ADHD è ancora sottodiagnosticato nella popolazione adulta con DUS e spesso frainteso come mera oppositività comportamentale. Sebbene alcuni servizi territoriali per le dipendenze (SerD) abbiano recentemente introdotto protocolli di screening tramite strumenti come l'Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS), la maggior parte dei programmi residenziali resta impreparata ad accogliere i bisogni specifici legati all'ADHD.

L'esclusione dei pazienti con doppia diagnosi ADHD-DUS dalle comunità terapeutiche rappresenta un vuoto sistemico nell'assistenza, che compromette sia l'efficacia del trattamento sia il principio di equità. Il presente contributo invoca un cambiamento multilivello: riconoscimento clinico dell'ADHD nei contesti delle dipendenze, adattamenti strutturali nelle comunità terapeutiche, e incentivi politici per promuovere percorsi di cura inclusivi ed evidence-based.

Integrare approcci sensibili all'ADHD nei modelli esistenti non è più un'opzione – è un imperativo clinico ed etico. Colmare questo divario migliorerebbe non solo gli esiti del trattamento, ma anche la tutela del diritto alla cura per una popolazione colpita in modo sproporzionato da comorbidità e stigma. ■

Parole chiave: ADHD, Recovery, Comunità terapeutica, Dipendenze.

Summary

■ Despite extensive documentation of the comorbidity between attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use disorders (SUDs), the Italian addiction treatment system remain inadequate in supporting individuals with this dual diagnosis. Therapeutic communities – still the cornerstone of residential addiction care in Italy – are typically based on rigid behavioral models, abstinence-focused approaches, and highly regulated group routines. These structural characteristics are often inconsistent with the cognitive, emotional, and behavioral profiles of individuals with ADHD, leading to exclusions during the initial access phase or early abandonment of treatment.

This commentary highlights a blind spot, both structural and cultural, in the Italian system, where ADHD is still underdiagnosed in the adult population with DUS and often misunderstood as mere behavioral opposition. Although some addiction services (SerD) have recently introduced screening protocols using tools such as the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS), most residential programs remain unprepared to address the specific needs of ADHD.

The exclusion of patients with dual ADHD-DUS from therapeutic communities represents a systemic gap in care, which compromises both treatment effectiveness and the principle of equity.

This contribute calls for multilevel change: clinical recognition of ADHD in addiction settings, structural adaptations in therapeutic communities, and political incentives to promote inclusive and evidence-based care pathways.

Integrating ADHD-sensitive approaches into existing models is no longer an option – it is a clinical and ethical imperative. Closing this gap would improve not only treatment outcomes, but also the protection of the right to care for a population disproportionately affected by comorbidity and stigma. ■

Keywords: ADHD, Recovery, Therapeutic Community, Addictions.

Articolo ricevuto: 19/06/2025, **accettato:** 02/09/2025

* Medicina delle Dipendenze, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona.

1. Introduzione

La co-presenza tra disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) e disturbo da uso di sostanze (DUS) è ben documentata nella letteratura internazionale, con tassi di prevalenza nella popolazione con DUS che variano tra il 23% e il 50% (van Emmerik-van Oortmerssen *et al.*, 2012; Crunelle *et al.*, 2018). Gli adulti con doppia diagnosi ADHD-DUS presentano frequentemente un esordio precoce del consumo di sostanze, tassi elevati di dipendenza da più sostanze, comorbidità psichiatriche aumentate e un funzionamento sociale compromesso (Crunelle *et al.*, 2018; Wilens & Morrison, 2011). L'impulsività e i deficit esecutivi tipici dell'ADHD aggravano spesso i comportamenti a rischio e riducono la capacità di pianificazione e aderenza al trattamento. Inoltre, l'interazione tra sintomi dell'ADHD e comportamenti di dipendenza può essere reciprocamente rinforzante, generando quadri clinici cronici e resistenti al trattamento (Faraone *et al.*, 2006).

Nonostante questa relazione ben consolidata, il sistema italiano di cura delle dipendenze continua a non disporre di strutture adeguate per rispondere ai bisogni dei soggetti con ADHD e DUS. In particolare, le comunità terapeutiche – colonna portante dell'assistenza residenziale – sono strutturalmente e culturalmente impreparate alla gestione dei disturbi del neurosviluppo. Questi contesti operano generalmente secondo rigide regole comportamentali, routine gerarchiche e modelli centrati quasi esclusivamente sull'astinenza e sul trattamento di comorbidità psichiatriche. Tale rigidità può risultare inconciliabile con i profili cognitivi e comportamentali di persone con ADHD, che spesso incontrano difficoltà nel rispetto delle regole, nella regolazione emotiva e nella partecipazione continuativa a contesti di gruppo strutturati.

Di conseguenza, le persone con ADHD-DUS sono frequentemente escluse dai percorsi residenziali, limitando così l'accesso a trattamenti integrati e multimodali. Questo *commentary* illustra le carenze attuali del sistema residenziale italiano nel trattamento di questa popolazione. A partire da modelli internazionali, linee guida cliniche e recenti sviluppi nei servizi ambulatoriali italiani, si propone lo sviluppo di programmi residenziali specializzati e informati sull'ADHD.

Anche la letteratura italiana ha iniziato a riconoscere la complessità clinica dell'ADHD nel trattamento delle dipendenze. Ad esempio, Lugoboni *et al.* (2017) hanno descritto l'elevata prevalenza e gravità clinica dell'ADHD nei pazienti in trattamento per disintossicazione da oppiacei, sottolineando l'importanza di uno screening precoce e di percorsi di cura integrati. Tuttavia, le opzioni residenziali per questo sottogruppo rimangono scarse o del tutto assenti.

2. Il sistema residenziale italiano: barriere strutturali e culturali

Il sistema italiano per il trattamento delle dipendenze ruota attorno ai servizi per le dipendenze (Ser.D.) e alle comunità terapeutiche, con queste ultime come principale forma di intervento residenziale. Le comunità terapeutiche attualmente risultano per lo più impreparate ad accogliere pazienti con DUS e ADHD.

Uno studio di Miovský *et al.* (2021) ha evidenziato come il 51% dei residenti in comunità terapeutiche soddisfacesse i criteri per una diagnosi di ADHD, con livelli significativamente più elevati di sintomatologia psichiatrica – suggerendo un disallineamento tra i bisogni dei residenti e le aspettative delle comunità.

Una ricerca qualitativa di Iudici e colleghi (2024) mostra inoltre che i pazienti tendono ad assumere un ruolo passivo, percependo

la cura come imposta anziché partecipata – un'esperienza amplificata nei soggetti con ADHD, a causa dei deficit esecutivi e della ridotta autodeterminazione.

Queste osservazioni confermano che le norme comportamentali delle comunità terapeutiche italiane – come i modelli terapeutici coercitivi e le gerarchie decisionali – possono escludere inconsapevolmente le persone con ADHD. Una revisione del modello di San Patrignano evidenzia una cultura fortemente gerarchica e una bassa tolleranza alle deviazioni comportamentali, caratteristiche tipiche delle comunità tradizionali (Vanderplasschen *et al.*, 2013). Di conseguenza, i pazienti con ADHD-DUS rischiano l'esclusione o la dimissione precoce, rafforzando un divario assistenziale.

3. L'integrazione mancata: modelli evidence-based dalle linee guida internazionali

A livello internazionale, diverse linee guida cliniche raccomandano approcci integrati per il trattamento di ADHD e DUS. L'*European Consensus Statement on Adult ADHD* aggiornato sottolinea la necessità di identificazione precoce, interventi multimodali e cura coordinata per gli adulti con ADHD, in particolare in presenza di comorbidità come i disturbi da uso di sostanze (Kooij *et al.*, 2019). Il National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2018) raccomanda lo screening sistematico dell'ADHD nei servizi per le dipendenze, così come il trattamento congiunto delle due condizioni.

Le evidenze indicano che gli stimolanti a rilascio prolungato possono ridurre sia i sintomi dell'ADHD sia l'uso di sostanze, specialmente se somministrati in contesti controllati (Levin *et al.*, 2015).

Questi modelli pongono l'accento sull'importanza di una cura coordinata tra servizi per le dipendenze e la salute mentale, sulla formazione del personale nei disturbi del neurosviluppo, e su setting terapeutici flessibili. Al contrario, i contesti residenziali italiani non prevedono protocolli standardizzati per la valutazione o il trattamento dell'ADHD, e le opzioni farmacologiche (ad es. metilfenidato) sono spesso indisponibili o evitate per motivi normativi o culturali.

4. Verso un cambiamento sistemico in Italia

4.1. Riconoscimento dell'ADHD in psichiatria dell'adulto

L'ADHD dell'adulto resta sottodiagnosticato in Italia, in particolare nei contesti delle dipendenze. Pregiudizi culturali, carenza di formazione specifica e uso inadeguato di strumenti di screening contribuiscono alla sua sistematica sottodiagnosi (Asherson *et al.*, 2010). Anche quando diagnosticato, l'accesso a trattamenti farmacologici e psicoterapeutici adeguati resta limitato, soprattutto in ambito residenziale (Ginsberg *et al.*, 2014).

4.2. Necessità di programmi residenziali adattati ai disturbi del neurosviluppo

Considerata la rigidità strutturale delle comunità terapeutiche italiane, emerge la necessità urgente di progettare programmi residenziali informati sull'ADHD. Questi dovrebbero includere routine flessibili, obiettivi terapeutici individualizzati, trattamenti multimo-

dali (comprese le terapie cognitivo-comportamentali e la farmacoterapia) e personale formato nella gestione dell'impulsività e della disregolazione emotiva (Young *et al.*, 2015). A livello internazionale, sono stati proposti modelli di assistenza residenziale neurodivergent-friendly per affrontare comorbidità complesse come ADHD e DUS (Wilens, 2004).

4.3. Sviluppi recenti: consapevolezza emergente nei servizi italiani

Negli ultimi anni, la consapevolezza sull'ADHD dell'adulto è aumentata nei servizi territoriali per le dipendenze italiani. Un numero crescente di SerD ha introdotto procedure di screening di base, tra cui l'uso di strumenti come l'Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) (Kessler *et al.*, 2005). Questo rappresenta un importante cambiamento culturale. Tuttavia, tali pratiche non sono ancora state standardizzate e sono a discrezione dei singoli servizi. Nei contesti residenziali lo screening, la diagnosi e il trattamento dell'ADHD nei pazienti con DUS non viene effettuato. I pazienti con questa neurodivergenza restano in gran parte invisibili. Colmare questo divario richiede l'aggiornamento delle linee guida nazionali, una maggiore coordinazione inter-servizi e un supporto politico a favore di modelli residenziali inclusivi (von der Eiche *et al.*, 2023).

5. Conclusione

Il sistema italiano per il trattamento delle dipendenze ha compiuto notevoli progressi negli ultimi decenni, in particolare nel garantire servizi pubblici a bassa soglia. Tuttavia, continua a non rispondere adeguatamente ai bisogni delle persone con doppia diagnosi ADHD-DUS, soprattutto nell'ambito della cura residenziale. L'esclusione di questi pazienti dalle comunità terapeutiche riflette un vuoto sia strutturale che culturale, ancorato a modelli che non considerano l'avanzamento del sapere scientifico nelle neurodivergenze.

Per affrontare questo problema, è necessario sviluppare programmi residenziali inclusivi e basati sulle evidenze scientifiche, che integrino prospettive neuroevolutive. In assenza di questa riforma, i soggetti con ADHD-DUS continueranno a essere doppiamente emarginati: dalla loro condizione e da un sistema che non è stato progettato per accoglierli.

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).

Asherson P., Adamou M., Bolea B., Müller U., Dunn Morua S., Pitts M., Thome J., Young S. (2010). Is ADHD a valid diagnosis in adults? Yes. *BMJ*, 340, c549. Doi: 10.1136/bmj.c549.

Crunelle C.L., van den Brink W., Moggi F., Konstenius M., Franck J., Levin F.R., & van de Glind G. (2018). International consensus statement on screening, diagnosis and treatment of substance use disorder patients with comorbid attention deficit/hyperactivity disorder. *European Addiction Research*, 24(1): 43-51. Doi: 10.1159/000490762.

Faraone S.V., Biederman J., & Mick E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36(2): 159-165. Doi: 10.1017/S003329170500471X.

Ginsberg Y., Quintero J., Anand E., Casillas M., & Upadhyaya H. (2014). Underdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult

patients: a review of the literature. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, 16(3), PCC.13r01600. Doi: 10.4088/PCC.13r01600.

Iudici A., Berardelli T., Fenini D., Neri J., & Subissi (2024). Nothing about us without us! How users configure clinical treatment in Italian residential communities: ethnography of therapeutic engagement. *Frontiers in Public Health*, 12, 1460985. Doi: 10.3389/fpubh.2024.1460985.

Kessler R.C., Adler L., Ames M., Demler O., Faraone S., Hiripi E., Howes M.J., Jin R., Secnik K., Spencer T., Ustun T.B., Walters E.E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med.*, Feb., 35(2): 245-56. Doi: 10.1017/s0033291704002892.

Kooij J.J.S., Bijlenga D., Salerno L., Jaeschke R., Bitter I., Balázs J., Thome J., Dom G., Kasper S., Nunes Filipe C., Stes S., Mohr P., Leppämäki S., Casas M., Bobes J., McCarthy J.M., Richarte V., Kjems Philipsen A., Pehlivanidis A., Niemela A., Styr B., Semerci B., Bolea-Alamanac B., Edvinsson D., Baeyens D., Wynchank D., Sobanski E., Philipsen A., McNicholas F., Caci H., Mihailescu I., Manor I., Dobrescu I., Saito T., Krause J., Fayyad J., Ramos-Quiroga J.A., Foeken K., Rad F., Adamou M., Ohlmeier M., Fitzgerald M., Gill M., Lensing M., Motavalli Mukaddes N., Brudkiewicz P., Gustafsson P., Tani P., Oswald P., Carpentier P.J., De Rossi P., Delorme R., Markovska Simoska S., Pallanti S., Young S., Bejerot S., Lehtonen T., Kustow J., Müller-Sedgwick U., Hirvikoski T., Pironti V., Ginsberg Y., Félégházy Z., Garcia-Portilla M.P., Asherson P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *Eur Psychiatry*, Feb., 56: 14-34. Doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.11.001. Epub 2018 Nov 16.

Levin F.R., Mariani J.J., Specker S., Mooney M., Mahony A., Brooks D.J., Babb D., Bai Y., Eberly L.E., Nunes E.V., Grabowski J. (2015). Extended-Release Mixed Amphetamine Salts vs Placebo for Comorbid Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Cocaine Use Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, Jun., 72(6): 593-602. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.41.

Lugoboni F., Zamboni L., Cibin M., Tamburin S., & Bertoloni G. (2017). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in patients undergoing opioid detoxification: prevalence, diagnosis, and treatment implications. *Psychiatry Research*, 250: 353-358. Doi: 10.1016/j.psychres.2017.01.083.

Miovský M., Černá J., & Novák T. (2021). Attention Deficit Hyperactivity Disorder among clients diagnosed with substance use disorder in residential therapeutic communities: prevalence and psychiatric comorbidity. *European Addiction Research*, 27(2): 87-96. Doi: 10.1159/000508571.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2018). *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management (NG87)*. -- <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>.

van Emmerik-van Oortmerssen K., van de Glind G., van den Brink W., Smit F., Crunelle C.L., Swets M., Schoevers R.A. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend.*, Apr 1, 122(1-2): 11-9. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.12.007.

Vanderplasschen W., Colpaert K., Autrique M., Rapp R.C., Pearce S., Broekaert E., Vandevelde S. (2013). Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *Scientific World Journal*, 427817. Doi: 10.1155/2013/427817.

von der Eiche F., Konstenius M., Bråthen G. *et al.* (2023). Adult ADHD prevalence among outpatients with severe opioid use disorder receiving opioid maintenance treatment in Germany. *European Addiction Research*, 29(4-5): 263-273. Doi: 10.1159/000529355.

Wilens T.E., & Morrison N.R. (2011). The intersection of attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(4): 280-285. Doi: 10.1097/YCO.0b013e32834766d3.

Wilens T.E. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *Psychiatric Clinics of North America*, 27(2): 283-301. Doi: 10.1016/S0193-953X(03)00113-8.

Young J.T., Carruthers S., Kaye S., Allsop S., Gilseman J., Degenhardt L., van de Glind G., van den Brink W., & Preen D. (2015). Comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder: complexity and chronicity in treatment-seeking adults. *Drug and Alcohol Review*, 34(6), 683-93. Doi: 10.1111/dar.12285.