

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

Giovani e dipendenze da sostanza: vulnerabilità evolutiva e gravità clinica

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

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

Summary

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Introduzione

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

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

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

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

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

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

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

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

Obiettivi

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

Gli obiettivi di ricerca sono stati così definiti:

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

Materiali e metodi

Partecipanti

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

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

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

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

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

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

Strumenti

La valutazione diagnostica è stata effettuata tramite:

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

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

Procedura

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

I questionari sono stati compilati con supervisione degli operatori.

Analisi statistiche

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

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

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

Risultati

Sezione A: Analisi delle variabili descrittive

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

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

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

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

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

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

A2. Analisi delle sostanze: differenze di sesso

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

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

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

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

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

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

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

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

A3. Analisi delle sostanze: differenze di età

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

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

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

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

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

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

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

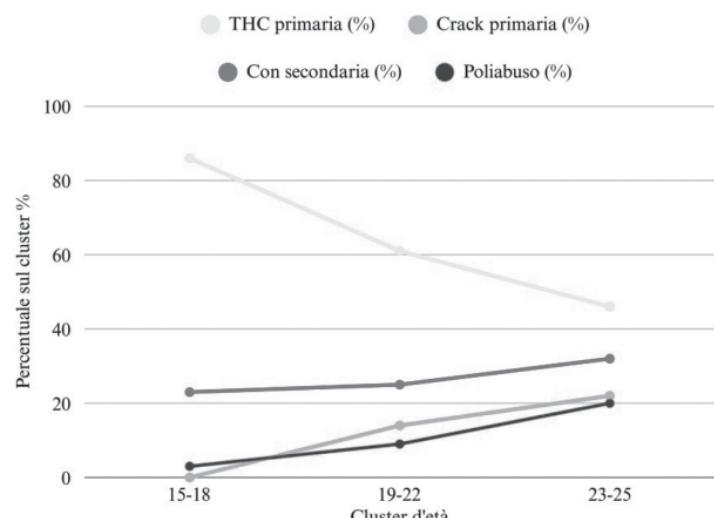
Sintesi trasversale

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

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

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

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



Sezione B: Analisi delle variabili cliniche

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

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

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

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

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

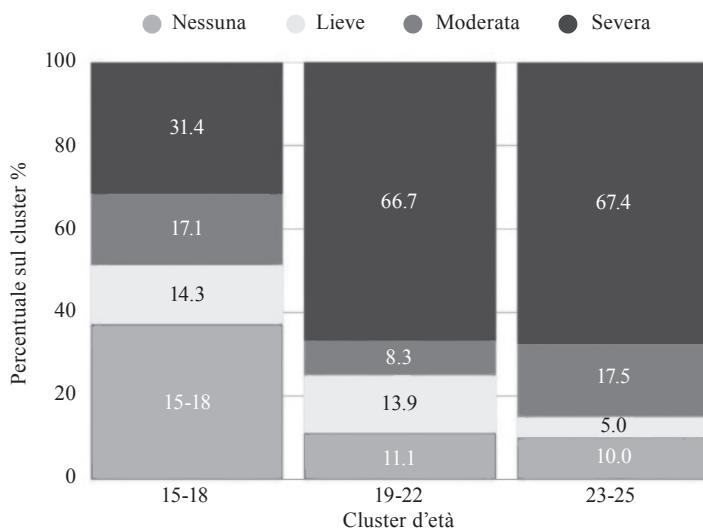
I partecipanti sono stati distribuiti in 3 Cluster d'età e all'interno degli stessi per gravità della diagnosi.

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

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

Il test del chi-quadro di indipendenza suggerisce che la distribuzione della gravità tra i Cluster non è casuale ($\chi^2 = 17,77$; $p = 0,0068$).

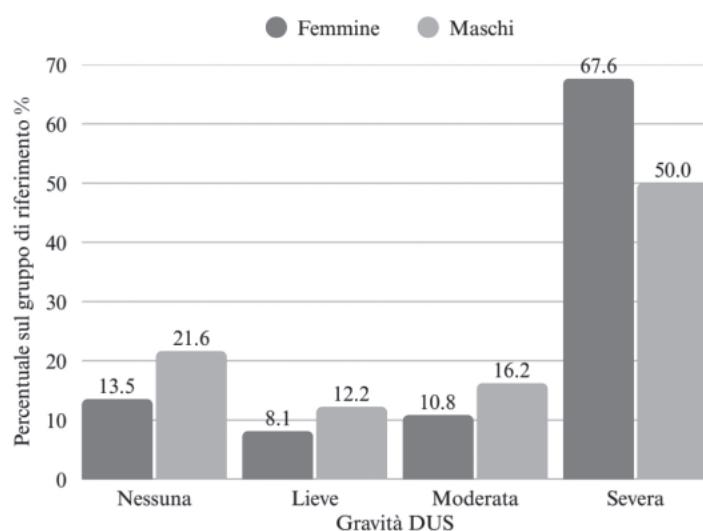
Graf. 2 - Distribuzione della gravità del DUS all'interno dei tre cluster di età



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

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

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



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

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

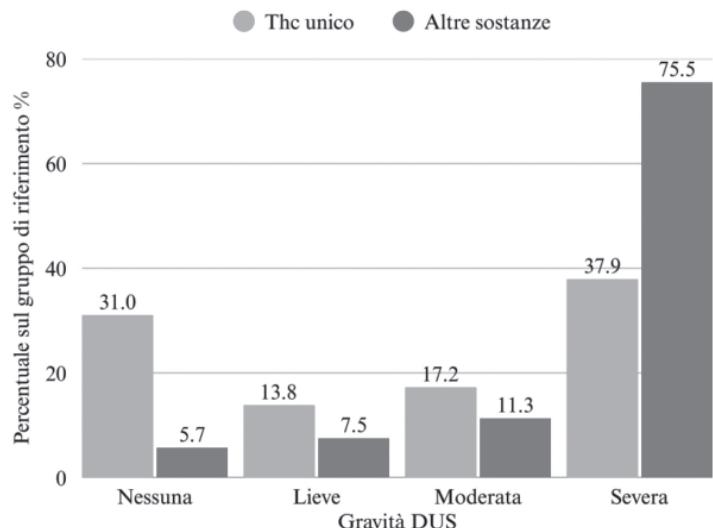
B4. Analisi dell'associazione tra la gravità del DUS e sostanze di consumo

I partecipanti sono stati distribuiti in due sottocampioni differenti.

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

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

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



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

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

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

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

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

Sezione C: Analisi dei 7 domini psicopatologici

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

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

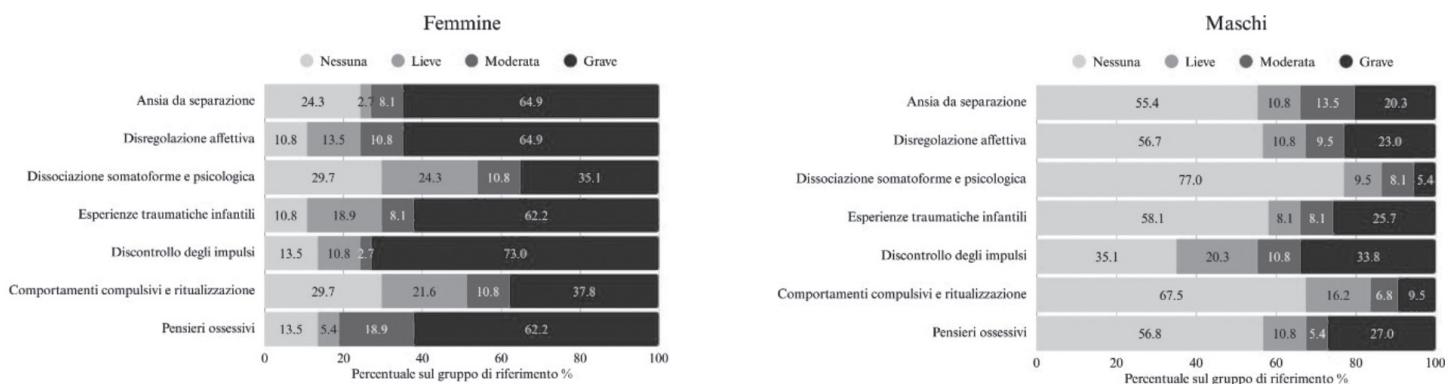
Nel complesso i dati relativi al campione suggeriscono profili psicopatologici eterogenei e diversificati.

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

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

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

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



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

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

I valori statistici sono riportati in Tabella 1.

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

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

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

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

Discussione e conclusioni

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il dato relativo al genere merita particolare attenzione.

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

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

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

Limiti e prospettive future

Il presente lavoro presenta alcuni limiti metodologici da considerare.

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

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

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

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

Conclusioni

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

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

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

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

Riferimenti bibliografici

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