

75

Anno XX - settembre 2026

Sommario

EDITORIALE

Legge n. 140/2026 sulla detenzione domiciliare per detenuti con dipendenze: condividiamo le finalità, ma le criticità sono irrisolte!
Roberta Balestra 1

LE RUBRICHE

Contaminazioni
Ricordando Ivan Illich
Maurizio Fea 5

Poetry Corner/Rubrica di poesia
Isabella Leardini
Enzo Lamartora 6

La Finestra dei consumatori
La ricaduta (Fabio)
a cura di Area Dipendenze, ASUGI Trieste 7

Le Forme dello Stigma
Percorsi specialistici formativi nelle Dipendenze: ultima chiamata
Alfio Lucchini 8

SAGGI, STUDI E RICERCHE

ADHD e rischio di uso improprio di benzodiazepine: una revisione sistematica e meta-analisi
Lorenzo Zamboni, Angela Federico, Rebecca Casari, Francesca Fusina, Thomas Zandonai, Leonardo Zocante, Fabio Lugoboni 11

Imputabilità e impunità del giocatore d'azzardo patologico
Mariangela Acernese 16

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

Un percorso psicoeducativo orientato alla recovery personale nei disturbi da uso di sostanze: esperienza di implementazione in un Servizio per le Dipendenze
E. Cristini, A. Bovio, M. Campana, A. Crotti, C. Colangelo, V. Arzuffi, D. Acerbis, A. Stara, A. Zamarian 20

Il tutoraggio economico come intervento terapeutico in chiave socio-pedagogica: l'esperienza del Dipartimento Dipendenze Patologiche della Asl Napoli 2 Nord
Integrazione tra tutoraggio economico e percorsi di esdebitazione
Benedetta De Felice, Caterina Cozzolino 27

Sessualità, uso di sostanze e dipendenza: un confronto clinico tra Sex Addiction e Chemsex
Luca Rossi, Daniele Pini, Alice Ferreri 31

Nuove frontiere nutraceutiche nel recupero dalle dipendenze
Nicoletta Marchesi, Alessia Angela Pascale, Stefano Govoni 37

RASSEGNA CLINICA DEL TABAGISMO, ANNO 1, N. 3

Citizina nei tabagisti over 65: efficacia e sicurezza nella pratica clinica
Marco Riglietta, Linda Daffini, Fabrizio Cheli 48

Smettere di fumare: efficacia di interventi strutturati in presenza e online
Sara Cavagnoli, Roberto Poli 52

FeDerSerD/FORMAZIONE

Suola di alta formazione in alcologia 2026
Il trattamento del Disturbo da Uso di Alcol: la complessità delle cure e degli interventi 56

Mission

ITALIAN QUARTERLY JOURNAL
OF ADDICTION

Legge n. 140/2026 sulla detenzione domiciliare per detenuti con dipendenze: condividiamo le finalità, ma le criticità sono irrisolte!

Il 6 agosto scorso è stata approvata la Legge n. 140 (GU n. 181 del 6/8/2026), in vigore dal 21 agosto 2026, recante "Disposizioni in materia di detenzione domiciliare per il recupero dei detenuti tossicodipendenti o alcolodipendenti".

FeDerSerD condivide la finalità prioritaria del provvedimento, consentire alle persone detenute affette da dipendenza di accedere a modalità esecutive della pena più idonee a rispondere ai bisogni specifici di trattamento e reinserimento socio-lavorativo, ma rileva importanti criticità nel testo, che condizioneranno la sua applicazione.

Nel corso dell'iter legislativo, FeDerSerD ha partecipato attivamente alla discussione della bozza, presentando osservazioni tecniche elaborate dal proprio Settore Tematico.

L'ultima audizione in Commissione alla Camera dei Deputati si è svolta alla fine di giugno, in occasione della quale è stato depositato un documento articolato, con proposte di modifica argomentate alla luce delle aggiornate conoscenze disciplinari.

Dobbiamo oggi prendere atto che la legge approvata non ha recepito nessuna delle osservazioni presentate, lasciando aperte criticità rilevanti che di seguito sintetizziamo.

- **Il ruolo stabilizzante del Sodio Oxibato in una paziente con Disturbo da Uso di Alcol e vulnerabilità ansiosa: un case report**
M. Campana, A. Bovio, C. Colangelo, M. Colombi, L. Daffini, N. Ghidelli, N. Rizzardi, A. Stara, D. Acerbis, A. Zamarian
- **Case Report. Dal trauma infantile al craving transdiagnostico: trattamento con Sodio Oxibato in una paziente con Disturbo della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) e Disturbo da uso di alcol (DUA)**
M. Campana, D. Acerbis, M. Colombi, G. Ferrara, N. Ghidelli, F. Gotti, P. Milanese, C. Pelliccioli, E. Pendezza, A. Zamarian, V. Zana
- **Il disturbo da uso di alcol e il microbiota batterico intestinale: verso un possibile approccio integrato e personalizzato di prevenzione e cura. Una revisione della letteratura**
N. Capretti, R. Gennari, A. Ferrara, S. Terracina, G. Greco, A. Mastrostefano

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno XII, n. 49

FrancoAngeli

Mission 75, Italian Quarterly Journal of Addiction, Doi: 10.3280/mis75-2026oa23654 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. 75

FeDerSerD

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 Varan- go (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 - Divisione Libri di Cisera Spa
Via Belvedere 42, 20862 Arcore (MB)

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 04/09/2026

ISSNe 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>



Il ruolo del Ser.D., una centralità riconosciuta nei fatti ma non nella norma

La legge non individua in modo chiaro e corretto il Ser.D. come servizio specialistico del SSN deputato alla regia complessiva del percorso e del programma di cura alla base della misura alternativa alla detenzione.

In ogni passaggio del percorso, dalla domanda alla relazione conclusiva, il Ser.D. è investito di compiti e responsabilità istituzionali e professionali che rappresentano una parte sostanziale del lavoro specialistico previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza.

Questa centralità di ruolo è peraltro già confermata nella pratica dal numero significativo di richieste di chiarimento e di intervento che stanno arrivando ai Ser.D. da parte di detenuti e avvocati difensori.

1. Accertamento della dipendenza, il rischio di riduzionismo biologico anacronistico

FeDerSerD valuta positivamente l'introduzione di procedure nazionali uniformi per l'accertamento della condizione di tossicodipendenza o alcolodipendenza e l'istituzione della Commissione centrale, stante l'attuale disomogeneità operativa sul territorio.

Permane tuttavia una rilevante ambiguità nella definizione di "effettiva e attuale condizione di tossicodipendenza o alcolodipendenza".

La dipendenza patologica è una condizione clinica complessa e multidimensionale, a decorso cronico recidivante, riconosciuta dal DSM-5-TR e dall'ICD-11 tra i disturbi mentali e comportamentali.

Non può essere ridotta alla semplice presenza o assenza di sostanze psicotrope nei campioni biologici.

Questo approccio è particolarmente inadeguato e parziale nei contesti detentivi e protetti, nei quali la negatività tossicologica può essere conseguenza dell'impossibilità materiale di assumere sostanze e non indicativa di remissione della dipendenza.

I professionisti dei Ser.D. che operano in carcere gestiscono comunemente situazioni in cui persone in carico, che non hanno un consumo attivo da lungo tempo, presentano craving intenso e una sintomatologia psicologica che richiede attenzione clinica continuativa.

Analogamente, una positività tossicologica isolata non è sufficiente a formulare una diagnosi di Disturbo da Uso di Sostanze.

FeDerSerD ribadisce che la valutazione dell'attualità della dipendenza debba fondarsi su una valutazione clinica multidimensionale, comprensiva di aspetti diagnostici psicopatologici, motivazionali, relazionali e sociali, nella quale gli accertamenti tossicologici rappresentano uno strumento importante ma non esclusivo.

È necessario superare l'identificazione tra attualità della dipendenza e positività tossicologica, riconoscendo espressamente la dimensione psichica della dipendenza accanto a quella biologica.

2. Programmi semiresidenziali e ambiguità applicative irrisolte

L'introduzione del programma terapeutico semiresidenziale in aggiunta a quello residenziale rappresenta un elemento innovativo apprezzabile.

Permangono tuttavia rilevanti ambiguità applicative, stante le specificità organizzative e funzionali di questi servizi diurni.

Il testo non chiarisce:

- a chi spetti la regia e la responsabilità clinica complessiva del percorso;
- chi debba assicurare le prestazioni incluse nel programma terapeutico individualizzato non erogate dal servizio semiresidenziale, come la gestione delle terapie farmacologiche, il monitoraggio tossicologico, gli interventi interdisciplinari per le comorbidità;
- dove alloggi la persona nella parte della giornata non coperta dal programma;

- cosa avvenga nei fine settimana e nei giorni festivi, quando il servizio semiresidenziale è chiuso;
- se e come venga rilasciata alla persona l'autorizzazione agli spostamenti necessari per le attività sociosanitarie previste dal progetto di cura e per le esigenze primarie di vita.

Il testo non esplicita neppure in questo caso il ruolo del Ser.D., a maggior ragione necessario poiché il programma semiresidenziale rientra a tutti gli effetti tra i programmi di tipo territoriale.

Non è previsto il riconoscimento di idoneità dei servizi semiresidenziali dei Ser.D., con un criterio inspiegabilmente diverso da quello adottato per i programmi residenziali, che riconoscono le strutture pubbliche accanto a quelle gestite dal privato accreditato.

Rimane inoltre esclusa la possibilità di accesso alla misura mediante programmi territoriali specialistici ad alta intensità assistenziale, opzione che in alcuni casi sarebbe clinicamente più appropriata rispetto al programma residenziale, sostanzialmente regressivo per persone già in fase avanzata di trattamento.

A questo proposito vale ricordare che i tempi della giustizia sono molto lunghi e che spesso la sentenza definitiva da scontare arriva quando la persona ha già svolto una parte importante del suo percorso di cura, con obiettivi emancipativi di reinserimento socio-lavorativo già raggiunti.

3. Correlazione tra reato e dipendenza, una valutazione dal profilo ambiguo

La documentazione richiesta per la domanda di detenzione domiciliare include una dichiarazione sulla correlazione tra reato e condizione di dipendenza.

FeDerSerD ritiene che la disamina di tale correlazione non abbia una valenza clinica in senso proprio, presentando rilevanti implicazioni criminologiche e giuridiche.

La legge non chiarisce se tale accertamento debba essere richiesto ai Ser.D. o all'autorità giudiziaria, un'ambiguità che rischia di generare contenziosi e difformità applicative.

4. Monitoraggio clinico e revoca della misura, la ricaduta non è un fallimento del programma

Permane la necessità di distinguere con chiarezza il concetto di ricaduta clinica da quello di recidiva di reato o di violazione delle prescrizioni.

La ricaduta è un evento clinicamente atteso nel decorso delle dipendenze patologiche, trattandosi di un disturbo a decorso cronico recidivante.

Non costituisce un indicatore di esito negativo del programma, ma un'evenienza comune in un percorso di cura lungo e complesso.

Il monitoraggio dell'andamento del programma deve essere assicurato attraverso una pluralità di indicatori e criteri clinici, non riducibili al solo esito del test tossicologico.

È necessario che il ruolo del Ser.D. venga formalmente valorizzato in questa funzione, prevedendo una relazione clinica personalizzata quale supporto alle decisioni

dell'autorità giudiziaria in merito all'eventuale revoca della misura alternativa.

5. Certificazione specialistica Ser.D., necessità di linee guida nazionali

L'intero impianto del provvedimento si fonda sull'accertamento della dipendenza, sulla valutazione dell'idoneità del programma terapeutico, sul monitoraggio del percorso e sulla valutazione delle eventuali ricadute.

Tali attività richiedono una valutazione specialistica strutturata e standardizzata, che il Ser.D. è deputato a rilasciare.

La previsione di linee guida da parte della Commissione tecnica nazionale è pertanto assolutamente necessaria per superare l'attuale disomogeneità operativa.

6. Risorse, aspettative e detenuti stranieri

L'entità del fondo nazionale annuale istituito, pari a 19.436.250 euro annui, fa di fatto capire che non saranno 10.000 le persone detenute che potranno beneficiare di tale misura alternativa alla detenzione.

Il numero nel breve periodo sarà significativamente inferiore alle aspettative generate dal provvedimento, e ci possiamo già aspettare reazioni di frustrazione e depressione tra coloro che saranno esclusi e che si trovano in istituti di pena al collasso.

FeDerSerD aveva chiesto che queste risorse fossero trasferite alle Regioni vincolate al pagamento delle rette per gli inserimenti in strutture Semiresidenziali e Residenziali, ma anche a potenziare i Ser.D. e gli UEPE.

Le Aziende Sanitarie includono i fondi per le rette nel budget fisso assegnato in buona parte del Paese ai Ser.D.: l'incremento dei programmi può essere realizzato solo in proporzione all'incremento delle risorse assegnate.

Infine, una criticità che non può essere taciuta: una quota significativa dell'utenza dei Ser.D. negli istituti di pena è rappresentata da cittadini stranieri temporaneamente presenti, target che costituisce peraltro un'alta percentuale della popolazione detenuta complessiva.

Questi soggetti non potranno in alcun modo beneficiare della nuova legge, una esclusione che merita una riflessione approfondita sul piano dell'equità e dei diritti.

Conclusione

FeDerSerD continuerà a seguire con attenzione l'applicazione della Legge n. 140/2026, a monitorarne le ricadute operative sui Ser.D. e sulla popolazione con dipendenze detenute, a portare nelle sedi istituzionali competenti le proprie osservazioni tecniche, nella convinzione che solo un sistema di cura pienamente riconosciuto, adeguatamente finanziato e fondato su una visione clinica della dipendenza possa garantire l'efficacia delle misure alternative alla detenzione e il diritto alla salute delle persone coinvolte.

Il ruolo dei Ser.D. non può essere sistematicamente sottovalutato o peggiorato.

Roberta Balestra - Presidente nazionale FeDerSerD

GL Pharma

Il tuo partner per prodotti farmaceutici di prima classe



GL®Pharma

Contaminazioni

Maurizio Fea

Ricordando Ivan Illich

Quando la medicina cessa di essere risposta all'emergenza (malattie infettive in particolare) e diventa tecnologia permanente di gestione della vita (scoperta o invenzione di fattori di rischio che inducono alla costruzione di una sorta di tirannia della salute), il suo potere diventa visibile e quindi contestabile.

Ivan Illich, di cui ricorre il centenario della nascita e sul quale sarà utile spendere qualche parola, radicalizzava la critica sul versante pratico: la medicina, oltre una certa soglia, produce più danni che benefici.

La iatrogenesi non era solo clinica, farmaci sbagliati, interventi inutili, ma anche sociale e culturale: la medicina espropriava le persone della capacità di gestire la sofferenza e la morte, trasformava condizioni normali dell'esistenza in problemi medici, produceva dipendenza dagli esperti.

Le osservazioni di Illich sulla medicina sono omologhe alle osservazioni di filosofi come Alfred N. Whitehead [1] su quei pregiudizi che, "in ogni epoca sono presupposti inconsciamente da tutti gli aderenti a una comunità scientifica e sono così ovvi che le persone non sanno di averli perché non hanno mai formulato i loro problemi in altro modo".

Sono quegli assunti che l'astronomo Johannes Kepler definiva "i ladri del mio tempo" e che Albert Einstein chiamava "le ipotesi non dette che, proprio perché mute, governano segretamente il nostro pensiero impedendoci di progredire". Illich è stato un pensatore di successo nel '68, quando le spinte rivoluzionarie mettevano in discussione gli apparati di potere ed i loro coriferi; poi declinata la spinta sessantottina, anche il pensiero di Ivan Illich è finito in soffitta.

Forse è il momento giusto per riprendere le sue argomentazioni, alla luce di quanto è accaduto in questi anni e di come la medicina si è attovagliata alla mensa del potere nelle sue varie declinazioni. La critica di Illich era radicale, al punto di invitare i medici a rifiutare tutto l'impianto del sapere e della pratica medica [2].

Lui stesso rifiutò di farsi operare di un tumore al volto che prima lo deturpò e infine lo condusse a morte, per evitare le conseguenze dell'intervento che gli avrebbe tolto la parola.

In un mondo impregnato dell'ideale strumentale della scienza, il sistema sanitario crea incessantemente nuovi bisogni terapeutici.

E via via che l'offerta di sanità aumenta, la gente risponde adducendo più problemi, bisogni, malesseri.

"La corporazione medica è diventata una grande minaccia per la salute". Per Illich la medicina provoca non solo essa stessa la malattia (iatrogenesi) ma diventa una macchina per creare consumatori incapaci di avere consapevolezza e saper autogestire la propria salute.

La iatrogenesi sociale si manifesta attraverso i sintomi di supermedicalizzazione sociale, quando la cura della salute si tramuta in un articolo standardizzato, come un prodotto industriale, stabilendo inoltre che cosa è "deviante" rispetto al concetto di salute.

Serve a privare gli individui della capacità di intervenire nel mondo e modificare ciò che gli provoca disagio (per esempio, un'organizzazione disumana del lavoro).

La riflessione di Illich resta ancora attuale: i problemi e i limiti della medicina occidentale che egli aveva individuato si esplicano oggi nella manipolazione operata dalle multinazionali del farmaco e della tecnologia medica che crea non solo nuovi ammalati, ma con la complicità degli apparati sanitari e del potere politico che trae vantaggio dalla spoliazione e riduzione degli spazi di autonomia individuale, costruisce scenari sociali entro i quali collocare tutto ciò che appare difforme e deviante dalla norma, e riclassificarlo come problema medico.

Al tempo di Illich le patologie comportamentali non erano così diffuse e neanche ben classificate, mentre ora sono diventate un settore interessante e redditizio per tutti coloro che se ne occupano. Quante più categorie diagnostiche vengono definite, quanti più ammalati di quelle malattie si scoprono ed emergono.

Seguono aumenti dei costi sanitari, nuove professioni ed impieghi nel campo della salute e limitrofi, che traggono vantaggio dallo sviluppo di questo scenario.

Partecipare alla creazione dello scenario o tenersi onestamente ai bordi di questa bolla e mantenere capacità di giudizio e freno alle ambizioni, è un tema politico che non può essere eluso.

Per Illich, culturalmente anarchico, era il conflitto tra istituzioni e individuo che lui individuava principalmente nel campo della istruzione e della formazione [3] oltre a quello della salute.

Per noi il conflitto si colloca nel rapporto con il potere politico e la subordinazione alle leggi dello sviluppo economico che producono ingiustizia, sofferenza e disadattamento per individui e intere popolazioni.

Riferimenti bibliografici

1. Whitehead A.N. (2022). *I fini dell'educazione*. Milano: Raffaello Cortina.
2. Illich I. (1998). *Nemesis medica. L'espropriazione della salute*. Milano: Bruno Mondadori.
3. Illich I. (1973). *La convivialità*. Traduzione di Maurizio Cucchi, 1974^a ed. Milano: Mondadori.

Poetry Corner/Rubrica di poesia

Enzo Lamartora

Isabella Leardini è nata a Rimini nel 1978.

Nel 2002 ha vinto la sezione inediti del Premio Montale. Ha pubblicato i libri *La coinquilina scalza*, edito nella collana Niebo curata da Milo De Angelis (La Vita Felice, 2004), *Una stagione d'aria* (Donzelli, 2017) e il recente *Maniere Nere* (lo Specchio, Mondadori, 2025). Le sue poesie sono pubblicate in diverse antologie in Italia e all'estero, tra cui *Les Poètes de la Méditerranée* (Gallimard, 2010) e *Nuovi poeti italiani 6* (Einaudi 2012).

È direttrice artistica del "Festival della poesia giovane Parco Poesia". Si occupa di laboratori di scrittura poetica dedicati agli adolescenti.

Leardini è una poeta "d'amore". L'amore sembra la principale materia della sua poesia (l'attesa d'amore, la perdita d'amore). Le sue poesie non hanno un titolo, sembrano pagine di un diario personale e universale. Questa poeta non sembra preoccupata di mostrare la propria soggettività, di parlare di sé, di far coincidere l'io lirico con quello biografico.

Leardini tocca una dopo l'altra tutte le emozioni umana, come se avesse avuto tutto il tempo della vita per vivere (o subire, e patire) tutte le sfaccettature disforiche e conflittuali dell'amore. Appartiene a quella ampia famiglia di poeti che moderni e contemporanei che va da Bronte a Dickinson, da Cvetaeva a St. Vincent Millay, Espansa, Aragon, Prevert, Hikmet, Carrera Andrade, Neruda, Rexroth, Sandro Penna, Pozzi, Campo, Sabines, Sexton, Merini, Plath, Montejó eccetera.

La poesia di Leardini è visibilmente orizzontale, 'transitiva': convoca il "tu" dell'altro ad ogni passaggio; è sempre autentica, viva, attuale; non è mai sapienziale, non intende fondare una pedagogia, sembra solo dire: "avvicinati, metti qui la mano, senti, considera..." e lei, Isabella, sembra esserci sempre e interamente nel suo discorso poetico.

A differenza di altri poeti italiani, nella poesia di Leardini non c'è scissione del sentimento, non c'è dissociazione del significato dal significante; non c'è freddezza, non c'è distacco, non c'è oscurità. I suoi testi non sono scritti "di testa", non sono il frutto di un lavoro 'a tavolino'; provengono da una necessità emotiva, e per tale necessità portano le stimmate della autenticità, della forza emotiva. Generano "commozione", come dovrebbe la poesia fare, secondo Milosz.

Le poesie che qui presentiamo afferiscono alla raccolta *Una stagione d'aria*, che rappresenta un vero e proprio canzoniere d'amore. Lo sfondo è quello della Pensione Irene, luogo di vacanza della riviera romagnola nato nel secondo dopoguerra dai risparmi della famiglia di Isabella e divenuto insegna del turismo di massa. Nell'ombra del nome dato all'albergo (una ragazza amata da un familiare in tempo di guerra), si snoda una vicenda umana che non riguarda solo l'amore, o meglio la perdita dell'amore, ma anche la fine della giovinezza, lo smarrimento, il disincanto, la presa di coscienza della propria eccezione e solitudine. Protagonista è una voce che accoglie le voci di tante altre ragazze, "archetipo nella contemporaneità di una classicità assorbita con naturale sapienza". (Elisa Donzelli)

Rimango nel disordine, l'estate
ritorna con le sue mattine sole.
Se tu mi avessi presa per la strada
come capita alle cose importanti
quando cadono per sbaglio dalle tasche
o ancora peggio vengono rubate
sarebbe stato meglio che restare
in salvo su un ripiano che si riempie
che cresce con il mucchio delle ore.
Mi muovo attorno a te come la polvere
E non mi hai mai sentita camminare.

Lasciamo l'infanzia e il suo brillare
quando le scorribande della vita
si fermano aggrappate sulla fronte
a splendere di più contro la luce.
Quando il buio viene uguale, senza scosse
la vacanza è un gioco breve di abbandoni
non uno stato, una stagione d'aria.
È il teatro di presagi dei bambini
qual dondolare i piedi ad aspettare
l'istante esatto in cui la sera arriva.

Non sai qual è il buio dei passi
di chi continua a cedere dal nido
e credere che l'aria sarà un volo.
Forse la prima volta che ti ho visto
non lo sapevo ancora che si muore.
Adesso ripetiamo che si vive
come le nostre case diroccate
ancora vuote e ferme sulla sabbia.
Resto a gambe incrociate sul letto
con tutta la mia casa appesa al niente
ogni volta che tradisci e te ne vai.

Verrai, e troverai quello che resta
di ogni luogo in cui ti ho desiderato.
La neve non ha retto all'inverno
sotto le luci ogni cosa è caduta
ogni cosa lasciata cadere
dalle mie mani che perdono amore.
È così semplice a pensarci che è banale:
dal primo all'ultimo giorno
come animali feriti e bambini
io piango se tu te ne vai.
Non c'è tempo per l'offesa e per l'orgoglio
l'amore è lo scempio più veloce.

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.

La ricaduta

Sono arrivato in Alcologia quasi 25 anni fa, allora la mia vita era la musica, mia moglie, i due figli e tanti soldi.

L'alcol era il mio compagno nel tempo d'ozio, quando ero felice, intercalato con la musica, nel rapporto con mia moglie.

Attraverso una leggera nebbiolina intravedevo i miei figli e tutto dal mio punto di vista scorreva fantasticamente.

Poi un giorno, normale come tanti altri, rientrando a casa, l'ho trovata vuota, mia moglie e i bambini non c'erano più.

Lì per lì non ho pensato, ho preso una birra dal frigo, mi sono messo in poltrona e ho iniziato a bere; non ho mai apprezzato il gusto della birra ma la lenta sensazione che mi rilasciava, come una nota calda che arrivava, ti avvolge e tu senti di trattenerla.

Sono rimasto su quella poltrona per cinque giorni, bevevo di continuo, non ho mangiato né mi sono lavato, avevo solo voglia di spegnere il mio cervello.

È stata mia moglie, preoccupata dal mio silenzio al suo essersi allontanata, che mi ha chiamato per capire come io stessi e a chiamare l'ambulanza per farmi ricoverare (probabilmente oggi non sarei qui se lei non avesse chiamato).

Durante il periodo di ricovero in ospedale, mi hanno fatto visita i medici dell'Alcologia, che valutando la mia situazione, mi hanno proposto il ricovero presso la loro struttura residenziale.

Ed eccomi in Alcologia, un casino di persone varie, ricoverate come me, con lo sguardo smarrito, altri sorridenti, altri che mi danno fastidio, mi spiegano che dovrò condividere la stanza con altre due persone, mi parlano di regole, gruppi, colloqui, tempo, astinenza, farmaci, lavoro su me stesso, cazzzzzz che casino! perché sono qua???????

Mi guardo e penso: non sono come loro, due e tre giorni e poi sono fuori.

I giorni in realtà sono stati tre mesi e poi altri tre mesi di day hospital.

Ho perso tutto, mi sono ritrovato senza famiglia, senza casa e senza lavoro e la perdita per tutti e tre questi aspetti è stata causata dall'alcol; allora ero ancora convinto di essere più furbo e di poter sistemare ogni cosa a costo zero.

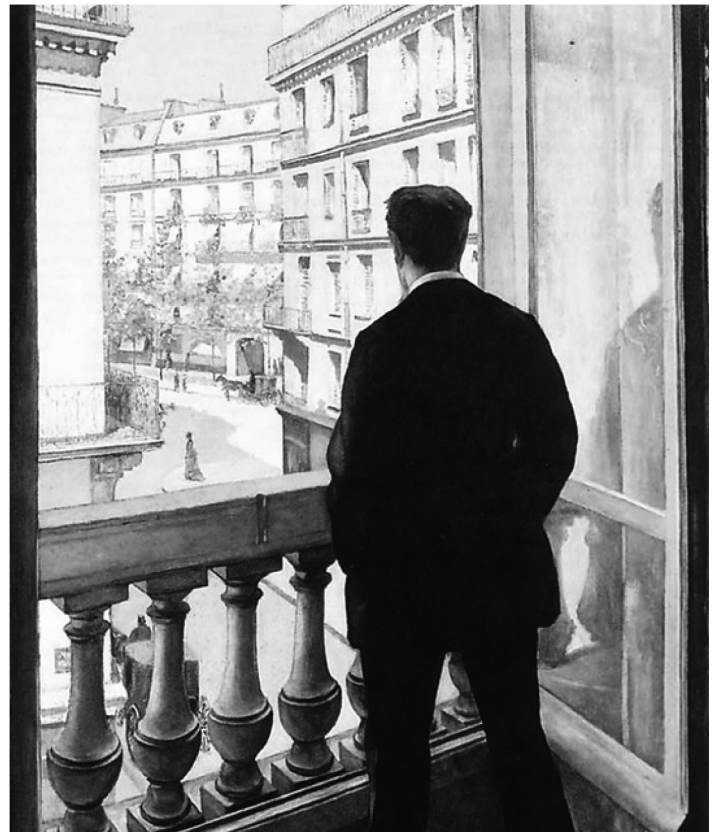
In questo mio percorso ad un certo momento mi hanno presentato l'opportunità di partecipare ad un gruppo esterno di auto aiuto. Ma che ci perdo, ho pensato...

La prima volta sono stato ricevuto da uno strano operatore sorridente, positivo, che mi ha presentato brevemente al gruppo e mi ha dato il tempo di decidere quando parlare.

Il primo mese sono stato in silenzio, ascoltavo e pensavo "poveretti" – io non sono come loro.

Era passato quasi un anno, continuavo con la mia astinenza, frequentavo il gruppo e avevo lasciato la mia vita in sospeso, non avevo affrontato nulla: non il rapporto con mia moglie, non il rapporto con i miei figli. Non la musica.

Poi dopo aver ricevuto il mio primo "diploma" per l'astinenza, qualcosa dentro di me si è rotto, mi sentivo a disagio, quel pezzo di carta non mi



rappresentava, quello che significava mi ha fatto salire una rabbia che non provavo da molto tempo e senza che me ne accorgessi, avevo una birra in mano e in un istante la sensazione calda è ritornata.

Avvolto in qualcosa che da tempo non sentivo, non è stata una birra... dopo la quarta non ci ho più fatto caso.

Quella settimana non sono andato al gruppo, non per vergogna, ma non volevo condividere con nessuno la ricaduta, che era solo mia.

I giorni passavano e io mi sentivo mentalmente sempre peggio, mi dava fastidio anche guardarmi, mi vedevo diverso. Ma ero diverso?

Quando sono ritornato al gruppo dopo un paio di settimane, tutti mi hanno accolto come se nulla fosse accaduto; quella sera parlava una signora, parlava della sua ultima ricaduta, di quanto fosse arrabbiata e delusa di se stessa, di quanto tutta la fatica, la paura, fossero scomparse in un unico istante per far posto nuovamente all'alcol, ma allo stesso tempo parlava della sua voglia di non perdere nuovamente il controllo e di voler chiedere aiuto.

Tutti l'hanno accolta senza giudizio, ma solo circondandola emotivamente con il sostegno di persone che sapevano cosa lei stesse passando...

Quella sera io sono rimasto in silenzio con gli altri, ma dentro di me c'era un turbinio di parole... come dovessi comporre una melodia con mille note diverse.

Il giorno dopo ho chiamato l'operatore del gruppo e gli ho chiesto aiuto, lui mi ha ascoltato e mi ha detto benvenuto, finalmente hai deciso della tua vita.

Mi ha accompagnato al Servizio per riprendere in mano aspetti della mia vita che erano rimasti congelati.

Sono passati molti anni da allora e i successivi diplomi per l'astinenza che ho ricevuto rappresentano ognuno un valore, sono parte di un obiettivo, di un traguardo che ho riconquistato per me, lavorando insieme agli altri compagni del mio percorso.

E la musica è diventata nuovamente una parte armonica della mia vita.

Fabio

Alcologia, Area Dipendenze, ASUGI Trieste

Le Forme dello Stigma

Alfio Lucchini

Nel corso dei 25 anni di vita di questa rivista una veloce lettura degli indici indica come molti sono stati gli aggiornamenti delle sezioni scientifiche e delle rubriche per tentare di essere al passo con i molti spunti che il mondo delle dipendenze evoca. Temi che nel tempo erano argomenti e titoli di sezioni temporanee della Rivista, quali "Dalla società civile", "Spigolature", "Salute e società", "Per riflettere", "Dibattito", "Scienza e società", "La critica delle idee", "Il confronto delle idee", "Cultura e società", evidentemente sono sempre rilevanti, e non sono per nulla estranei alla mission editoriale. Si è lavorato negli anni alle Rubriche, cercando di proporre aperture culturali e riflessioni significative. Il mio ultimo lavoro Dipendenze: tra scienza e società. Un dialogo impossibile? (FrancoAngeli, Milano, 2026) mi offre lo spunto per osare una nuova proposta, di analisi del difficile dialogo tra le evidenze scientifiche e la società, allargata alle istituzioni e alla politica. Partiamo da temi reali, necessità, obiettivi ed atti, correlandoli ai loro percorsi applicativi. Nei temi prima citati lo stigma è ricorrente, propongo quindi "Le forme dello stigma", con l'augurio di una buona sorte!

Percorsi specialistici formativi nelle Dipendenze: ultima chiamata

Una recente "radiografia" degli operatori dei Ser.D. ha mostrato argomenti da affrontare con decisione.

Abbiamo meno di 700 medici con specializzazione in psichiatria su 1700 medici nei Ser.D. e una presenza del 25% di popolazione afferente comorbile, e con le nuove sostanze sempre più con capacità di indurre danni psichici.

Abbiamo meno di 300 specialisti in farmacologia e tossicologia clinica con una popolazione di 150.000 persone che sono in trattamento con delicati farmaci specifici, limitandoci ai farmaci oppiacei e a quelli per l'alcolismo.

Ma più in generale, per quale strano motivo un medico o uno psicologo, o anche altre professionalità, dovrebbero avvicinarsi al lavoro nei Ser.D., quando nessuno parla di dipendenze nei curricula scolastici universitari?

E se certo è un bene la formazione sul campo, o l'empatia con i pazienti, questi elementi sono da considerare sempre come valore aggiunto, non esclusivo.

Nella survey nazionale ALT – Alcohol Test, proposta a fine 2020 da FeDerSerD e dal Centro Studi e Ricerche Consumi e Dipendenze – CeRCo, di Milano [1] e curata unitamente a Felice Nava, direttore del comitato scientifico nazionale di FeDerSerD, ci siamo rivolti ai professionisti dei Servizi delle Dipendenze e di Alcolologia censiti, ottenendo ampia rispondenza.

La domanda "In quale disciplina professionale sei inquadrato" rivolta ai medici era cruciale e le risposte sono diventate fonte di supporto a interventi istituzionali. Si notano molte cose.

Prima di tutto le 4 discipline base della vecchia disciplina generale di Medicina delle Farmacotossicodipendenze (sulla quale tornerò) vedono inquadrati giuridicamente ancor oggi 4 colleghi medici su 5, in barba ad ogni improvvisa abrogazione.

In particolare due, Psichiatria, e Farmacologia - Tossicologia Clinica sono preminenti.

Importanti anche Medicina Interna con Malattie Infettive, molto più limitata Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base, disciplina che soffre l'assenza di una specialità specifica.

Questa cruciale domanda quindi richiama la necessità di pervenire in tempi brevi ad una disciplina e relativa specializzazione di Clinica delle Dipendenze, e non solo per i medici (vi sono esperienze virtuose di scuole di specializzazione, specie per tematiche complesse, con ammissione di più profili professionali,

ad esempio medici e psicologi, con percorsi parzialmente differenziati ma integrati di studio).

Inoltre dimostra che le basi scientifiche sono evidenti e da trentacinque anni in gran parte conosciute e normate!

Essendo ormai assodato che né alla psichiatria accademica né ai cenacoli dei farmacologi o degli internisti interessa contaminarsi troppo con il mondo delle dipendenze, si proceda con la disciplina specifica delle dipendenze e la scuola di specializzazione relativa.

Si ha l'impressione che sia di interesse del mondo accademico (di farmacologia, psichiatria, medicina interna, tossicologia e quant'altro) mantenere l'anarchia e il basso profilo attuale.

Questa grave carenza formativa è sostenuta da atteggiamenti di fondo stigmatizzanti che portano a svalutare la necessità di avere nei Servizi professionisti con una preparazione curriculare specifica sulle Dipendenze e, come diretta conseguenza, a non garantire ai pazienti il diritto di essere curati da personale in possesso di conoscenze e formazione complete per il trattamento della Dipendenza.

Non garantire percorsi di specializzazione per le varie figure professionali nell'ambito delle dipendenze patologiche significa affermarne una debole caratura scientifica, negare la tumultuosa evoluzione in corso, ad esempio con le neuroscienze.

Mi rendo conto che non riconoscere dignità di disciplina al settore alla fine significa sottovalutare che vi sia una patologia da curare e mantenere una "conventio ad excludendum": l'interesse anche delle Istituzioni sembra orientato a risposte semplici e collaudate, idonee ad accontentare gli appetiti del momento di associazioni, università, comunità, istituzioni, burocrati, enti e paraenti per sedanti spot formativi.

Posso come tanti citare esperienze positive, quali Corsi di Perfezionamento e Master co progettati da Università e Associazioni di settore con molta dignità e buon livello scientifico.

Ne ho organizzato io stesso decine, ma serve un salto di qualità!

Visto il contesto specifico, caratterizzato da alti livelli di complessità e dalla progressiva forbice creatasi tra le opportunità di formazione e la competenza richiesta dal livello di gravosità della clinica, FeDerSerD ad esempio ha definito due iniziative di posizionamento molto nette: da un lato multipli-

care, in continuità con il passato, gli sforzi e le pressioni per evidenziare la necessità d'istituire la Disciplina e la Specialità in Clinica delle Dipendenze, dall'altro costruire con le proprie mani un sistema articolato permanente di formazione adeguato alla specificità e complessità dell'area d'intervento, nella cornice di una *Scuola Superiore di Formazione, intitolata nel 2022 a Rita Levi Montalcini*, che fu a lungo presidente onoraria di FeDerSerD.

Ma ripeto, tutto questo va bene, ma non basta.

Negli oltre quarant'anni di vita dei Servizi per le Dipendenze, gli stessi si sono configurati in modo sempre più specifico, con un compiuto e irreversibile processo d'individuazione dei Servizi dal punto di vista scientifico, metodologico, clinico e organizzativo.

Necessità costruire percorsi formativi in grado di trasmettere le competenze specifiche per poter intervenire efficacemente.

Non sto parlando solo di formazione medica, ma di un volano formativo per tutte le professioni di cura psicologiche, sociali, educative, infermieristiche.

Un Decreto ministeriale del dicembre 1991 già affrontava degnamente il problema della disciplina di "medicina delle farmaco-tossico-dipendenze", e colpevolmente è stato lasciato morire nella applicazione, perso tra le varie riforme e controriforme intercorse, nel miglior stile del nostro Paese.

E il richiamo alle normative europee spesso evocato per giustificare l'impossibilità di attivare una scuola di specializzazione dedicata è risibile, considerate le deroghe già varie volte deliberate, e la possibilità e direi il dovere politico di valorizzare nella pratica il tanto lodato sistema di intervento e modello organizzativo italiani.

Basti citare la esperienza recente della specializzazione in cure palliative, concretizzatasi in un lasso di tempo ragionevole.

A ben pensare, ancora una volta viene richiamata una norma, un dispositivo normativo, per non fare nulla!

Quindi lavorare per la formazione dei professionisti del sistema di intervento è una priorità.

Una formazione operativa che abbia una bussola a cui ispirarsi. Infatti i percorsi formativi nuovi e necessari devono saper cogliere dalle conoscenze delle discipline di base, mediche – psicologiche-sociali – infermieristiche ed educative, quello che non può mancare per la tecnica, ma devono anche buttare nella mischia tutto quello di buono che decenni di esperienza possono offrire in termini di comprensione, interpretazione, lavoro interdisciplinare.

Una formazione che accompagni tutti i livelli dell'intervento: dalla accoglienza, alla diagnosi, alla definizione progettuale, alla terapia, al reinserimento, alla managerialità e alla valutazione.

Una formazione che aiuti a superare i momenti di sofferenza individuale fino al reale burn out.

I crescenti segmenti di operatività per i Servizi, quali quelli dettati dagli utenti comorbili, dagli stranieri, dai detenuti, o le variegata dipendenze comportamentali e da tecnologie, non permettono di inventarsi competenze.

Quella di istituire la disciplina e la specializzazione è divenuto elemento centrale di identità del settore e dei professionisti impegnati, già nel novembre 2020 un partecipato e qualificato evento congressuale nazionale di FeDerSerD ha rilanciato alle istituzioni nazionali la proposta con molta forza. In ogni atto, documento, conferenza poniamo con forza questo tema.

La VI Conferenza nazionale Dipendenze del 2022 a Genova "Oltre la fragilità" approvò l'iter di istituzione della disciplina, senza alcun seguito istituzionale.

Nelle conclusioni della Conferenza per quanto riguarda la formazione universitaria si afferma la necessità della istituzione dell'insegnamento di "Clinica delle Dipendenze" nel Corso di Laurea in Medicina e delle Professioni Sanitarie con la relativa Scuola di specializzazione in Clinica delle Dipendenze, attraverso un percorso analogo a quello seguito per la Medicina Palliativa.

Il tema delle dipendenze da sostanze e comportamenti leciti e illeciti (alcol, fumo da tabacco, droghe, gioco d'azzardo, ecc.) deve essere ricompreso nei curricula formativi scolastici ed universitari e nella formazione della Medicina di Assistenza Primaria.

È necessario definire specifici percorsi clinici sulla medicina basata sull'evidenza (EBM) e sulla multidisciplinarietà allo scopo di realizzare percorsi di formazione quanto più professionalizzanti per gli operatori dei Ser.D. e del Privato Sociale/Terzo Settore, inseriti all'interno dei processi di accreditamento.

Infine si rileva la necessità di percorsi formativi post-laurea che perseguano l'obiettivo di fornire allo specializzando in formazione conoscenze e abilità per funzioni richieste nell'esercizio di particolari attività professionali.

Questi obiettivi furono definiti dalle conclusioni della Conferenza come operativi e classificati come senz'altro raggiungibili!

I lavori preparatori, l'andamento in sede di Conferenza e le conclusioni della VII Conferenza nazionale Dipendenze del novembre 2025 a Roma sono stati netti e chiari: ribadita e affinata la proposta, discussa con le massime autorità del Governo, ministra della Università compresa, accettata e quindi pronta per gli atti applicativi!

"Sviluppare la Disciplina delle Dipendenze. Valorizzazione della specificità dell'area delle dipendenze attraverso formazione dedicata, nuove competenze professionali e strumenti operativi comuni", si legge nella nota conclusiva ufficiale della Conferenza.

Torno cautelarmente al passato. Richiamo il Decreto dei Ministri De Lorenzo e Ruberti che istituì nel 1991 la disciplina di Medicina delle Farmacotossicodipendenze [2], a cui non fece seguito l'istituzione della specializzazione e che, come vedremo, cadde poi nel nulla.

Nel decreto è istituita nell'area funzionale di medicina, la disciplina "Medicina delle farmacotossicodipendenze", che entra a far parte dell'elenco delle discipline equipollenti e affini del decreto generale interministeriale del 10 marzo 1983, sia in tabella A che in tabella B, con una esauriente vastità e varietà di materie afferenti riconosciute.

Per curiosità, come ammonimento, e per analizzare come si definiscono le decisioni, ho recuperato gli *Atti Parlamentari del 14 luglio del 2000*, con la interrogazione degli onorevoli Cavaliere, Cè, Dalla Rosa e Sant'Andrea, relativa allo status di un'altra specializzazione, quella in Criminologia Clinica, e la risposta del Sottosegretario di Stato alla Sanità, Grazia Labate [3]. Gli interroganti affrontano anche il nostro decreto ministeriale del 10 dicembre 1991, disciplina della Medicina delle Farmacotossicodipendenze, perché prevedeva la specializzazione in Criminologia Clinica tra le discipline affini.

In breve gli onorevoli lamentano la scomparsa di alcune discipline, tra cui le citate, nei decreti successivi del 1998. Evidente la domanda, perché? Come è noto, ed ecco il punto, le specializzazioni in medicina e chirurgia, a seguito del recepimento della direttiva n. 82/76/CEE, avvenuto con D.Lvo 8 agosto 1991, n. 257, sono valutabili solo se ricomprese negli elenchi formati ed aggiornati ai sensi degli articoli 1, comma 2, ed 8, comma 1, dello stesso D.Lvo n. 257/91, ovvero se il relativo corso di formazione è iniziato prima dell'anno accademico 1991/1992, come stabilito dall'articolo 10, comma 4, del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484.

In tali elenchi non sono ricomprese né la Medicina delle Farmacotossicodipendenze né la Criminologia clinica.

A seguito dell'entrata in vigore della normativa di rango comunitario, la specializzazione in Medicina delle Farmacotossicodipendenze è stata soppressa e, pertanto, nei decreti ministeriali 30 gennaio 1998 (Tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale) e 31 gennaio 1998 (Tabella relativa alle specializzazioni affini previste dalla disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale), non poteva essere inserita tra le specializzazioni. Infine, il decreto ministeriale 22 gennaio 1999 ha apportato alcune integrazioni alle citate tabelle, ma non compaiono le specializzazioni che hanno trattato gli interroganti, non accettabili a quel punto di principio. *Insomma ritardi, sottovalutazioni, non aver dato seguito in un tempo breve dalla istituzione della disciplina all'avvio della relativa specializzazione, nuove norme europee. Ecco, il danno è servito!*

Tornando al DM del 1991, con i dovuti aggiornamenti, a distanza di 35 anni devo dire che il testo e i suoi contenuti reggono anche in molti particolari. Importanti sono i richiami alla legislazione del 1990, dalla legge base 162 al DM 444. Richiami tutt'ora utilizzabili. Aggiungerei le previsioni specifiche della legge 125 del 2001 in tema di alcologia, che esplicitava la definizione di percorsi universitari, ed è inutile dire che non vi è stata sensibile applicazione.

Negli ultimi anni del Novecento molti colleghi del SSN furono tra l'altro inquadrati nella nuova disciplina del 1991, prima del reinquadramento in discipline classiche.

Spero che ora si trovi un consenso/impegno vasto su una proposta, che sia di livello, e che non ci si accontenti, come sento vociferare, di escamotage formativi parziali, o per competenze su singole abilità o strumenti tecnici, secondo riduttivi stili statunitensi, che sarebbero un ulteriore segnale di stigma e estraneità alle esigenze formative.

Senz'altro vi possono essere fasi intermedie, significativo vedo solo il prevedere Corsi specifici sulle Dipendenze nei programmi di laurea, non del tutto assenti attualmente ma bisognosi di una definizione contenutistica e curriculare omogenea ministeriale.

Ma subito deve essere progettato il percorso, con breve timing, per disciplina e specializzazione.

In un articolo apparso il 10 settembre 2018 sul *New York Times* col titolo "Un urgente bisogno nella medicina delle dipendenze" di Jan Hoffman, si evidenziava come la maggior parte dei medici USA fossero poco formati per affrontare le problematiche relative alle dipendenze da oppiacei. Poche le scuole di medicina che formano gli studenti a trattare le persone con dipendenza, con metodologie difficili da reperire nei curricula universitari.

Carenti sono le competenze relazionali del medico e questo vale anche per i medici di famiglia. Intanto le varie forme della dipendenza legali ed illegali contribuiscono ogni anno a 600 mila morti negli Stati Uniti. Vi è un interesse a specializzarsi in questo ambito, unitamente a qualche incentivazione con rimborso dei costi formativi per professionisti che lavorano in zone molto colpite dalle dipendenze. Si sta lavorando per arrivare ad una *specializzazione professionale autonoma*, rispetto a poche lezioni o brevi corsi come è oggi.

Tornando in Italia, i disegni di legge rischiano di perdersi nei meandri delle commissioni o stroncati da tempistiche infinite. Ciò non toglie che mi permetto di citare il *DDL n. 1321 pre-*

sentato in questa XIX legislatura al Senato d'iniziativa dei senatori Zambito et altri il 4 dicembre 2024 dal titolo "Modifiche al testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e altre disposizioni in materia di riorganizzazione e rilancio della governance dei servizi integrati pubblici e privati accreditati per le dipendenze". Mi limito all'art. 32 (Istituzione dei corsi di specializzazione sulle dipendenze nelle facoltà di medicina e di formazione degli operatori socio-sanitari) che al comma 1 recita: "È istituita la scuola di specializzazione in medicina delle dipendenze, a cui possono accedere i laureati in medicina e chirurgia". E al comma 2: "Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministero della salute, disciplina con proprio decreto i profili specialistici, gli obiettivi formativi e i percorsi didattici, funzionali al conseguimento delle competenze professionali, relativi alla scuola di specializzazione di cui al comma 1, prevedendo altresì la possibilità di stipulare protocolli di collaborazione con le società scientifiche del settore".

Spero si possano trovare le necessarie interazioni politiche, considerato l'apparente consenso generale.

Serve una formazione permanente del personale quindi, che permetta anche la immissione di *nuovi profili professionali* nel sistema.

Già nel 2000 il *Coordinamento delle Associazioni professionali e scientifiche* sottopose all'allora Sottosegretario di Stato alla Sanità, quella Grazia Labate prima citata, varie considerazioni in occasione delle prime discussioni sulle bozze di revisione del DM 444/90 (pensate un po'!).

Figure professionali definite "altro" nel DM 444/90 venivano declinate come sociologo, esperto in informatica, psicopedagogo, in modo più realistico e al passo con le necessità.

Ma anche counselor, legali, operatori di prossimità sono ora al centro delle necessità. Ed anche la valorizzazione di persone formate, con trascorso di consumatori.

Su questi temi il tavolo di lavoro e le conclusioni della VII Conferenza di Roma hanno offerto proposte significative ed attuabili, frutto di una sinergica azione pubblico – terzo settore.

Un invito alle Istituzioni deputate: le idee, le elaborazioni scritte, gli atti e i percorsi validati non mancano!

Riferimenti bibliografici

I contenuti di questo saggio sono parzialmente tratti da Lucchini A. (2026) "Una faccia dello stigma e della ascientificità: negare percorsi formativi specialistici nelle Dipendenze". In: Dipendenze: tra scienza e società. Un dialogo impossibile?. FrancoAngeli, Milano.

1. Cozzolino E., & Lucchini A. (2023). *Dipendenze: il valore della formazione per una nuova sanità territoriale*. Milano: FrancoAngeli.
2. Decreto Ministeriale 10 dicembre 1991 (pubbl. sulla G.U. n. 13 del 17 gennaio 1992). Istituzione della disciplina "Medicina delle farmacotossicodipendenze" da inserire nell'elenco delle discipline equipollenti e affini oggetto degli esami di idoneità e dei concorsi presso le unità sanitarie locali valevole per la formazione delle commissioni esaminatrici e per la valutazione dei titoli negli esami di idoneità e nei concorsi di assunzione dei medici, farmacisti e veterinari presso le unità sanitarie locali.
3. Atti Parlamentari della Repubblica italiana. Seduta del 14 luglio del 2000. Interrogazione degli onorevoli Cavaliere, Cè, Dalla Rosa e Sant'Andrea, relativa allo status della specializzazione in Criminologia Clinica, e risposta del Sottosegretario di Stato alla Sanità, Grazia Labate.

® 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

ADHD e rischio di uso improprio di benzodiazepine: una revisione sistematica e meta-analisi

Lorenzo Zamboni*, Angela Federico*, Rebecca Casari**, Francesca Fusina***, Thomas Zandonai****, Leonardo Zoccante*****, Fabio Lugoboni*

Riassunto

■ Background. Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD) è un disturbo del neurosviluppo ad alta prevalenza che spesso persiste in età adulta ed è associato a un aumentato rischio di disturbi da uso di sostanze. Le benzodiazepine (BDZ), frequentemente prescritte per il trattamento dei sintomi ansiosi e dei disturbi del sonno, presentano un elevato potenziale di uso improprio e di dipendenza. Evidenze preliminari suggeriscono che gli individui con ADHD possano essere particolarmente vulnerabili a un uso problematico di BDZ; tuttavia, tale associazione non è stata finora oggetto di una revisione sistematica né di una valutazione quantitativa.

Obiettivi. La presente revisione si è posta l'obiettivo di esaminare sistematicamente l'associazione tra ADHD e uso improprio o dipendenza da BDZ nella popolazione adulta e di quantificare tale relazione mediante una sintesi meta-analitica dei dati osservazionali disponibili.

Metodi. È stata condotta una ricerca sistematica della letteratura su PubMed, Scopus e ScienceDirect per identificare studi osservazionali pertinenti pubblicati fino al 30 aprile 2025. I criteri di inclusione hanno riguardato studi originali che riportassero dati sull'uso improprio o sulla dipendenza da BDZ in adulti con diagnosi clinica di ADHD. È stata effettuata una meta-analisi a effetti casuali per calcolare gli odds ratio (OR) combinati e i relativi intervalli di confidenza (IC) al 95%. Il rischio di bias è stato valutato utilizzando le checklist del Joanna Briggs Institute per studi trasversali analitici e studi di coorte.

Risultati. Quattro studi hanno soddisfatto i criteri di inclusione, ciascuno contribuendo con una stima di effetto indipendente. L'OR combinato ha indicato un'associazione significativa tra ADHD e uso improprio o dipendenza da BDZ (OR = 1,94; IC 95%: 1,31-2,89), con un'eterogeneità moderata ($I^2 \approx 42\%$). I pattern di uso improprio includevano assunzione a dosaggi elevati, somministrazione endovenosa o intranasale e uso prolungato di BDZ.

Conclusioni. Gli adulti con ADHD presentano un rischio significativamente aumentato di uso improprio e dipendenza da benzodiazepine. Questi risultati sottolineano la necessità di strategie di screening mirate e di una prescrizione particolarmente cauta in questa popolazione. ■

Parole chiave: Benzodiazepine, ADHD, Addiction, Misuso, Z-drug.

Summary

ADHD and the risk of benzodiazepine misuse: A systematic review and meta-analysis

■ Background. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is a prevalent neurodevelopmental disorder that often persists into adulthood and is associated with an elevated risk of substance use disorders. Benzodiazepines (BDZs), frequently prescribed for anxiety and sleep-related symptoms, carry a high potential for misuse and dependence. Preliminary evidence suggests that individuals with ADHD may be particularly vulnerable to problematic BDZ use, yet this association has not been systematically reviewed or quantitatively assessed.

Objectives. This review aimed to systematically examine the association between ADHD and BDZ misuse or dependence in adult populations, and to quantify this relationship through meta-analytic synthesis of observational data.

Methods. A systematic literature search was conducted in PubMed, Scopus, and ScienceDirect for relevant observational studies published up to April 30, 2025. Inclusion criteria focused on original research reporting BDZ misuse or dependence in adults with a clinical diagnosis of ADHD. A random-effects meta-analysis was performed to calculate pooled odds ratios (ORs) and 95% confidence intervals (CIs). Risk of bias was assessed using the Joanna Briggs Institute checklist for analytical cross-sectional and cohort studies.

Results. Four studies met the inclusion criteria, each contributing one independent effect estimate. The pooled OR indicated a significant association between ADHD and BDZ misuse or dependence (OR = 1.94; 95% CI: 1.31-2.89), with moderate heterogeneity observed ($I^2 \approx 42\%$). Patterns of misuse included high-dose intake, intravenous/intranasal administration, and prolonged BDZ use.

Conclusions. Adults with ADHD demonstrate a significantly increased risk for BDZ misuse and dependence. These findings emphasize the need for targeted screening and cautious prescribing practices in this population. ■

Keywords: Benzodiazepine, ADHD, Addiction, Misuse, Z-drug.

Articolo sottomesso: 28/01/2026, accettato: 30/06/2026

* Medicina delle Dipendenze, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona.

** Medicina delle Dipendenze, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona. U.O. Neurologia, Ospedale Pederzoli di Peschiera del Garda (VR).

*** Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova.

**** Addiction Science Laboratory, Department of Psychology and Cognitive Science, University of Trento, Rovereto, Italy.

***** UOC Infanzia, Adolescenza, Famiglia e Consultori, Azienda AULSS 9 Scaligera, Verona.

Introduzione

Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) è un disturbo del neurosviluppo caratterizzato da pattern persistenti di disattenzione, iperattività e impulsività. Sebbene tradizionalmente associato all'età evolutiva, l'ADHD persiste frequentemente in età adulta, determinando compromissioni funzionali significative in diversi ambiti, tra cui quello lavorativo, accademico e sociale. Studi epidemiologici stimano che circa il 2,5%-4,4% degli adulti a livello globale soddisfatti i criteri diagnostici per l'ADHD, con una prevalenza maggiore nelle fasce di età più giovani e una progressiva riduzione con l'avanzare dell'età [1; 2; 3].

Gli adulti con ADHD presentano un rischio aumentato di comorbidità psichiatriche, in particolare di Disturbi da Uso di Sostanze (Substance Use Disorders, SUD). L'impulsività e la disregolazione emotiva tipiche dell'ADHD possono predisporre all'uso di sostanze come strategia di coping disfunzionale. Tra le sostanze comunemente oggetto di uso improprio, le benzodiazepine (BDZ) rivestono un ruolo di particolare rilievo, in virtù della loro ampia prescrizione per il trattamento dell'ansia e dell'insonnia e del loro elevato potenziale di dipendenza e abuso [4; 5; 6].

È inoltre riportato che gli adulti con ADHD tendano a fare un uso improprio anche di altri farmaci prescrivibili, quali stimolanti (ad esempio metilfenidato e anfetamine), gabapentinoidi, Z-drugs e oppioidi, suggerendo una vulnerabilità più ampia all'abuso di farmaci su prescrizione in questa popolazione [20; 21].

La focalizzazione sulle BDZ è particolarmente rilevante nel contesto dell'ADHD per diverse ragioni: (1) ansia, disturbi del sonno e disregolazione emotiva rappresentano comorbidità frequenti per le quali le BDZ sono comunemente prescritte; (2) gli effetti sedativi e ansiolitici immediati delle BDZ possono risultare particolarmente rinforzanti nei soggetti con ADHD, tipicamente caratterizzati da elevata impulsività e difficoltà nel differire la gratificazione; (3) studi osservazionali precedenti hanno documentato tassi elevati di uso improprio e dipendenza da BDZ nelle popolazioni con ADHD. Tali elementi forniscono una solida giustificazione per una revisione mirata dell'associazione ADHD-BDZ, distinta dal più ampio e ben documentato legame tra ADHD e uso di sostanze in generale.

Studi recenti hanno evidenziato un'associazione significativa tra ADHD in età adulta e uso improprio di BDZ. Ad esempio, Lugoboni *et al.* [7] hanno riscontrato che gli individui con sintomi di ADHD presentavano una maggiore probabilità di uso endovenoso improprio di BDZ, in particolare tra i pazienti in trattamento di mantenimento con oppioidi. Analogamente, More *et al.* [8] hanno riportato una prevalenza più elevata di dipendenza da BDZ tra soggetti detenuti con diagnosi di ADHD, evidenziando la vulnerabilità di questa popolazione all'uso improprio di sedativi.

La letteratura scientifica sull'intersezione tra ADHD e uso improprio di BDZ rimane tuttavia estremamente limitata, con pochi studi che esaminano in modo sistematico la prevalenza, i fattori di rischio e le implicazioni cliniche dell'uso problematico di BDZ negli adulti con ADHD. Comprendere tale relazione è essenziale per lo sviluppo di interventi mirati e per una pratica clinica informata.

La presente revisione si propone di sintetizzare le evidenze disponibili sull'associazione tra ADHD e uso improprio o dipendenza da BDZ nella popolazione adulta. In particolare, gli obiettivi sono: (1) valutare la prevalenza dell'uso improprio di BDZ negli adulti con ADHD; (2) identificare i fattori di rischio che contribuiscono a tale uso improprio; (3) esaminare gli esiti clinici associati alla co-occorrenza di ADHD e uso improprio di BDZ.

Metodologia

La presente revisione è stata condotta in conformità alle linee guida PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) [9]. È stata effettuata una ricerca sistematica su PubMed, Scopus e ScienceDirect per identificare studi pubblicati fino al 30 aprile. Sono stati utilizzati operatori booleani per combinare parole chiave relative al Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) e alle benzodiazepine, con particolare attenzione ai concetti di uso improprio, abuso, dipendenza e addiction.

Sono stati inclusi studi osservazionali originali (trasversali, di coorte o caso-controllo) che valutassero la presenza o il rischio di uso problematico di benzodiazepine in individui con diagnosi clinica di ADHD. Sono stati esclusi articoli di revisione sistematica, meta-analisi, studi preclinici (animali o in vitro) e studi non disponibili in lingua inglese.

Due revisori indipendenti hanno effettuato lo screening dei titoli e degli abstract, la valutazione dei testi completi e l'analisi dell'eleggibilità degli studi sulla base di criteri di inclusione ed esclusione predefiniti. Eventuali disaccordi sono stati risolti mediante discussione o consultazione di un terzo revisore. I dati estratti includevano: caratteristiche del campione, disegno dello studio, strumenti diagnostici per l'ADHD, pattern di utilizzo delle benzodiazepine e principali outcome relativi alla prevalenza o al rischio di uso improprio e/o dipendenza.

In conformità alle linee guida PRISMA, sono stati definiti criteri specifici di inclusione ed esclusione al fine di garantire la selezione di studi pertinenti e di elevata qualità.

Criteri di inclusione

1. **Popolazione:** studi condotti su partecipanti adulti (≥ 18 anni) con diagnosi di ADHD basata su criteri diagnostici standardizzati (DSM-IV, DSM-5 o ICD-10).
2. **Esposizione:** studi che esaminano l'uso, l'uso improprio, l'abuso o la dipendenza da benzodiazepine in individui con ADHD.
3. **Disegno dello studio:** studi osservazionali (trasversali, di coorte o caso-controllo) che forniscano dati empirici sull'associazione tra ADHD e uso improprio di BDZ.
4. **Lingua:** pubblicazioni disponibili in lingua inglese.
5. **Stato di pubblicazione:** articoli peer-reviewed pubblicati su riviste scientifiche.

Criteri di esclusione

1. **Popolazione:** studi condotti su popolazioni pediatriche o adolescenziali (< 18 anni).
2. **Disegno dello studio:** revisioni, meta-analisi, case report, abstract di conferenze, editoriali e commenti.
3. **Esposizione:** studi che non affrontano specificamente l'uso di benzodiazepine nel contesto dell'ADHD o che analizzano l'esposizione alle BDZ insieme ad altre sostanze senza un'analisi distinta.
4. **Lingua:** pubblicazioni non in lingua inglese.
5. **Stato di pubblicazione:** studi non pubblicati, tesi o dissertazioni non sottoposte a peer review.

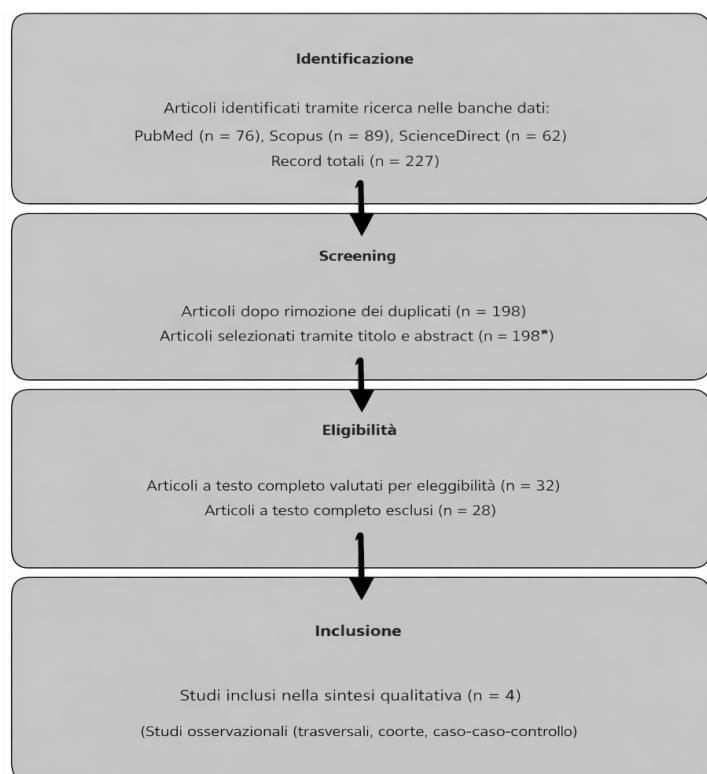
La figura 1 illustra il processo di selezione degli studi secondo le linee guida PRISMA.

Risultati

Un totale di 227 record è stato identificato tramite le ricerche sistematiche su PubMed ($n = 76$), Scopus ($n = 89$) e ScienceDirect ($n = 62$). Dopo la rimozione di 29 duplicati, 198 record sono stati sottoposti a screening sulla base di titolo e abstract. Di questi, 166 studi sono stati esclusi poiché non soddisfacevano i criteri di inclusione (ad esempio, popolazione non pertinente, assenza di focus sulle benzodiazepine, disegno non osservazionale). Successivamente, 32 articoli a testo completo sono stati valutati per l'eleggibilità; 28 sono stati esclusi per disegno di studio inappropriato (ad esempio review o case report), mancato focus su ADHD o benzodiazepine, o insufficienza dei dati di outcome. In conclusione, 4 studi hanno soddisfatto tutti i criteri di eleggibilità e sono stati inclusi nella revisione.

È stata condotta una meta-analisi a effetti casuali utilizzando i dati dei quattro studi inclusi, ciascuno dei quali ha fornito una singola stima dell'effetto sull'associazione tra ADHD e uso problematico di benzodiazepine. Gli outcome considerati includevano l'uso improprio di BDZ per via endovenosa e intranasale, la dipendenza a lungo termine e il disturbo da uso di benzodiazepine, tutti corretti per i principali fattori confondenti rilevanti.

Fig. 1 - Diagramma di flusso PRISMA



Tab. 1 - Sintesi degli studi inclusi

Autori (anno)	Titolo	Study Design	Popolazione	Risultati
Lugoboni et al. (2020b)	Adult ADHD and Quality of Life in High-Dose Benzodiazepine Users	Cross-sectional observational study	207 pazienti che usano alte dosi di BDZ/Z-drugs	39.4% degli utilizzatori di alte dosi di BDZ mostrano una sintomatologia ADHD e ridotta qualità di vita
Lugoboni et al. (2020a)	ADHD and Intravenous Misuse of Opioid and Benzodiazepine in OMT Patients	Multicenter cross-sectional observational study	1111 pazienti in trattamento sostitutivo oppioide	ADHD associato al misuse di BDZ
Young et al. (2015)	Comorbid ADHD and Substance Use Disorder in Treatment-Seeking Adults	Cross-sectional observational study	489 adulti in trattamento per dipendenze patologiche	ADHD associato a una maggiore complessità e cronicità dei disturbi da uso di sostanze
Moore et al. (2016)	Adult ADHD Among NSW Prisoners: Prevalence and Psychiatric Comorbidity	Cross-sectional observational study	241 detenuti adulti nel Nuovo Galles del Sud (Australia)	ADHD associato a dipendenza da benzodiazepine e ad altre comorbidità psichiatriche

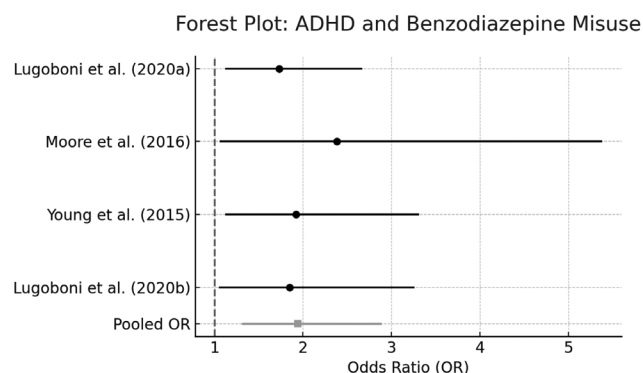
L'odds ratio (OR) combinato è risultato pari a 1,94 (IC 95%: 1,31-2,89), suggerendo che gli individui con ADHD presentano una probabilità quasi doppia di manifestare un uso problematico di benzodiazepine rispetto ai soggetti senza ADHD. L'eterogeneità osservata è risultata moderata ($I^2 \approx 42\%$), indicando una direzionalità dell'effetto coerente tra popolazioni cliniche differenti, incluse persone in trattamento di mantenimento con oppioidi, soggetti detenuti e adulti con disturbi da uso di sostanze. Tutti gli OR individuali erano superiori a 1 e statisticamente significativi. L'eterogeneità moderata emersa dalla meta-analisi ($I^2 \approx 42\%$) può essere attribuibile a differenze cliniche e metodologiche tra gli studi inclusi, quali la variabilità negli strumenti diagnostici utilizzati per l'ADHD, nelle definizioni operative di uso improprio di BDZ e nella natura delle popolazioni campionate (ad esempio individui detenuti, pazienti con SUD o soggetti in terapia di mantenimento con oppioidi).

Tab. 2 - Sintesi degli studi inclusi nella meta-analisi

Articolo	Campione statistico	ADHD+ (%)	Odds Ratio (OR)	95% CI
Lugoboni et al. [7]	1111	11.2	1.73	1.12 – 2.67
Moore et al. [8]	200	17.0	2.38	1.06 – 5.38
Young et al. [13]	489	44.0	1.92	1.12 – 3.31
Lugoboni et al. [12]	207	39.4	1.85	1.05 – 3.26

La figura 2 presenta la sintesi meta-analitica di quattro studi osservazionali che hanno valutato la relazione tra Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) e uso problematico di benzodiazepine (BDZ). Per ciascuno studio sono riportati gli odds ratio (OR) e i relativi intervalli di confidenza (IC) al 95%, tutti indicativi di un'associazione positiva statisticamente significativa. La dimensione dell'effetto combinato (OR = 1,94; IC 95%: 1,31-2,89) suggerisce che gli adulti con ADHD presentano una probabilità quasi doppia di incorrere in un uso improprio di BDZ rispetto ai soggetti senza ADHD. È stato applicato un modello a effetti casuali mediante il metodo di DerSimonian e Laird. Questi risultati supportano l'esistenza di una solida associazione tra ADHD e uso improprio di benzodiazepine, rafforzando l'importanza di uno screening sistematico per l'ADHD nelle popolazioni cliniche ad alto rischio e sostenendo la necessità di pratiche prescrittive delle BDZ più caute e personalizzate nei pazienti con disturbi dell'attenzione.

Fig. 2 - Forest plot dell'associazione tra ADHD e uso improprio di benzodiazepine



Discussione

La presente revisione sistematica e meta-analisi ha esaminato l'associazione tra Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) e uso improprio di benzodiazepine (BDZ) nelle popolazioni adulte. Nei quattro studi osservazionali inclusi è emerso un pattern coerente, indicando che gli individui con ADHD presentano un rischio aumentato di coinvolgimento in un uso problematico di BDZ, comprendente sia la dipendenza ad alte dosi sia l'uso improprio per via endovenosa. Lugoboni et al. [12] hanno riportato che il 39,4% dei soggetti che facevano uso di BDZ/Z-drugs ad alte dosi presentava sintomi clinicamente rilevanti di ADHD, e che tale sottogruppo mostrava una qualità di vita significativamente compromessa. Questo risultato evidenzia il possibile contributo di un ADHD non trattato o sottotrattato allo sviluppo di strategie di coping disfunzionali basate sull'uso di farmaci sedativi. Analogamente, lo stesso gruppo di ricerca ha identificato l'ADHD come fattore di rischio indipendente per l'uso improprio endovenoso di BDZ nei pazienti inseriti in programmi di trattamento di mantenimento con oppioidi [7], suggerendo che i sintomi dell'ADHD possano amplificare impulsività e assunzione di sostanze. A ulteriore supporto di tali associazioni, Young et al. [13] hanno osservato che gli adulti in trattamento per disturbi da uso di sostanze (Substance Use Disorders, SUD) con screening positivo per ADHD presentavano una maggiore complessità clinica e una maggiore cronicità, inclusa una storia di uso improprio di BDZ. In modo analogo, Moore et al. [8] hanno dimostrato che i soggetti detenuti con ADHD mostravano una prevalenza significativamente più elevata di dipendenza da BDZ e di comorbidità psichiatriche rispetto ai detenuti senza ADHD.

Questi risultati sono coerenti con la letteratura precedente che suggerisce una forte relazione bidirezionale tra ADHD e uso di sostanze.

L'odds ratio combinato emerso dalla nostra meta-analisi (OR = 1,94; IC 95%: 1,31-2,89) fornisce, per la prima volta, una sintesi quantitativa di tale associazione. Inoltre, l'inclusione dello studio di Lugoboni *et al.* [12], focalizzato su pazienti che utilizzavano BDZ/Z-drugs ad alte dosi, rafforza ulteriormente questa relazione. In tale studio è stato osservato un OR pari a 1,85 (IC 95%: 1,05-3,26), indicando che, anche al di fuori di contesti di trattamento con oppioidi o di popolazioni forensi, gli adulti con ADHD presentano un rischio aumentato di uso improprio di BDZ. L'aggregazione di evidenze provenienti da diverse popolazioni ad alto rischio rafforza pertanto la rilevanza clinica dell'ADHD come predittore indipendente di uso improprio di benzodiazepine.

I sintomi cardine dell'ADHD – quali impulsività, disregolazione emotiva e disfunzione esecutiva – possono predisporre gli individui all'automedicazione con sedativi per la gestione di ansia, agitazione o disturbi del sonno. Al contempo, l'uso di BDZ può ulteriormente compromettere il controllo cognitivo, esacerbando i deficit attentivi e aumentando la probabilità di sviluppo di dipendenza.

Nonostante la coerenza dei risultati, devono essere riconosciute alcune limitazioni.

Una prima limitazione riguarda l'eterogeneità degli outcome tra gli studi inclusi, che hanno operazionalizzato l'uso improprio di BDZ in modi differenti (ad esempio uso improprio in trattamento di mantenimento con oppioidi, dipendenza da BDZ in popolazioni detenute, uso cronico ad alte dosi). Sebbene tali outcome siano stati considerati espressione di un medesimo costrutto di uso improprio/dipendenza clinicamente rilevante da BDZ, tale scelta può limitare la granularità interpretativa dei risultati. Per attenuare questo aspetto, è stato adottato un modello a effetti casuali e la dimensione dell'effetto combinato è stata interpretata come evidenza preliminare piuttosto che come prova definitiva di un fenomeno uniforme. Tutti gli studi inclusi erano di natura osservazionale e prevalentemente trasversale, il che impedisce di trarre inferenze causali. Inoltre, la variabilità nei criteri diagnostici e negli strumenti di valutazione dell'ADHD e dell'uso di BDZ introduce una potenziale fonte di eterogeneità. Infine, il numero complessivo di studi disponibili è limitato e i campioni derivano principalmente da popolazioni cliniche ad alto rischio o in trattamento, riducendo la generalizzabilità dei risultati.

Ciononostante, la presente revisione fornisce evidenze preliminari a supporto dell'ADHD come fattore di rischio clinicamente rilevante per l'uso improprio e la dipendenza da benzodiazepine.

Sebbene questa revisione si sia concentrata sulle BDZ, è opportuno sottolineare che l'uso improprio di altri farmaci prescrittibili è stato descritto nelle popolazioni con ADHD, a supporto dell'ipotesi di una vulnerabilità generalizzata [20]. Inoltre, evidenze preliminari suggeriscono che l'uso improprio di sedativi possa verificarsi anche in individui con altri disturbi del neurosviluppo, come il disturbo dello spettro autistico, in particolare in presenza di ansia o insonnia [21]. Tuttavia, i dati disponibili su questi gruppi restano molto limitati e richiedono ulteriori approfondimenti.

Va comunque considerato che l'ADHD è ampiamente associato a un rischio aumentato di uso di sostanze, e la nostra analisi non consente di stabilire se l'associazione osservata con le BDZ sia specifica o rifletta semplicemente una vulnerabilità generale. La scelta di focalizzarsi sulle BDZ deriva dal fatto che questa associazione è meno esplorata rispetto a quella con altre sostanze, quali alcol, cannabis o stimolanti, nonostante le crescenti preoccupazioni cliniche. Studi futuri dovrebbero confrontare direttamente i pattern di uso improprio di BDZ con quelli di altre sostanze, al fine di chiarire se il legame ADHD-BDZ rappresenti un percorso di rischio specifico o parte di un profilo comorbido più ampio.

Questi risultati sottolineano l'importanza di uno screening sistematico per l'ADHD nei soggetti con uso improprio noto o sospetto di sedativi. Inoltre, in questa popolazione dovrebbero essere considerate strategie terapeutiche alternative – quali ansiolitici non sedativi, interventi di tipo cognitivo-comportamentale e una farmacoterapia mirata per l'ADHD – al fine di ridurre il ricorso alle BDZ e i danni associati.

I meccanismi neurobiologici alla base dell'associazione tra uso improprio di BDZ e ADHD risultano complessi e multifattoriali. Gli individui con ADHD sono particolarmente vulnerabili all'uso improprio e alla dipendenza da BDZ a causa dell'interazione tra fattori neurobiologici e comportamentali. Studi di neuroimaging e farmacologici hanno dimostrato che l'ADHD è associato a una disregolazione dei sistemi dopaminergico e

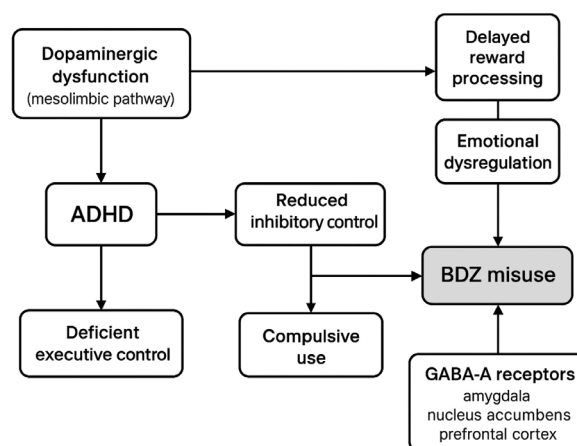
GABAergico, entrambi centrali nei circuiti della ricompensa e nei processi alla base dei comportamenti di dipendenza. Le BDZ agiscono potenziando l'attività dei recettori GABA-A, producendo effetti di rinforzo rapidi quali sedazione e ansiolisi. Nei soggetti impulsivi, tali effetti possono favorire il condizionamento comportamentale e l'uso compulsivo, soprattutto in presenza di una ridotta sensibilità alle ricompense ritardate e di un'ipofunzione del sistema dopaminergico mesolimbico [14; 15].

Parallelamente, gli adulti con ADHD riferiscono frequentemente disregolazione emotiva, ansia e insonnia, che possono indurli ad automedicarsi con BDZ nel tentativo di alleviare il disagio acuto. A causa di un controllo esecutivo compromesso e dell'impulsività, tali individui risultano più inclini ad aumentare i dosaggi o a utilizzare il farmaco al di fuori di una supervisione medica, incrementando ulteriormente il rischio di dipendenza [16]. Dal punto di vista neurobiologico, la sovrapposizione tra ADHD e uso improprio di benzodiazepine può riflettere una disfunzione di più sistemi interconnessi. I soggetti con ADHD presentano tipicamente una disregolazione sia del circuito dopaminergico della ricompensa – in particolare a livello della via mesolimbica [14] – sia delle reti prefronto-limbiche coinvolte nel controllo degli impulsi e nella regolazione affettiva [17]. Le benzodiazepine esercitano i loro effetti potenziando la trasmissione GABAergica, in particolare attraverso i recettori GABA-A localizzati nell'amigdala, nel nucleo accumbens e nella corteccia prefrontale [18]. Nei soggetti con ADHD, una ridotta tonicità GABAergica e un controllo esecutivo compromesso possono sinergizzare con il rapido rinforzo ansiolitico e sedativo delle BDZ, facilitando l'uso compulsivo [16]. Inoltre, i deficit nell'elaborazione delle ricompense ritardate e la labilità emotiva – caratteristiche distintive dell'ADHD in età adulta – possono ulteriormente orientare gli individui verso sostanze in grado di offrire un sollievo immediato [19]. Il modello concettuale proposto riassume tali meccanismi interrelati.

Le ricerche future dovrebbero privilegiare disegni longitudinali per chiarire le dinamiche temporali tra sintomi di ADHD e inizio o escalation dell'uso di BDZ. Sarebbe inoltre auspicabile valutare l'efficacia di protocolli terapeutici integrati che affrontino simultaneamente l'ADHD e l'uso di sostanze in comorbilità, con l'obiettivo di migliorare sia gli esiti cognitivi sia quelli comportamentali.

Il diagramma concettuale illustra i percorsi neurobiologici convergenti alla base dell'associazione tra ADHD e uso improprio di BDZ. L'ADHD è caratterizzato da una disfunzione dopaminergica della via mesolimbica e da un controllo esecutivo deficitario, che contribuiscono a un'alterata elaborazione delle ricompense ritardate e alla disregolazione emotiva. Le benzodiazepine, attraverso la loro azione sui recettori GABA-A a livello dell'amigdala e di strutture correlate, possono ulteriormente compromettere il controllo inibitorio e rinforzare l'uso compulsivo. L'interazione di questi meccanismi può aumentare la vulnerabilità all'uso improprio di BDZ negli adulti con ADHD.

Fig. 3 - Meccanismi neurobiologici che collegano ADHD e uso improprio di benzodiazepine



Limiti

La presente revisione presenta diversi limiti che devono essere riconosciuti. In primo luogo, il numero di studi eleggibili è risultato limitato (n = 4), riflettendo l'attuale scarsità di ricerche che affrontino in modo specifico la

relazione tra ADHD e uso improprio o dipendenza da benzodiazepine. Tale limitazione riduce la generalizzabilità dei risultati e impedisce lo svolgimento di analisi di sottogruppo robuste tra differenti popolazioni cliniche. In secondo luogo, tutti gli studi inclusi adottavano disegni osservazionali, prevalentemente di tipo trasversale, circostanza che limita la possibilità di trarre inferenze causali. Rimane pertanto irrisolta la questione se i sintomi dell'ADHD predispongano direttamente gli individui all'uso improprio di benzodiazepine.

Un ulteriore limite riguarda l'eterogeneità dei criteri diagnostici e dei metodi di valutazione adottati nei diversi studi, che rappresenta una potenziale fonte di bias. L'ADHD è stato frequentemente valutato mediante strumenti di screening piuttosto che attraverso interviste cliniche strutturate, e le definizioni di uso improprio o dipendenza da benzodiazepine variavano nelle loro operationalizzazioni.

Un'altra limitazione rilevante è rappresentata dal fatto che nessuno degli studi inclusi ha riportato analisi stratificate per sesso, nonostante siano ben documentate differenze sesso-dipendenti sia nella prevalenza dell'ADHD sia nei pattern di uso improprio di benzodiazepine. Ad esempio, uno studio condotto su adulti con disturbi da uso di sostanze ha evidenziato caratteristiche cliniche differenti dell'uso improprio di BDZ in base al sesso, pur in presenza di una prevalenza simile tra uomini e donne. Analogamente, nelle popolazioni adolescenziali con ADHD, le ragazze possono mostrare un rischio aumentato o traiettorie differenti di uso di sostanze rispetto ai coetanei maschi [22; 23]. A causa della mancanza di dati disaggregati per sesso nella presente revisione, non è stato possibile valutare se l'associazione ADHD-BDZ differisca in funzione del sesso. Studi futuri dovrebbero pertanto includere il sesso come variabile moderatrice, al fine di identificare eventuali profili di rischio specifici.

In quarto luogo, la maggior parte dei campioni inclusi proveniva da popolazioni cliniche o ad alto rischio – quali soggetti in trattamento per dipendenze o individui inseriti in contesti detentivi – limitando l'applicabilità dei risultati alla popolazione generale o a individui con manifestazioni più lievi di ADHD.

Nonostante tali limiti, i risultati forniscono indicazioni preliminari di rilievo e costituiscono una base utile per future ricerche volte a chiarire e affrontare i rischi di uso improprio di benzodiazepine negli individui con ADHD.

Conclusioni

Le limitate evidenze sintetizzate in questa revisione forniscono un supporto preliminare all'esistenza di un'associazione tra ADHD e uso improprio o dipendenza da benzodiazepine. Gli studi identificati evidenziano in modo coerente l'ADHD come un fattore di vulnerabilità clinicamente significativo, in particolare nelle popolazioni già ad alto rischio di disturbi da uso di sostanze. Tale associazione appare verosimilmente multifattoriale, coinvolgendo meccanismi neurobiologici, comportamentali e psicosociali che meritano ulteriori approfondimenti.

Alla luce delle conseguenze cognitive e funzionali negative sia dell'ADHD non trattato sia dell'uso cronico di benzodiazepine, l'identificazione precoce dell'ADHD in ambito clinico – in particolare tra i pazienti che utilizzano farmaci sedativi – risulta imprescindibile. I clinici dovrebbero esercitare particolare cautela nella prescrizione di benzodiazepine a soggetti con ADHD e considerare alternative terapeutiche più sicure e basate sull'evidenza per la gestione dell'ansia, dell'insonnia e della disregolazione emotiva.

Sono necessari studi longitudinali e interventistici futuri per chiarire i percorsi causali, sviluppare strategie di prevenzione mirate e informare approcci terapeutici integrati. Una comprensione più approfondita del legame tra ADHD e uso improprio di benzodiazepine sarà essenziale per ridurre i rischi iatrogeni e migliorare gli esiti a lungo termine in questa popolazione vulnerabile.

Finanziamenti e conflitti di interesse

La presente ricerca non ha ricevuto finanziamenti specifici da enti pubblici, commerciali o non-profit. Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interesse finanziari o relazioni personali che possano aver influenzato il lavoro riportato in questo articolo.

Riferimenti bibliografici

1. Faraone S.V., Biederman J., & Mick E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med.*, 36(2): 159-65. Doi: 10.1017/S003329170500471X.
2. Fayyad J., Sampson N.A., Hwang I., Adamowski T., Aguilar-Gaxiola S., Al-Hamzawi A., Andrade L.H., Borges G., de Girolamo G., Florescu S., Gureje O., Haro J.M., Hu C., Karam E.G., Lee S., Navarro-Mateu F., O'Neill S., Pennell B.E., Piazza M., Posada-Villa J., Ten Have M., Torres Y., Xavier M., Zaslavsky A.M., & Kessler R.C. (2017). WHO World Mental Health Survey Collaborators. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Atten Defic Hyperact Disord.*, 9(1): 47-65. Doi: 10.1007/s12402-016-0208-3.
3. Song P., Zha M., Yang Q., Zhang Y., Li X., & Rudan I. (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *J Glob Health.*, 11, 04009. Doi: 10.7189/jogh.11.04009.
4. Wilens T.E., Faraone S.V., Biederman J., & Gunawardene S. (2003). Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*, 111(1): 179-85. Doi: 10.1542/peds.111.1.179.
5. Olsson M., King M., & Schoenbaum M. (2015). Benzodiazepine use in the United States. *JAMA Psychiatry*, 72(2): 136-42. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.1763.
6. Maust D.T., Lin L.A., & Blow F.C. (2019). Benzodiazepine Use and Misuse Among Adults in the United States. *Psychiatr Serv.*, 70(2): 97-106. Doi: 10.1176/appi.ps.201800321.
7. Lugoboni F., Zamboni L., Mantovani E., Cibin M., Tamburin S., & Gruppo InterSERT di Collaborazione Scientifica (2020). Association between Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Intravenous Misuse of Opioid and Benzodiazepine in Patients under Opioid Maintenance Treatment: A Cross-Sectional Multicentre Study. *Eur Addict Res.*, 26(4-5): 263-273.
8. Moore E., Sunjic S., Kaye S., Archer V., & Indig D. (2016). Adult ADHD Among NSW Prisoners: Prevalence and Psychiatric Comorbidity. *J Atten Disord.*, 20(11): 958-967. Doi: 10.1177/1087054713506263.
9. Page M.J., McKenzie J.E., Bossuyt P.M., Boutron I., Hoffmann T.C., Mulrow C.D., Shamseer L., Tetzlaff J.M., Akl E.A., Brennan S.E., Chou R., Glanville J., Grimshaw J.M., Hróbjartsson A., Lalu M.M., Li T., Loder E.W., Mayo-Wilson E., McDonald S., McGuinness L.A., Stewart L.A., Thomas J., Tricco A.C., Welch V.A., Whiting P., & Moher D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. Doi: 10.1136/bmj.n71.
10. Moola S., Munn Z., Tufanaru C., Aromataris E., Sears K., Sfetcu R., Currie M., Qureshi R., Mattis P., & Lisy K. (2020). Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In: Aromataris E., & Munn Z. (Eds.). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Joanna Briggs Institute.
11. Seabold S., & Perktold J. (2010). Statsmodels: Econometric and statistical modeling with Python. In: *Proceedings of the 9th Python in Science Conference* (Vol. 57, pp. 61-66).
12. Lugoboni F., Bertoldi A., Casari R., Mantovani E., Morbioli L., & Tamburin S. (2020b). Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Quality of Life in High-Dose Benzodiazepine and Related Z-Drug Users. *Eur Addict Res.*, 26(4-5): 274-282. Doi: 10.1159/000507852.
13. 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 Alcohol Rev.*, 34(6): 683-93. Doi: 10.1111/dar.12249.
14. Volkow N.D., Wang G.J., Kollins S.H., Wigal T.L., Newcorn J.H., Telang F., Fowler J.S., Zhu W., Logan J., Ma Y., Pradhan K., Wong C., & Swanson J.M. (2009). Evaluating dopamine reward pathway in ADHD: clinical implications. *JAMA.*, 302(10): 1084-91. Doi: 10.1001/jama.2009.1308. Erratum in: *JAMA* (2009), 302(13): 1420.
15. Faraone S.V., & Biederman J. (2005). What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *J Atten Disord.*, Nov, 9(2): 384-91. Doi: 10.1177/1087054705281478.
16. Wilens T.E., & Morrison N.R. (2011). The intersection of attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Curr Opin Psychiatry*, 24(4): 280-5. Doi: 10.1097/YCO.0b013e328345c956.
17. Arnsten A.F. (2009). The Emerging Neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: The Key Role of the Prefrontal Association Cortex. *J Pediatr.*, May 1, 154(5): 1-S43. Doi: 10.1016/j.jpeds.2009.01.018.
18. Koob G.F., & Volkow N.D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, Jan, 35(1): 217-38. Doi: 10.1038/npp.2009.110. Erratum in: *Neuropsychopharmacology*, Mar, 35(4): 1051.
19. Sohal V.S., & Rubenstein J.L.R. (2019). Excitation-inhibition balance as a framework for investigating mechanisms in neuropsychiatric disorders. *Mol Psychiatry*, Sep, 24(9): 1248-1257. Doi: 10.1038/s41380-019-0426-0. Epub 2019 May 14.
20. <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/misuse-prescription-drugs/overview> (September 16th, 2025).
21. Naguy A., Pridmore S., & Alamiri B. (2022). Benzodiazepines in autism spectrum disorder-wise or otherwise?. *CNS Spectr.*, Oct, 27(5): 552. Doi: 10.1017/S1092852921000481.
22. McHugh R.K., Geyer R.B., Chase A.R., Griffin M.L., Bogunovic O., & Weiss R.D. (2021). Sex differences in benzodiazepine misuse among adults with substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 112, 106608.
23. Castellano-García F., Benito A., Jovani A., Fuertes-Sáiz A., Marí-Sanmillán M.I., & Haro G. (2022). Sex Differences in Substance Use, Prevalence, Pharmacological Therapy, and Mental Health in Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Brain Sci.*, May 2, 12(5), 590. Doi: 10.3390/brainsci12050590

® 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

Imputabilità e impunità del giocatore d'azzardo patologico

Mariangela Acernese*

Riassunto

■ *Questo lavoro intende dipanare quella subdola condizione di imputabilità o impunità del giocatore d'azzardo patologico a partire da una consapevolezza che, mai come in tale dimensione, il filo sottile tra la legge e la psicopatologia si tesse tra ambiguità, responsabilità e "incapacità". È quest'ultimo termine che si propone quale terminologia chiave per chiarire quella particolare forma di ossessione/compulsione che rende, chi ne è affetto, perfettamente capace di intendere, ma severamente incapace nel volere.* ■

Parole chiave: Dipendenza, Funzioni esecutive, Assessment, Disturbo da uso di sostanze, Screening cognitivo.

Summary

Criminal responsibility and Impunity of the Pathological Gambler

■ *This paper aims to unravel the subtle condition of imputability or impunity of the pathological gambler, starting from an awareness that, more than ever in this dimension, the thin line between the law and psychopathology is woven between ambiguity, responsibility, and "incapacity". It is this latter term that is proposed as the key terminology for clarifying that particular form of obsession/compulsion that renders those affected perfectly capable of understanding, but severely incapable of will.* ■

Keywords: Addiction, Executive functions, Assessment, Substance use disorder, Cognitive screening.

Articolo sottomesso: 12/12/2025, accettato: 06/05/2026

Introduzione

Questo lavoro intende dipanare quella subdola condizione di imputabilità o impunità del giocatore d'azzardo patologico. Si parte da una consapevolezza che, mai come in tale dimensione, il filo sottile tra legge e psicopatologia si tesse tra ambiguità, responsabilità e "incapacità"; è quest'ultimo termine che si propone quale terminologia chiave per chiarire quella particolare forma di ossessione/compulsione che rende, chi ne è affetto, perfettamente capace di intendere, ma severamente incapace nel volere.

Obiettivo

La riflessione che si intende sviluppare prende, in un certo senso, le distanze dalle forme di dipendenza da sostanza; anzi, l'intento è chiarirne i confini e soprattutto la complessità

di una multidimensionalità che caratterizza il GAP; per chiarezza, sottrarre la "sostanza" al pregiudizio di gravità rende opportuno sottolineare che un impatto meno diretto sul corpo rende solo più resistente il giocatore alla consapevolezza e di conseguenza, al trattamento. Altra riflessione è che il gioco diventa patologico, ma nasce come una dimensione necessaria, o quanto meno opportuna, dell'essere umano. Nasce, pertanto, con un'accezione positiva che assume i caratteri della patologia quando diventa ossessivo, compulsivo e fortemente dipendente da una "posta in gioco".

L'ipotesi di un'equiparazione del gioco patologico con il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (Hollander, 1998) si poggia sulla ripetitività dei comportamenti e dei pensieri ricorrenti centrati intorno all'attività di gioco; questo è il terreno comune che si esprime con il Disturbo e che rende il gioco tutt'altro che una libera scelta (retropensiero che si muove dalla definizione di "vizio"). Quel che poco si intona con la similitudine è l'impulso ego distonico rispetto al carattere intrusivo e afinalistico delle ossessioni (Croce, 2001).

* Ser.D. Termoli (CB) Asrem.

Evoluzione o involuzione del gioco: da *ludus* a patologia

Immaginiamo un ragazzo che compra il primo album di figurine; un comportamento innocente, largamente condiviso dai coetanei e sostenuto dai genitori e dal più esteso contesto sociale; iniziano i primi dopponi, gli scambi, la speranza che esca quel giocatore in particolare, non a caso, il più raro. La motivazione a completare la collezione spinge il ragazzo a comprare sempre più figurine e i dopponi saranno più frequenti di quelle attese. Dallo scambio può, ma non necessariamente, accedere ad una dimensione più complessa in cui il denaro diventa necessario per ottenere ciò che è fortemente desiderato; più il desiderio è intenso (ossessivo) più il denaro finisce per diventare mero strumento per raggiungere la meta. Ecco un altro livello di complessità: il denaro perde il suo valore intrinseco e diventa un mezzo a prescindere dal suo valore, sminuito rispetto al valore della figurina ambita.

Immaginiamo che l'album, con un investimento economico superiore a quello atteso, sia completo; è necessario che la tappa raggiunta sia investita di una nuova motivazione e i "giocatori" di carta diventino un patrimonio, un potenziale che deve incontrare un plus-valore, deve prendere vita che nasca da un impegno, una volontà.

Incontriamo un ulteriore livello di complessità con le scommesse sul valore dei calciatori che prende il nome di Fantacalcio. Il semplice collezionista diventa protagonista, gli si riconosce un ruolo e si avvale dell'opportunità di immedesimazione. Dallo scambio di figurine si diventa, senza particolari evoluzioni di contenuto, **influencer** e **content creator**, intenti nell'inseguire la ricetta statisticamente perfetta per vincere; un ruolo più attivo è quello di **fantagiocatori** che si spingono a contattare, tramite i social, i veri "giocatori" di calcio per implorare qualche bonus. Ecco che il confine tra finzione e realtà è mediato dal risultato, dall'obiettivo, dal denaro. Ogni domenica (o meglio, fine settimana), ogni partecipante diventa **presidente** della propria fantasquadra, disponendo dei "suoi giocatori" come meglio ritiene; diventa **affarista**, senza realmente toccare, con mano, i rischi degli investimenti "concreti".

Quello che era un album da completare prima degli amici diventa un rituale "abitato" da "giocatori" inesistenti che hanno il valore dei "fantamilioni", da frustrazione per l'ennesimo 65,5 di delusioni che diventano emozioni più persistenti. Nella realtà un traguardo comporta fatica, investimento, competenze e tempo speso per un piccolo passo alla volta. Nel fantacalcio l'occasione è fugace, la competenza fortuita, la meta di fruizione immediata, neanche il tempo di meditarla o meritarsela.

Il passo dai fantamilioni alle banconote è talmente spontaneo che sembra dovuto; così come il passaggio tra le frustrazioni mediate dai social al silenzio colpevole in famiglia.

In nessuno di questi passaggi viene meno la consapevolezza di quanto accade, di quanto sia concreta la "perdita" economica ed emotiva; ciò che subisce una feroce involuzione è la libertà d'azione, la capacità nel volere, o meglio, nello smettere di volere.

La multidimensionalità del gioco patologico

Il GAP ha diverse vittime e anche svariati "colpevoli", coinvolti in varia misura e responsabilità nel sostenere e consolidare tutti quei comportamenti che ruotano intorno al gioco. Forzata l'associazione all'immagine di Pinocchio con il gatto e la volpe, ma comunque tristemente pregnante; il protagonista che, nelle prime scelte, pecca di superficialità che si "auto-esalta" nelle

sue capacità di controllare il suo presente, nel procrastinare, nell'investire nelle ambizioni e sulle persone sbagliate. Accanto a Pinocchio c'è, in ruoli e livelli differenti, chi facilita il raggiungimento dei suoi obiettivi avvicinandolo, di un passo, al Paese dei Balocchi. È un'immagine che riconduce, in modo potente, agli "strozzini", alle finanziarie, a soggetti privati, i gestori e i proprietari di bar, di sale giochi o di casinò, alle pubblicità che fanno sognare un albero delle monete il cui frutto è a portata di mano. Quel che rassicura il giocatore, ciò che lo fa sentire meno "colpevole" è la presenza capillare di tutto quel "territorio" largamente calpestato e lecito; territorio occupato da entità bancarie e para-bancarie, dallo Stato, dalla Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato (AAMS).

Il concetto di imputabilità

Riconosciamo all'imputabilità, da un punto di vista meramente giuridico, il carattere di presupposto necessario della punibilità, per cui della condanna. Lo Stato fornisce il diritto ad appartenere alla congrega dei pari e ad essere garantito come titolare di diritto; nel contempo richiama, necessariamente, la capacità responsiva a fronte di un reato. È, cioè, un atto che colpisce il corpo delle regole sancite ed approvati dai pari, che si ritengono tali in quanto "uguali di fronte alla legge".

Se il concetto è chiaro lo è di meno la posizione del giocatore d'azzardo patologico rispetto alla congrega dei pari, per cui all'assunto inequivocabile di "uguaglianza di fronte alla Legge": la sua incapacità, così come l'abbiamo descritta, lo esime da siffatto Sistema. Il riferimento normativo è dato dall'art. 85 del codice penale, comma 1 per cui "nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se, al momento in cui lo ha commesso non era imputabile". Comma 2 recita così: "È imputabile chi ha la capacità di intendere e volere". L'esplorazione di tali capacità è affidata dal giudice al perito, che esaminerà le condizioni da un punto di vista psichiatrico-forense, rifacendosi a categorie non proprie del Diritto, e definendo l'imputabilità come: "la possibilità di attribuire una determinata condotta, in astratto integrata una fattispecie criminosa, alla soggettività della persona che ha materialmente agito la condotta stessa" (Manacorda, 2003).

Da sottolineare una sottigliezza che fa la differenza e contestualizza il Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico entro una cornice definita e condivisa. La norma legale, in tema di imputabilità, si riferisce alla capacità adottando la dicitura di "intendere e volere"; diversamente, in tema di incapacità la dizione è: "intendere o volere". Il corollario è la contemporaneità nell'autore del fatto e la valutazione al momento strettamente circoscritto del reato, entrambe le capacità (distinte ma correlate) di intendere e volere. Se una delle due capacità risulta deficitaria si configura il difetto di imputabilità.

Il vizio di mente può essere:

- **parziale** (art. 89) in cui rientrano le alterazioni psichiche provocate dalla assunzione di sostanze stupefacenti per caso fortuito o per forza maggiore (art. 93), e la cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti (art. 95);
- **totale** (art. 88) in cui le capacità risultano assenti.

Definiamo il concetto di:

- **intendere** come la consapevolezza del disvalore sociale dell'atto compiuto prevedendone portata e conseguenza;
- **volere**: la capacità di autodeterminarsi.

La Corte di Cassazione, nella sentenza dell'8 marzo 2005, definisce quali possano essere le condizioni idonee ad escutere o

grandemente scemare, in via autonoma o specifica, la capacità di intendere e di volere del soggetto agente ai fini degli art. 88 ed 89 c.p., sempre che siano di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla stessa; riconosce, pertanto, la rilevanza dei disturbi di personalità, nevrosi e psicopatie a patto che la condizione sia grave e che la sua sintomatologia abbia un legame forte e diretto con il reato. Di contro, altre “anomalie caratteriali” o gli “stati emotivi e passionali” (in riferimento all’art. 90), non rivestono i suddetti connotati di incisività sulla capacità di autodeterminazione del soggetto agente.

Giocatori e capacità di comprendere il rischio

Il giocatore d’azzardo è capace di mettere in pratica tutte quelle strategie cognitive che gli consentono di aver chiaro quale sia il rischio rispetto alla puntata. I passaggi che lo conducono dinanzi all’occasione di gioco hanno spesso carattere di fine strategia, dalla ricerca del denaro alla copertura della sua condizione di dipendenza. Fino all’occasione il raziocinio non è deficitario e convive con il senso di colpa. Nel momento in cui si verifica il passaggio all’atto, con il concretizzarsi dei suoi piani di gioco, irrompe l’incapacità nel volere, nonostante la consapevolezza di dover essere altrove. Il brivido del gioco e del rischio ha la meglio sul comportamento razionale della massimizzazione del capitale. Il giocatore cede alla schiavitù del volere sotto l’egida feroce del senso di colpa che accompagna la capacità di intendere. È uno stato d’animo momentaneo, ma prepotente, che gli impedisce di comprendere a pieno la conseguenza della sua azione e di capire il rapporto tra rischio e guadagno.

Il giocatore patologico è affetto da un comprovato discontrollo degli impulsi, ma non solo. In lui si rileva il bisogno di giocare somme di danaro sempre più grandi per raggiungere l’eccitazione desiderata. Da copione l’irrequietezza e l’irritabilità quando tenta di ridurre o interrompere il gioco con conseguente infruttuosità dei suoi tentativi; ancora, la sua preoccupazione costante per il gioco, il suo ricorrere al gioco quando è a disagio, il suo tentativo a “rifarsi” dopo aver perso del danaro. A complicare il quadro sono le menzogne per nascondere l’entità del coinvolgimento nel gioco, la messa in repentaglio delle sue relazioni significative, del suo lavoro e della sua carriera e la sua dipendenza dagli altri per reperire il danaro necessario a rimediare ad una situazione finanziaria disperata creata dal gioco (criteri del Disturbo da Gioco d’Azzardo secondo il DSM-5). Pertanto l’anomalo funzionamento dei suoi neurotrasmettitori, in particolare della serotonina, impedisce alla persona di rimandare il gioco e di riflettere razionalmente sulla sua azione immediata. Ciò configura un comportamento molto simile alla tossicodipendenza caratterizzando e permettendo di definire il Disturbo da Gioco d’azzardo patologico come una **dipendenza comportamentale**.

Conclusioni

Con questo lavoro, lungi dal voler fornire risposte univoche e definitive riguardo l’imputabilità e l’impunità del “giocatore d’azzardo”, si intende aprire uno spunto di riflessione sulla multidimensionalità di questa condizione clinica e sul “peso” delle determinanti ambientali, psicologiche individuali e degli aspetti neuro-trasmettitoriali implicati. La multifattorialità alla base della dipendenza da azzardo connota questa condizione

comportamentale alla stregua delle dipendenze da sostanze, laddove la responsabilità individuale, pur definendo l’inizio del comportamento, non trova, poi, un confine netto con la pressione sociale, la “cultura” ambientale di riferimento e le false credenze rispetto alla possibilità di cambiare la propria condizione economica ricorrendo all’alea. Una volta che il comportamento a rischio vira nella franca condizione di dipendenza, con tutte le tipiche caratteristiche di compulsività, craving, riduzione degli interessi, ci si deve porre il quesito di quanto la capacità di “volere” sia incrinata nel giocatore fino a scemare, pur restando integra la capacità di intendere. Tale interrogativo, se potrebbe essere considerato valido riguardo un eventuale “danno” economico a scapito di terzi, esempio in caso di mancato pagamento di un debito oppure in caso di una appropriazione indebita, troverebbe diversa valutazione in caso di reati penali più complessi quali furti o rapine, alla stregua di quelli commessi in condizione di dipendenza da alcol o droghe e con le analoghe possibilità di misure alternative alla carcerazione quali inserimento in Comunità Terapeutiche od affidamento a percorsi terapeutici specifici.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (2022). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi Mentali* (Text Revision), 5ª ed. (DSM-V-TR), ed. It. (2023), Milano: Raffaello Cortina.
- Anderson G., & Brown R.I. (1984). Sensation seeking and arousal in real and laboratory gambling. *British Journal of Psychology*, 85: 401-410.
- Becker H.S. (1987). *Outsiders: saggi di sociologia della devianza*. Torino: Ed. Gruppo Abele.
- Bergh C., Eklund T., Sodersten P., & Nordin C. (1997). Altered dopamine function in pathological gambling. *Psychological Medicine*, 27: 473-475.
- Bergler E. (1949). *The psychology of gambling*. New York: Hill and Wang.
- Blanco C., Orensanz-Munoz L., Blanco-Jerez C., & Saiz-Ruiz J. (1996). Phathological gambling and platelet MAO activity: a psychobiological study. *American Journal Psychiatry*, 153: 119-21.
- Blaszczynski A., & McConaghy N. (1989). Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *International Journal of the Addictions*, 24: 337-350.
- Blaszczynski A., & Steel Z. (1996). Impulsivity in pathological gambling: the antisocial impulsivist. *Addiction*, 92: 75-87.
- Blaszczynski A. (1998). *Overcoming Compulsive Gambling*. Londra: Robinson Publishing.
- Blaszczynski A. (1999). Pathological gambling and obsessive-compulsive spectrum disorders. *Psychological Reports*, 84: 107-113.
- Blaszczynski A. (2000). Pathways to pathological gamblers: identifying typologies, e-gambling, *The electronic Journal of Gambling Issues*.
- Bolen D.W., & Boyd W.H. (1968). Gambling and the gambler: a review and preliminary findings. *Archives General Psychiatry*, 18: 617-630.
- Brand M., Kalbe E., Labudda K., Fujiwara E., Kessler J., & Markowitsch H.J. (2005). Decision-making impairments in patients with pathological gambling. *Psychiatry Research*, 133: 91-99.
- Caillois R. (1981). *I giochi e gli uomini*. Milano: Bompiani.
- Cancrini L. (1996). Una tossicomania senza farmaci. Prefazione a F. Dostoevskij, *Il giocatore*. Roma: Ed. UP.
- Castellani B. (2000). *Pathological gambling: The making of a medical problem*. Albany, NY, US: State University of New York Press.
- Croce M. (2001). Per una nuova teoria e funzione sociale del gioco d’azzardo. In: G. Lavanco (2001). *Psicologia del gioco d’azzardo*. Milano: McGraw-Hill.
- Croce M. (2001). Vizio, malattia, business? Storia dei paradigmi del gioco d’azzardo. In: Croce M., & Zerbetto R. (a cura di) (2001). *Il gioco & l’azzardo*. Milano: FrancoAngeli.

- Croce M., & Zerbetto R. (a cura di) (2001). *Il gioco & l'azzardo*. Milano: FrancoAngeli.
- Cunningham-Williams R.M., Gruzca R.A., Cottler L.B., Womack S.B., Books S.J., Przybeck T.R., Spitznagel E.L., & Cloninger C.R. (2005). Prevalence and predictors of pathological gambling: results from the St. Louis personality, health and lifestyle (SLPHL) study. *Journal of Psychiatric Research*, July, 39(4): 377-390.
- Custer R.J. (1984). The diagnosis and scope of pathological gambling. *The Handbook of Pathological Gambling*, 25.
- Custer R., Milt H. (1985). *When luck runs out: help for compulsive gamblers and their families*. New York: Warner Books.
- da Rocha F.F., Malloy-Diniz L., Lage N.V., Romano-Silva M.A., de Marco L.A., & Correa H. (2008). Decision-making impairment is related to serotonin transporter in promoter polymorphism in a sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Behavioural Brain research*, 195: 159-163.
- Devereux E.C. (1968). Gambling. In: Sills D.L. (1992). *International Encyclopedia of the Social Sciences* (pp. 53-62). New York: MacMillan – Free Press, vol. VI.
- Dickerson M., Hinchey J., & England S.L. (1990). Minimal treatments and problem gamblers: a preliminary investigation. *Journal of Gambling Studies*, 6: 87-102.
- Dickerson M.G., & Baron E. (2000). Contemporary issues and future directions of research into pathological gambling. *Addiction*, 95(8): 1145-1159.
- Downes D.M. (1976). Issues in the Study of Gambling. In: Downes D.M. et al. *Gambling, Work and Leisure: a Study across three Areas* (pp. 11-98). London: Routledge & Kegan.
- Gherardi S., Lesieur E., & Blume S.B. (1992). *Versione italiana del South Oaks Gambling Screen (SOGS)*. South Oaks Foundation.
- Goldstein L., Manowitz P., Nora R., Swartzburg M., & Carlton P.R. (1985). Differential EEG activation and pathological gambling. *Biological Psychiatry*, 20: 1232-1234.
- González-Ibanez A. (1996). Evaluation and cognitive-behavioural treatment of pathological slot machine gamblers, paper presented at the First International Symposium on Pathological Gambling. Barcelona, 7 June.
- Greenon R.R. (1947). On gambling. *American Imago*, 4: 61-77.
- Guelfi G.P. (2001). Gioco e attivazione endogena di neuro mediatori. In: Croce M., & Zerbetto R. (a cura di). *Il gioco & l'azzardo*. Milano: FrancoAngeli.
- Guerreschi C. (2003). *Il Gioco d'azzardo patologico*. Campomarzo Editrice.
- Hanson K.L., Luciana M., & Sullwold K. (2008). Reward-related decision-making deficits and elevated impulsivity among MDMA and other drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 96: 99-110.
- Hollander E. (1998). Treatment of obsessive-compulsive spectrum disorders with SSRIs. *British Journal of Psychiatry*, 173(35 S): 7-12.
- Huber O., & Huber O.W. (2008). Gambles vs. quasi-realistic scenarios: Expectations to find probability and risk-defusing information. *Acta Psychologica*, 127: 222-236.
- Imbucci G. (1997). *Il gioco. Lotto, totocalcio, lotterie. Storie dei comportamenti sociali*. Venezia: Marsilio.
- Johnson E.E., Hamer R., Nora R.M., & Tan B. (1997). The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychological Reports*, 80: 83-88.
- Kusyszyn I., & Rutter R. (1985). Personality characteristics of male heavy gamblers, light gamblers, nongamblers, and lottery players. *Journal of Gambling Behaviour*, 1: 59-64.
- Ladouceur R. (1991). The prevalence of pathological gambling in Canada. *Journal of Gambling Studies*, 12(2).
- Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C., & Doucet C. (2000). *Le jeu excessif. Comprendre et vaincre le gambling*. Montréal, Canada: Les Éditions de l'homme.
- Ladouceur R. (2000). I pensieri erronei nel gioco d'azzardo eccessivo: terapia e prevenzione, Seminario sul Gioco d'Azzardo Patologico, Varese.
- Lavanco G. *Psicologia del gioco d'azzardo*. Milano: McGraw-Hill.
- Lesieur H.R., & Blume S.B. (1987). A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144: 1184-1188.
- Manacorda A. (2003). *La perizia psichiatrica nel processo penale*. CIC Editore Internazionale.
- McLellan A.T., Luborsky L., Woody E.G., & O' Brien C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168: 26-33.
- Moran E. (1970). Varieties of pathological gambling. *British Journal of Psychiatry*, 116(535): 593-597.
- Moran E. (1995). Gambling with the nation's health? Majority of secondary school children buy tickets. *British Medical Journal*, 311: 1225-1226.
- Moran R.B., Arian R.M., & Salguero R.T. (2003). Risk.takers: do they know how much of a risk they are taking?. *Psychology in Spain*, 7(1): 3-9.
- Newman O. (1972). *Gambling; Hazard and Reward*. London: Athlone Press.
- Pallanti S., Rossi N., & Hollander E. (2001). Terapia farmacologica del gioco d'azzardo patologico. In: Croce M., & Zerbetto R. (a cura di). *Il gioco & l'azzardo*. Milano: FrancoAngeli.
- Petry N.M. (2007). *Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment*. American Psychological Association Washington DC, US.
- Rosenthal R.J., Rugle L.J., & Miller W.B. (1994). Studies of the 48 bp repeat polymorphism of the DRD4 gene in impulsive, compulsive, addictive behaviours: Tourette syndrome, ADHD, pathological gambling, and substance abuse. *American Journal of Medical Genetics*, 20: 358-368.
- Roy A., Adinoff B., Roehrich L., Laparsky D., Custer R., Lorenz V., Barbaccia M., Guidotti A., Costa E., & Linnoila M. (1988). Pathological gambling: a psychobiological study. *Archives of General Psychiatry*, 45: 369-373.
- Shaffer H.J., Hall M.N., Vander Bilt J. (1999). Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A research synthesis. *American Journal of Public Health*, 89(9): 1369-1376.
- Skinner B.F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Free Press.
- Stein S. (1989). A developmental approach to understanding compulsive gambling behaviour.
- Teo P., Mythily S., Anantha S., & Winslow M. (2007). Demographic and Clinical Features of 150 Pathological Gamblers Referred to a Community Addictions Programme. *Annals Academy of Medicine, Singapore*, 36(3): 165-8.
- Thomas W.I. (1901). The gaming instinct. *American Journal of Sociology*, 6: 750-763.
- Volberg R.A., Steadman H.J. (1989). Prevalence estimates of pathological gambling in New Jersey and Maryland. *American Journal of Psychiatry*, 146(12): 1618-1619.
- Von Hattingberg (1914). Analerotik, Angstlust und Eigensinn, *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 2: 244-258.
- Wakefield J.C. (1997). Diagnosing DSM IV-Part I: DSM-IV and the concept of disorder. *Behav. Res. Ther*, 35(7): 633-49.
- Walker M. (1992). *The psychology of gambling*. Oxford: Pergamon Press.
- Walters G.D. (1997). Problem gambling in a federal prison population: results from the South Oaks Gambling Screen. *Journal of Gambling Studies*, 13(1): 7-24.
- World Health Organization (1992). The ICD-10. International Classification of Diseases, Geneva.
- Xian H., Shah K.R., Phillips S.M., Scherre J.F., Volberg R., & Eisen S.A. (2008). Association of cognitive distortion with problem and pathological gambling in adult male twins. *Psychiatry Research*, 160: 300-307.
- Zanda G. (2007). Il gioco d'azzardo patologico: diagnosi, doppia diagnosi e trattamento farmacologico, in Corso di formazione "Gioco d'azzardo: alla ricerca di possibili integrazioni tra servizio pubblico, privato sociale e territorio2, Arezzo 10 maggio.
- Zerbetto R. (2001). *Dall'intervento terapeutico ad una politica di gioco responsabile*.

Un percorso psicoeducativo orientato alla recovery personale nei disturbi da uso di sostanze: esperienza di implementazione in un Servizio per le Dipendenze

E. Cristini, A. Bovio, M. Campana, A. Crotti, C. Colangelo, V. Arzuffi, D. Acerbis, A. Stara, A. Zamarian*

Riassunto

■ Negli ultimi anni il paradigma della recovery ha progressivamente modificato l'approccio ai disturbi da uso di sostanze, orientando gli interventi non soltanto alla riduzione o alla cessazione del consumo, ma anche alla promozione dell'autonomia, dell'autoefficacia e della qualità di vita.

In questo contesto gli interventi psicoeducativi di gruppo rappresentano uno strumento potenzialmente utile per sostenere l'acquisizione di competenze di autogestione, incrementare la consapevolezza della dipendenza e favorire la costruzione di un progetto di vita significativo.

Il lavoro descrive la progettazione, la fattibilità e gli esiti preliminari di un intervento psicoeducativo orientato alla recovery personale realizzato presso il Servizio per le Dipendenze di Gazzaniga (BG).

È stato condotto uno studio pilota osservazionale con valutazione pre-post su quattro giovani adulti (età 20-25 anni) in carico presso il Servizio per le Dipendenze di Gazzaniga, tre con disturbo da uso di sostanze illegali e uno con disturbo da uso di alcol.

L'intervento, condotto da un educatore professionale e da un medico del Servizio, si è articolato in otto incontri settimanali della durata di 90 minuti.

Il percorso ha affrontato i temi della recovery personale, della definizione degli obiettivi individuali, del modello stress-vulnerabilità, degli effetti dell'uso di sostanze, della prevenzione delle ricadute e della promozione di stili di vita salutari, alternando momenti psicoeducativi, esercitazioni individuali e discussione di gruppo.

Gli esiti sono stati valutati mediante un questionario autosomministrato prima e al termine dell'intervento.

Tutti i partecipanti hanno completato il percorso.

L'analisi descrittiva evidenzia un miglioramento nella percezione dei progressi verso gli obiettivi personali, nelle conoscenze relative alla dipendenza e alle strategie di coping, nel coinvolgimento della rete familiare e sociale, nella capacità percepita di prevenire le ricadute e nella gestione quotidiana della dipendenza.

Si osserva inoltre una riduzione dell'impatto soggettivo del craving e dei sintomi sul funzionamento quotidiano, mentre risultano sostanzialmente stabili gli indicatori relativi ai ruoli sociali strutturati.

L'intervento si è dimostrato realizzabile e ben accettato dai partecipanti.

Sebbene le dimensioni ridotte del campione e l'assenza di un gruppo di controllo non consentano di trarre conclusioni sull'efficacia, i risultati preliminari suggeriscono che un percorso psicoeducativo orientato alla recovery possa rappresentare un utile complemento ai trattamenti individuali nei Servizi per le Dipendenze.

Studi futuri con campioni più ampi e follow-up longitudinali saranno necessari per confermare tali osservazioni. ■

Parole chiave: Recovery personale, Disturbo da uso di sostanze, Psicoeducazione, Gruppo terapeutico, Ser.D., Studio pilota.

Summary

■ In recent years, the recovery paradigm has gradually changed the approach to substance use disorders, focusing interventions not just on reducing or stopping use, but also on promoting independence, self-efficacy, and quality of life.

The work describes the design, feasibility, and preliminary outcomes of a psychoeducational intervention focused on personal recovery carried out at the Gazzaniga Addiction Service (BG).

The intervention proved to be feasible and well-received by the participants.

Although the small sample size and the lack of a control group prevent drawing conclusions about its effectiveness, the preliminary results suggest that a recovery-oriented psychoeducational program could be a useful complement to individual treatments in Addiction Services. ■

Keywords: Personal recovery, Substance use disorder, Psychoeducation, Therapy group, Ser.D., Pilot study.

* ASST Bergamo-Est – S.C. Ser.D.

Introduzione

Il disturbo da uso di sostanze (DUS) rappresenta una delle principali cause di morbidità e mortalità prevenibile a livello mondiale ed è associato a rilevanti conseguenze sanitarie, psicologiche e sociali.

Oltre agli effetti diretti correlati al consumo, la dipendenza determina frequentemente una compromissione del funzionamento personale, delle relazioni familiari, dell'integrazione lavorativa e della partecipazione alla vita sociale.

Negli ultimi decenni, la crescente comprensione della natura cronica e recidivante del disturbo ha favorito un'evoluzione dei modelli di cura, superando una visione esclusivamente centrata sull'interruzione del consumo per orientarsi verso approcci maggiormente focalizzati sul recupero del funzionamento globale della persona.

In questa prospettiva, le linee guida dell'United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) e della World Health Organization (WHO) sottolineano come gli interventi terapeutici debbano perseguire benefici non solo sulla riduzione del consumo e sulla sintomatologia, ma anche sul benessere fisico, psicologico e sociale della persona.

In tale contesto si è progressivamente affermato il paradigma della *recovery* personale, che descrive un processo individuale di cambiamento attraverso il quale la persona costruisce una vita significativa, soddisfacente e coerente con i propri valori, indipendentemente dalla completa remissione dei sintomi.

La Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) definisce la *recovery* come un processo di cambiamento attraverso il quale gli individui migliorano la propria salute e il proprio benessere, conducono una vita autodiretta e si impegnano a raggiungere il proprio pieno potenziale.

Nell'ambito specifico delle dipendenze, il Betty Ford Institute descrive invece la *recovery* come uno stile di vita volontariamente mantenuto, caratterizzato da sobrietà, salute personale e piena partecipazione alla vita della comunità.

La letteratura distingue inoltre tra *recovery* clinica e *recovery* personale.

La *recovery* clinica viene tradizionalmente definita attraverso indicatori oggettivi quali l'astinenza, la remissione sintomatologica o la riduzione del consumo, mentre la *recovery* personale pone al centro la soggettività dell'individuo, la capacità di autodeterminazione, la ricostruzione dell'identità, la speranza e la partecipazione attiva alla vita sociale.

A questo proposito, il framework CHIME identifica cinque processi fondamentali della *recovery* personale: connessione, speranza, identità, significato ed empowerment, evidenziando come il recupero rappresenti un percorso complesso che coinvolge molteplici dimensioni dell'esperienza individuale.

Nel campo delle dipendenze, tale cambiamento di paradigma assume particolare rilevanza. Sebbene l'astensione rappresenti spesso un obiettivo terapeutico prioritario, numerose evidenze mostrano come il mantenimento dei risultati nel lungo periodo dipenda anche dalla capacità

della persona di sviluppare nuove competenze, ridefinire la propria identità, rafforzare le relazioni sociali e costruire un progetto di vita alternativo a quello centrato sul consumo di sostanze.

In questo senso assume particolare importanza il concetto di *recovery capital*, inteso come l'insieme delle risorse personali, familiari, sociali e comunitarie che sostengono il percorso di cambiamento.

Tale prospettiva permette di considerare la *recovery* come un processo dinamico, alimentato non soltanto dai trattamenti sanitari, ma anche dalle opportunità offerte dal contesto sociale, dalle relazioni significative e dalla partecipazione attiva della persona alla vita della comunità.

Tra gli interventi maggiormente coerenti con questa prospettiva rientrano i programmi psicoeducativi.

La psicoeducazione rappresenta una metodologia strutturata che integra l'acquisizione di conoscenze con l'apprendimento di competenze pratiche, favorendo una maggiore comprensione della dipendenza, dei fattori che influenzano il benessere e delle strategie utili alla gestione delle difficoltà quotidiane.

Nel trattamento dei disturbi da uso di sostanze, tali interventi sono stati associati a un miglioramento dell'aderenza terapeutica, della consapevolezza della malattia, della capacità di riconoscere precocemente le situazioni a rischio e dell'autoefficacia percepita. Studi recenti hanno inoltre evidenziato effetti positivi sul funzionamento sociale, sul benessere soggettivo e sulle strategie di coping, confermando il valore della psicoeducazione come componente dei programmi riabilitativi rivolti alle persone con dipendenza.

Un ulteriore elemento fondamentale riguarda la prevenzione delle ricadute.

Secondo il modello cognitivo-comportamentale di Marlatt, la ricaduta non rappresenta un evento improvviso né un semplice fallimento terapeutico, ma un processo progressivo influenzato dall'interazione tra situazioni ad alto rischio, strategie di coping disponibili, livello di autoefficacia e aspettative relative agli effetti della sostanza.

Questa prospettiva sottolinea l'importanza di aiutare le persone a riconoscere i trigger, individuare precocemente i segnali di rischio e sviluppare strategie alternative per affrontare le difficoltà, incrementando così la capacità di mantenere i cambiamenti raggiunti nel tempo.

Anche il contesto gruppalmente costituisce un elemento di particolare valore all'interno dei percorsi psicoeducativi.

La possibilità di condividere esperienze con persone che affrontano problematiche analoghe favorisce la normalizzazione delle difficoltà, il sostegno reciproco e l'apprendimento tra pari.

La riflessione collettiva sui processi di cambiamento contribuisce inoltre a sviluppare una maggiore consapevolezza delle proprie esperienze, rafforzando il senso di appartenenza e riducendo l'isolamento frequentemente associato ai disturbi da uso di sostanze.

Nonostante il crescente interesse verso gli approcci orientati alla *recovery*, la letteratura italiana descrive ancora un numero limitato di interventi strutturati realizzati all'interno dei Servizi per le Dipendenze (Ser.D.).

Le esperienze pubblicate riguardano prevalentemente programmi motivazionali, interventi di prevenzione delle ri-

cadute o trattamenti rivolti a specifiche sostanze, mentre risultano meno frequenti percorsi psicoeducativi integrati che affrontino in modo sistematico la consapevolezza della malattia, la definizione di obiettivi personali, lo sviluppo di competenze di coping, la promozione di stili di vita salutari e il rafforzamento delle risorse individuali e sociali.

Alla luce di tali considerazioni, presso il Servizio per le Dipendenze di Gazzaniga è stato progettato un percorso psicoeducativo di gruppo rivolto a giovani adulti con disturbo da uso di sostanze, finalizzato a promuovere la consapevolezza della propria condizione, la definizione di obiettivi personali, la comprensione del rapporto tra vulnerabilità e stress, lo sviluppo di strategie di coping, la prevenzione delle ricadute e l'adozione di stili di vita salutari.

Il presente studio descrive la struttura del percorso e ne valuta la fattibilità e gli esiti preliminari mediante il confronto tra le valutazioni effettuate prima e dopo l'intervento, con particolare attenzione agli aspetti di funzionamento personale, partecipazione attiva e benessere percepito.

Materiali e metodi

Disegno dello studio

Il presente lavoro descrive uno **studio pilota osservazionale** con disegno pre-post finalizzato a valutare la fattibilità e gli esiti preliminari di un percorso psicoeducativo di gruppo orientato alla recovery personale rivolto a utenti con disturbo da uso di sostanze in carico presso un Servizio per le Dipendenze (Ser.D.).

Lo studio è stato sviluppato nell'ambito della normale attività clinica del Servizio e successivamente analizzato con finalità descrittive.

Considerata la natura esplorativa dell'intervento e la limitata numerosità campionaria, l'obiettivo dello studio non era dimostrare l'efficacia del percorso, bensì descriverne l'implementazione e valutare le modificazioni osservate nelle principali dimensioni della recovery personale.

Setting

L'intervento è stato realizzato presso il **Servizio per le Dipendenze (Ser.D.) di Gazzaniga**, afferente all'ASST Bergamo Est.

Il Ser.D. rappresenta il servizio specialistico territoriale dedicato alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle persone con disturbo da uso di sostanze e altre dipendenze patologiche.

Il percorso è stato inserito all'interno dell'offerta riabilitativa del Servizio come intervento complementare ai programmi terapeutici individuali già in corso.

Partecipanti

Sono stati inclusi quattro utenti consecutivamente reclutati tra quelli in carico al Servizio che soddisfacevano i seguenti criteri:

Criteri di inclusione: età compresa tra 18 e 35 anni, diagnosi di disturbo da uso di sostanze o disturbo da uso di alcol, stabilità clinica compatibile con la partecipazione ad attività gruppali, adesione volontaria al percorso.

Criteri di esclusione: sono stati esclusi utenti con condizioni cliniche acute, gravi compromissioni cognitive o psicopatologiche tali da impedire una partecipazione attiva alle attività del gruppo.

Il campione finale era costituito da quattro giovani adulti, con età compresa tra 20 e 25 anni (età media 23 anni).

Tre partecipanti presentavano un disturbo da uso di sostanze illegali, mentre uno era in carico per disturbo da uso di alcol.

Tutti i partecipanti hanno completato il programma previsto.

Conduzione del gruppo

Il percorso è stato condotto congiuntamente da un **educatore professionale** e da un **medico del Servizio**, secondo una modalità di co-conduzione.

La presenza di due professionisti con competenze complementari ha consentito di integrare gli aspetti clinici con quelli educativi e riabilitativi, favorendo una lettura multidimensionale delle problematiche affrontate e una gestione condivisa delle dinamiche gruppali.

Struttura dell'intervento

Il programma prevedeva **otto incontri** a cadenza settimanale della durata di **90 minuti** ciascuno.

La progettazione del percorso è stata guidata dal principio della progressione degli apprendimenti: ogni modulo affrontava competenze considerate propedeutiche allo sviluppo di quelle successive, accompagnando gradualmente i partecipanti dalla riflessione sul proprio progetto di vita all'acquisizione di strategie concrete per la gestione della dipendenza.

Ogni seduta seguiva una struttura relativamente costante: accoglienza e verifica dell'andamento della settimana; prosecuzione delle attività a partire dal punto di conclusione dell'incontro precedente che comprende:

- introduzione del tema della giornata;
- approfondimento teorico;
- esercitazioni individuali;
- discussione guidata e confronto tra pari;

La metodologia privilegiava il coinvolgimento attivo dei partecipanti attraverso esercizi di autoriflessione, discussioni guidate, lavori individuali e condivisione delle esperienze, con l'obiettivo di favorire il trasferimento delle competenze apprese nella vita quotidiana.

Contenuti del percorso

Il programma è stato articolato in cinque moduli progressivi.

Modulo 1 – Recovery personale e definizione degli obiettivi (3 incontri)

Il primo modulo aveva lo scopo di introdurre il concetto di recovery personale come processo di cambiamento

orientato alla costruzione di una vita soggettivamente soddisfacente.

I partecipanti sono stati guidati nell'identificazione delle principali aree della propria vita, nella riflessione sui valori personali e nella definizione di obiettivi realistici, misurabili e coerenti con il proprio progetto di cambiamento.

Modulo 2 – Modello stress-vulnerabilità (2 incontri)

Il secondo modulo era dedicato alla comprensione delle interazioni tra vulnerabilità individuale, eventi stressanti e comportamento di consumo.

Attraverso esercitazioni pratiche i partecipanti hanno identificato le principali fonti di stress presenti nella propria vita e le strategie abitualmente utilizzate per affrontarle, riflettendo sull'opportunità di sviluppare modalità di coping più adattive.

Modulo 3 – Comprendere la dipendenza (1 incontro)

Il terzo modulo ha approfondito le funzioni svolte dall'uso di sostanze nella storia personale dei partecipanti.

Sono stati analizzati i benefici percepiti, i costi associati al consumo e i meccanismi di mantenimento del comportamento di dipendenza, favorendo una maggiore consapevolezza dei fattori che alimentano il disturbo.

Modulo 4 – Prevenzione delle ricadute (1 incontro)

Il quarto modulo era finalizzato al riconoscimento dei trigger individuali, dei segnali precoci di ricaduta e delle strategie utili per affrontare le situazioni ad elevato rischio. Ogni partecipante ha elaborato un primo piano personale di prevenzione delle ricadute.

Modulo 5 – Promozione di stili di vita salutari (1 incontro)

L'ultimo modulo ha affrontato il ruolo degli stili di vita nella promozione della salute e nel mantenimento del cambiamento.

Sono stati discussi temi quali alimentazione, attività fisica, qualità del sonno, organizzazione del tempo libero e cura di sé, sottolineandone l'importanza all'interno di un percorso di recovery.

Valutazione degli esiti

La valutazione dell'intervento è stata effettuata mediante un questionario autosomministrato compilato prima dell'inizio del percorso e al termine dell'ultimo incontro.

Lo strumento esplorava differenti dimensioni riconducibili alla recovery personale e al funzionamento, tra cui:

- percezione dei progressi verso gli obiettivi personali;
- conoscenza della dipendenza;
- supporto familiare e sociale;
- gestione della terapia;
- strategie di coping;
- capacità di prevenire le ricadute;
- partecipazione ai gruppi di auto-mutuo-aiuto;
- impatto del craving e dei sintomi sul funzionamento quotidiano;
- interferenza della dipendenza nelle attività di vita.

Analisi dei dati

Considerata la limitata numerosità del campione, è stata effettuata esclusivamente un'analisi descrittiva dei dati.

Le caratteristiche del campione sono state sintetizzate mediante frequenze assolute, percentuali, media e range.

Le valutazioni pre e post intervento sono state confrontate descrivendo le variazioni osservate nelle diverse dimensioni investigate dal questionario, senza ricorrere ad analisi statistiche inferenziali.

Risultati

Caratteristiche del campione

Il percorso ha coinvolto quattro utenti consecutivamente reclutati presso il Servizio per le Dipendenze di Gazzaniga. L'età dei partecipanti era compresa tra 20 e 25 anni (età media: 23 anni).

Tre partecipanti presentavano un disturbo da uso di sostanze illegali, mentre uno era in carico per disturbo da uso di alcol.

Tutti i partecipanti hanno completato gli otto incontri previsti dal programma, determinando un tasso di completamento del 100%.

Durante lo svolgimento del percorso non si sono verificati abbandoni né eventi avversi che abbiano richiesto l'interruzione dell'intervento.

Tab. 1 - Caratteristiche del campione

<i>Variabile</i>	<i>Valore</i>
Partecipanti	4
Età media	26 anni
Range di età	22-30 anni
Disturbo da uso di sostanze illegali	3 (75%)
Disturbo da uso di alcol	1 (25%)
Durata del percorso	8 settimane
Durata degli incontri	90 minuti
Completamento del percorso	4/4 (100%)

Esiti del questionario

Il confronto tra le valutazioni effettuate prima e dopo il percorso ha evidenziato modificazioni favorevoli nella maggior parte delle dimensioni investigate.

Recovery personale e definizione degli obiettivi

Al termine dell'intervento i partecipanti riferivano una maggiore percezione di avanzamento rispetto agli obiettivi personali definiti durante il primo modulo.

Rispetto alla valutazione iniziale aumentava il numero di utenti che si consideravano prossimi al raggiungimento dei propri obiettivi, suggerendo un incremento della progettualità personale e della fiducia nel percorso di cambiamento.

Nel primo questionario il 50% riferiva di essere "a buon punto", mentre nel secondo questa quota sale al 50% con un ulteriore 25% che dichiara di aver raggiunto l'obiettivo.

Conoscenza della dipendenza

La valutazione post-intervento evidenziava un miglioramento della percezione delle proprie conoscenze rela-

tivamente alla natura del disturbo da uso di sostanze, ai fattori che favoriscono il mantenimento del consumo e alle possibilità terapeutiche disponibili.

I partecipanti mostravano inoltre una maggiore capacità di riconoscere le situazioni associate all'uso di sostanze e di descrivere le strategie utili alla loro gestione.

Strategie di coping

Al termine del percorso emergeva un incremento della fiducia nella capacità di affrontare le difficoltà quotidiane senza ricorrere all'uso di sostanze.

In particolare i partecipanti riferivano una maggiore disponibilità a ricercare supporto, pianificare strategie alternative, utilizzare comportamenti protettivi ed interrompere precocemente situazioni percepite come a rischio.

Prevenzione delle ricadute

Tutti i partecipanti risultavano maggiormente in grado di identificare: fattori di rischio individuali, trigger associati al consumo, segnali precoci di ricaduta, strategie personali di prevenzione.

Al termine del percorso la metà dei partecipanti dichiara di conoscere diverse strategie ma di non avere ancora un piano scritto e condiviso, mentre solo una minoranza possiede un piano strutturato.

Questo evidenzia la necessità di trasformare le conoscenze teoriche in strumenti operativi concreti. (In entrambi gli esiti: 50% "conosco parecchie cose da fare, ma non ho un piano scritto"; 25% con piano scritto e condiviso).

Un dato incoraggiante è la riduzione delle ricadute recenti: nell'esito 1 il 50% riferisce assenza di ricadute nell'ultimo anno.

Supporto sociale

La valutazione finale ha evidenziato un miglioramento nella percezione del supporto offerto dalla rete familiare e sociale.

Sebbene il percorso non prevedesse un coinvolgimento diretto dei familiari, i partecipanti hanno riportato una maggiore propensione a chiedere aiuto e a condividere le proprie difficoltà con persone significative.

In particolare, la quota di partecipanti che percepiva familiari e amici come una presenza costante e realmente di supporto è aumentata dal **25% nella valutazione iniziale al 75% al termine dell'intervento**, suggerendo un rafforzamento della rete sociale, riconosciuta in letteratura come uno dei principali fattori protettivi nei confronti delle ricadute. Parallelamente, si è osservata una maggiore diversificazione dei contatti con persone esterne al nucleo familiare.

Se nella valutazione iniziale la maggior parte dei partecipanti riferiva contatti limitati a 3-4 occasioni settimanali, nella valutazione finale emerge una distribuzione più ampia delle frequenze di interazione, indicativa di una maggiore apertura relazionale e di un progressivo ampliamento della partecipazione sociale.

Craving

L'impatto soggettivo del craving risultava ridotto rispetto alla valutazione iniziale.

Il 75% dei partecipanti riferiva infatti che craving e sintomi disturbavano ancora "un po'" la quotidianità e ne ostacolavano in parte il funzionamento, mentre il restante 25% riportava un impatto "molto poco" significativo.

Questo dato potrebbe essere interpretato non tanto come un peggioramento clinico, quanto come un aumento della consapevolezza del fenomeno.

Nel corso del gruppo, infatti, i partecipanti hanno acquisito maggiori conoscenze sul significato del craving, sui suoi segnali precoci e sul ruolo che esso svolge nel processo di ricaduta.

È quindi plausibile che, al termine dell'intervento, siano stati maggiormente in grado di riconoscere e attribuire ai sintomi il loro corretto significato clinico, descrivendoli con maggiore accuratezza rispetto alla valutazione iniziale.

Tale interpretazione è supportata anche dalle osservazioni qualitative emerse durante gli incontri, nelle quali i partecipanti riferivano una migliore capacità di identificare precocemente il desiderio di consumo e di mettere in atto strategie alternative prima che esso evolvesse nel comportamento di assunzione.

Stili di vita

Dopo il percorso aumentava la consapevolezza del ruolo svolto dall'attività fisica, dall'alimentazione, dalla qualità del sonno e dall'organizzazione della giornata e del tempo libero.

I partecipanti riferivano l'intenzione di introdurre modifiche progressive alle proprie abitudini quotidiane, considerate funzionali al mantenimento del cambiamento.

Aree rimaste stabili

Non tutte le dimensioni investigate hanno mostrato modificazioni.

In particolare risultavano sostanzialmente stabili: situazione lavorativa, ruolo sociale, attività occupazionale.

Tali variabili appaiono verosimilmente influenzate da fattori esterni al percorso psicoeducativo e richiedono tempi di osservazione più lunghi.

Tab. 2 - Sintesi dei cambiamenti osservati

<i>Dominio</i>	<i>Esito</i>
Progressione verso gli obiettivi	Miglioramento
Conoscenza della dipendenza	Miglioramento
Autoefficacia percepita	Miglioramento
Strategie di coping	Miglioramento
Gestione del craving	Miglioramento
Prevenzione delle ricadute	Miglioramento
Supporto sociale	Miglioramento
Stili di vita salutari	Miglioramento
Funzionamento lavorativo	Stabile
Partecipazione sociale	Stabile

Struttura del percorso



Discussione

L'esperienza descritta rappresenta uno dei primi tentativi di implementazione di un percorso psicoeducativo strutturato orientato alla recovery personale all'interno del nostro Servizio.

Sebbene il presente studio non consenta di formulare conclusioni sull'efficacia dell'intervento, i risultati ottenuti offrono indicazioni preliminari riguardo alla fattibilità organizzativa del percorso e alle dimensioni cliniche che sembrano maggiormente beneficiare di questo tipo di approccio.

Uno dei risultati più rilevanti è rappresentato dalla completa adesione dei partecipanti al programma.

Tutti gli utenti hanno infatti concluso gli otto incontri previsti, senza interruzioni o abbandoni.

Nei servizi che si occupano di dipendenze, dove la continuità terapeutica rappresenta spesso una criticità, questo dato suggerisce una buona accettabilità del percorso e una positiva integrazione dello stesso all'interno della presa in carico ordinaria.

Le modificazioni osservate riguardano prevalentemente dimensioni soggettive strettamente correlate al concetto di recovery personale.

In particolare, il miglioramento nella percezione dei progressi verso gli obiettivi individuali appare coerente con la struttura del primo modulo, che ha dedicato tre incontri alla definizione del progetto personale e alla pianificazione di obiettivi realistici.

La possibilità di identificare traguardi concreti e significativi costituisce infatti uno degli elementi centrali dei percorsi orientati alla recovery, poiché contribuisce a rafforzare il senso di autodeterminazione e la motivazione al cambiamento.

Un ulteriore elemento di interesse riguarda l'incremento della consapevolezza rispetto alla dipendenza.

L'intervento non si è limitato alla trasmissione di informazioni, ma ha favorito un processo di riflessione sulle

funzioni attribuite all'uso di sostanze, sulle situazioni di vulnerabilità e sulle modalità con cui tali fattori influenzano il comportamento di consumo.

La maggiore comprensione del proprio funzionamento potrebbe rappresentare uno dei meccanismi attraverso i quali la psicoeducazione contribuisce allo sviluppo di competenze di autogestione.

Anche le dimensioni relative alle strategie di coping e alla prevenzione delle ricadute hanno mostrato un andamento favorevole.

La costruzione condivisa di strategie personalizzate, il confronto con gli altri partecipanti e la possibilità di sperimentare nuove modalità di risposta alle situazioni di rischio sembrano aver favorito una maggiore fiducia nella capacità di affrontare le difficoltà quotidiane senza ricorrere all'uso di sostanze.

È plausibile che tali cambiamenti siano stati facilitati dall'approccio esperienziale adottato durante gli incontri, nel quale gli aspetti teorici sono stati costantemente integrati con esercitazioni pratiche e discussioni di gruppo. Particolarmente interessante risulta inoltre il miglioramento nella percezione del supporto sociale.

Sebbene il programma non prevedesse un coinvolgimento diretto dei familiari, il gruppo potrebbe aver favorito una maggiore disponibilità dei partecipanti a condividere le proprie difficoltà con persone significative e a ricercare aiuto nei momenti di maggiore vulnerabilità.

Questo risultato conferma il potenziale valore del gruppo come contesto di apprendimento relazionale oltre che educativo.

Diversamente, gli indicatori relativi al funzionamento lavorativo e sociale sono rimasti sostanzialmente invariati.

Tale dato appare coerente con la breve durata dell'intervento e con la natura dei cambiamenti attesi.

Variabili quali l'inserimento lavorativo, la stabilità economica o l'ampliamento della rete sociale dipendono infatti da numerosi fattori ambientali e richiedono generalmente tempi di osservazione più lunghi rispetto a quelli previsti dal presente studio.

Dal punto di vista organizzativo, l'esperienza dimostra come un percorso di gruppo orientato alla recovery possa essere integrato nella pratica clinica del Ser.D. senza richiedere modifiche sostanziali dell'assetto del servizio.

La co-conduzione da parte di un educatore professionale sanitario e di un medico ha consentito di affrontare i contenuti proposti secondo una prospettiva multidisciplinare, integrando aspetti educativi, riabilitativi e clinici.

Questo modello di lavoro ha favorito una lettura complessiva delle problematiche presentate dai partecipanti e ha consentito di mantenere un costante collegamento tra gli obiettivi del gruppo e il progetto terapeutico individuale.

Il presente studio presenta alcune limitazioni.

La principale è rappresentata dalla ridotta numerosità campionaria, che non consente di generalizzare i risultati né di effettuare analisi statistiche inferenziali.

L'assenza di un gruppo di controllo impedisce inoltre di distinguere gli effetti specificamente attribuibili all'intervento da quelli derivanti dal trattamento individuale o dal naturale decorso clinico.

Un ulteriore limite è costituito dall'utilizzo di un questionario autosomministrato, che riflette la percezione sogget-

tiva dei partecipanti e può essere influenzato da bias di desiderabilità sociale.

Infine, la mancanza di una valutazione a distanza non permette di verificare il mantenimento dei cambiamenti osservati nel tempo.

Nonostante tali limiti, il presente lavoro offre alcune indicazioni di interesse per la pratica clinica.

L'esperienza suggerisce che un percorso psicoeducativo orientato alla recovery personale possa rappresentare un valido complemento ai programmi terapeutici individuali, favorendo lo sviluppo di competenze di autogestione, una maggiore consapevolezza della dipendenza e una partecipazione più attiva dell'utente al proprio percorso di cura.

Future ricerche, condotte su campioni più ampi e con disegni metodologicamente più robusti, potranno chiarire il ruolo di questo tipo di intervento nei percorsi riabilitativi rivolti alle persone con disturbo da uso di sostanze.

Conclusioni

Il percorso rappresenta un'esperienza promettente di integrazione della recovery personale nei Servizi per le Dipendenze.

Sono necessari studi successivi con campioni più ampi e metodologia controllata.

Il presente studio pilota descrive la progettazione, l'implementazione e la valutazione preliminare di un percorso psicoeducativo di gruppo orientato alla recovery personale realizzato presso un Servizio per le Dipendenze.

L'intervento è stato concepito con l'obiettivo di integrare il trattamento individuale attraverso un percorso strutturato volto a promuovere la consapevolezza della dipendenza, la definizione di obiettivi personali, lo sviluppo di strategie di coping, la prevenzione delle ricadute e l'adozione di stili di vita salutari.

I risultati osservati suggeriscono che un programma di questo tipo sia realizzabile nel contesto organizzativo di un Ser.D. e ben accettato dagli utenti, come dimostrato dall'assenza di abbandoni e dal completamento dell'intero percorso da parte di tutti i partecipanti.

Le modificazioni rilevate nelle valutazioni pre-post indicano un miglioramento percepito in diverse dimensioni della recovery personale, in particolare nella progettualità individuale, nella conoscenza della dipendenza, nella capacità di affrontare le situazioni di rischio e nell'utilizzo di strategie di autogestione.

Pur nei limiti metodologici propri di uno studio pilota, l'esperienza evidenzia come un intervento psicoeducativo strutturato possa rappresentare un utile complemento ai tradizionali percorsi terapeutici individuali, favorendo una partecipazione più attiva della persona al proprio progetto di cura.

In questa prospettiva, la recovery personale non viene intesa come alternativa agli obiettivi clinici del trattamento, bensì come una cornice concettuale capace di integrare la riduzione del consumo con il recupero del funzionamento personale, relazionale e sociale.

Saranno necessari studi futuri, condotti su campioni più numerosi, con gruppi di controllo e valutazioni longitudi-

nali, per verificare la stabilità dei cambiamenti osservati e approfondire il contributo di percorsi psicoeducativi orientati alla recovery all'interno dei Servizi per le Dipendenze.

Riferimenti bibliografici

- Ashford R.D., Brown A.M., Brown T., Callis J., Cleveland H.H., Eisenhart E. et al. (2019). Defining and operationalizing the phenomena of recovery: a working definition from the Recovery Science Research Collaborative. *Addiction Research & Theory*, 27(3): 179-188.
- Best D., & Laudet A.B. (2010). *The Potential of Recovery Capital*. London: RSA.
- Betty Ford Institute Consensus Panel (2007). What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3): 221-228.
- Bunaciu A., Bliuc A.M., & Best D. (2024). Measuring recovery capital for people recovering from alcohol and drug addiction: a systematic review. *Addiction Research & Theory*.
- Cano I., Best D., Edwards M., & Lehman J. (2017). Recovery capital pathways: mapping the components of recovery wellbeing. *Drug and Alcohol Dependence*, 181: 11-19.
- Kargin M., Duru Aşiret G., Çetinkaya Duman Z. (2020). Psychoeducation program for substance use disorder: effect on relapse rate, social functioning, perceived wellness, and coping. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 58(8): 39-47.
- Kelly J.F., & White W.L. (2011) editors. *Addiction Recovery Management: Theory, Research and Practice*. New York: Humana Press.
- Larimer M.E., Palmer R.S., & Marlatt G.A. (1999). Relapse prevention: an overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research & Health*, 23(2): 151-160.
- Laudet A.B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3): 243-256.
- Leamy M., Bird V., Le Boutillier C., Williams J., & Slade M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6): 445-452.
- Leamy M. et al. (2023). A systematic review of measures of personal recovery. *International Journal of Mental Health Systems*.
- Marlatt G.A., & Donovan D.M. (2005) editors. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. 2nd ed. New York: Guilford Press.
- McLellan A.T. (2010). What is recovery? Revisiting the Betty Ford Institute Consensus Panel definition. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(2): 200-201.
- Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization (2020). *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders*. Revised edition. Geneva: WHO/UNODC.
- Sinclair D.L., Vanderplasschen W., Savahl S., Florio J., & Best D., Sussman S. (2024). Recovery-supportive interventions for people with substance use disorders: a scoping review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*.
- White W.L. (2012). *Recovery/remission from substance use disorders: an analysis of reported outcomes in 415 scientific reports, 1868-2011*. Philadelphia: Philadelphia Department of Behavioral Health and Intellectual disAbility Services.
- Zemore S.E., Kaskutas L.A., Mericle A., Hemberg J. (2023). What is recovery? Alcohol Research: Current Reviews / related recovery literature.

Il tutoraggio economico come intervento terapeutico in chiave socio-pedagogica: l'esperienza del Dipartimento Dipendenze Patologiche della Asl Napoli 2 Nord

Integrazione tra tutoraggio economico e percorsi di esdebitazione

Benedetta De Felice*, Caterina Cozzolino**

Riassunto

■ *L'articolo propone una rilettura del tutoraggio economico come intervento innovativo nel trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo con una valenza terapeutica, socio-pedagogica e psicologica. Laddove la sola alfabetizzazione finanziaria si rivela per il paziente insufficiente rispetto alla complessità delle sue dinamiche cognitive, emotive e relazionali, l'intervento assume la forma di una rieducazione all'uso del denaro, intesa come processo trasformativo volto a ricostruire competenze gestionali, capacità decisionali e significati simbolici.*

La presenza di un tutor, in collaborazione con il paziente, i familiari e il team terapeutico, consente di monitorare le risorse economiche, pianificare il risanamento dei debiti e prevenire dinamiche sostitutive o iperprotettive al fine di ristabilire un rapporto funzionale con il denaro, in un'ottica di autonomia e responsabilizzazione.

L'esperienza del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche della ASL Napoli 2 Nord evidenzia l'efficacia dell'integrazione tra l'intervento psicoeducativo, rappresentato dal tutoraggio economico, e i percorsi di esdebitazione, realizzati attraverso una convenzione con Operatori del Terzo Settore, presentando un modello multidimensionale in cui l'aspetto economico diventa leva terapeutica e occasione di riorganizzazione personale e familiare per il paziente. ■

Parole chiave: *Disturbo da Gioco d'Azzardo, Tutoraggio economico, Rieducazione finanziaria, Esdebitazione, Socio-pedagogia, Intervento multidimensionale.*

Summary

■ *This article proposes a re-examination of financial mentoring as an innovative approach for treating Gambling Disorder, highlighting its therapeutic, socio-educational, and psychological value. In cases where financial literacy alone proves insufficient given the complexity of a patient's cognitive, emotional, and relational dynamics, the intervention takes the form of re-education on money management – a transformative process aimed at rebuilding management skills, decision-making abilities, and symbolic meanings.*

Working in collaboration with the patient, their family, and the therapeutic team, the mentor helps monitor financial resources, plan debt resolution, and avoid dynamics of substitution or overprotection, all to restore a functional relationship with money, with a focus on autonomy and personal responsibility.

The experience of the Department of Pathological Addictions at ASL Napoli 2 Nord demonstrates the effectiveness of integrating psychoeducational interventions – specifically financial mentoring – with debt relief programs carried out through partnerships with Third Sector organizations.

This approach presents a multidimensional model in which the financial aspect serves as both a therapeutic lever and an opportunity for personal and familial reorganization for the patient. ■

Keywords: *Gambling Disorder, Economic tutoring, Financial education, Debt relief, Socio-pedagogy, Multidimensional intervention.*

* Educatrice Socio-Pedagogica, Pedagogista, Asl Napoli 2 Nord.

** Psicologa, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologa, Asl Napoli 3 Sud.

Alfabetizzazione finanziaria e Disturbo da Gioco d'Azzardo

L'alfabetizzazione finanziaria rappresenta una competenza fondamentale per il benessere individuale e sociale del paziente, in quanto consente di prendere decisioni economiche informate e sostenibili, e assume una rilevanza particolarmente critica nei contesti dove è presente una vulnerabilità finanziaria come nel caso del Disturbo da Gioco d'Azzardo.

Essa rappresenta altresì un insieme integrato di conoscenze, capacità operative, atteggiamenti e comportamenti che permettono di gestire in modo consapevole le risorse economiche disponibili.

Nel Disturbo da Gioco d'Azzardo, la compromissione del controllo sul comportamento di gioco si accompagna frequentemente a una più ampia difficoltà legata alla gestione del denaro, da cui conseguono fenomeni quali l'indebitamento progressivo, l'uso disfunzionale del credito, l'erosione dei risparmi familiari, il mancato pagamento delle spese essenziali e, nei casi più gravi, l'esposizione a situazioni di usura, frodi o procedure esecutive disposte dai Tribunali. In tale quadro, la carenza di competenze finanziarie non costituisce soltanto un fattore di vulnerabilità, ma può contribuire al mantenimento del "disturbo" e rappresentare un ostacolo significativo nel percorso di cura.

Storicamente, il Disturbo da Gioco d'Azzardo era classificato nel DSM IV tra i disturbi del controllo degli impulsi, caratterizzati dall'incapacità di resistere a una spinta comportamentale potenzialmente dannosa per sé o per gli altri, preceduta da una crescente tensione interna e seguita da una temporanea sensazione di sollievo o gratificazione, spesso accompagnata successivamente da senso di colpa o rimorso (American Psychiatric Association, 1994).

Con l'introduzione del DSM-V nel 2013, il disturbo è stato ricollocato all'interno delle "dipendenze comportamentali", con ciò segnando un importante cambiamento concettuale.

Questo passaggio ha evidenziato come i meccanismi psicologici e neurobiologici sottostanti al Disturbo da Gioco d'Azzardo siano analoghi a quelli delle dipendenze da sostanze, non escludendo che la vulnerabilità riscontrata nel processo decisionale e la tendenza all'impulsività risultino tra i tratti di personalità più rilevanti nel Disturbo da Gioco d'Azzardo (Cosenza *et al.*, 2019).

Da questa prospettiva appare comprensibile che in molti casi le difficoltà di controllo del denaro spesso precedono l'insorgenza del comportamento di gioco; in altri, tali difficoltà emergono o si aggravano nel corso della dipendenza stessa, anche attraverso fenomeni tipici come il *chasing*, ovvero il tentativo reiterato di recuperare le perdite continuando a giocare con somme sempre più elevate (O'Connor e Dickerson, 2003).

Alla luce di tali dinamiche, il ripristino di una relazione funzionale con il denaro diventa parte integrante del percorso terapeutico.

Il denaro, infatti, non rappresenta soltanto lo strumento attraverso cui si realizza il comportamento di gioco, ma costituisce anche uno dei principali trigger psicologici (Bellio e Croce, 2014) e comportamentali associati alla dipendenza.

«Si può affermare che non c'è guarigione dal Disturbo da Gioco d'Azzardo se non c'è guarigione dal rapporto distorto con il denaro e con i superpoteri, reali o percepiti che i pazienti gli attribuiscono» (Fiorin & Capitanucci, 2022, p. 27).

In questo contesto, il tutoraggio economico si configura come uno strumento operativo rilevante a disposizione delle équipe multidisciplinari dei Servizi, tanto che è stato inserito all'interno del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per

i pazienti con Disturbo da Gioco d'Azzardo della Asl Napoli 2 Nord.

A differenza dei tradizionali interventi informativi, il tutoraggio infatti non si limita alla trasmissione di conoscenze teoriche, ma mira all'applicazione concreta delle competenze finanziarie nella vita quotidiana della persona, accompagnandola nella riorganizzazione progressiva della propria gestione economica.

È importante sottolineare che tali interventi di tutoraggio economico non possono essere standardizzati.

La loro efficacia deve adattarsi alla storia individuale del paziente, alla gravità del suo disturbo, alla sua situazione economica e al suo contesto familiare. In questa prospettiva, la dimensione *socio-pedagogica* dell'intervento assume un ruolo centrale, poiché la riappropriazione delle competenze economiche si configura come un processo di apprendimento progressivo, strettamente intrecciato con il percorso terapeutico.

In questo senso, è utile distinguere tra "educazione finanziaria" e "alfabetizzazione finanziaria".

La prima riguarda principalmente l'acquisizione di conoscenze e strumenti operativi, come la costruzione di un budget o la comprensione dei meccanismi del credito bancario.

La seconda si riferisce invece alla capacità di utilizzare tali strumenti in modo stabile e coerente nella vita quotidiana, anche in presenza di impulsi o situazioni emotivamente critiche (Commissione europea, 2025).

Il tutoraggio economico quindi interviene proprio in questo passaggio cruciale, trasformando l'apprendimento teorico in pratica quotidiana attraverso un comportamento concreto e sostenibile.

Il tutoraggio economico nel trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo

Con il Decreto Balduzzi e con il successivo aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza definito dal DPCM 12 gennaio 2017, la dipendenza da gioco d'azzardo è stata equiparata alle altre dipendenze patologiche per ciò che riguarda le prestazioni assistenziali da garantire ai cittadini. Questo riconoscimento ha sancito il diritto dei pazienti a una presa in carico multidisciplinare da parte del Servizio Sanitario Nazionale, comprendente interventi medici, psicologici, psicoterapeutici, educativi e riabilitativi.

All'interno di questo quadro, il tutoraggio economico-finanziario rappresenta uno degli strumenti operativi attraverso cui favorire non soltanto la stabilizzazione economica del paziente, ma anche il recupero della sua autonomia e della capacità di gestione responsabile delle sue risorse.

In tal senso, l'integrazione di un approccio educativo (che comprenda sia i concetti finanziari che economici) con altri approcci più squisitamente psicologici, favorisce un approccio integrato e multidimensionale alla presa in carico del paziente con Disturbo da Gioco d'Azzardo.

Elemento centrale del tutoraggio economico è l'attivazione della figura del "tutor", al quale è affidato il compito di monitorare il flusso delle risorse economiche, osservare l'andamento delle spese e collaborare con il paziente affetto da Disturbo da Gioco d'Azzardo nella costruzione di un piano realistico di risanamento della sua situazione debitoria.

Per garantire maggiore efficacia all'intervento, il tutor, come indicato dal Decreto 16 luglio 2021, n. 136, è preferibilmente individuato in una figura esterna al nucleo familiare e distinta dal terapeuta¹. Tuttavia, nell'ottica del tutoraggio economico, inteso come atto terapeutico non centrato esclusivamente sul

controllo economico ma orientato alla costruzione di nuovi significati legati al denaro, è fondamentale che il tutor sia un “Altro Significativo” (Bellio e Croce, 2014), ovvero una figura capace di assumere un valore relazionale rilevante nel percorso di cambiamento.

In tale contesto, il lavoro educativo è orientato anche a prevenire dinamiche iperprotettive o sostitutive frequentemente osservate nei contesti familiari segnati dalla dipendenza.

Non è raro, infatti, che i familiari tentino di affrontare le conseguenze economiche del gioco intervenendo direttamente sull'indebitamento – ad esempio estinguendo rapidamente i debiti del paziente o assumendo un controllo totale sulle sue risorse economiche –.

Sebbene tali strategie possano rappresentare tentativi comprensibili di contenere il danno, esse rischiano di consolidare meccanismi di delega e di ostacolare lo sviluppo di competenze autonome nella gestione del denaro.

Il tutoraggio economico, al contrario, promuove un graduale processo di responsabilizzazione: l'obiettivo non è sostituirsi al paziente nella gestione delle risorse, ma accompagnarlo nel recupero progressivo della capacità di pianificare, decidere e utilizzare il denaro in modo consapevole, contrastando la logica disfunzionale del “tutto e subito”.

Dunque, attraverso questo percorso, anche la famiglia viene accompagnata a recuperare modalità più razionali e condivise di gestione delle risorse economiche (Fiorin e Bellio, 2014), arrivando a una comunicazione più efficace e a una progressiva ridefinizione dei ruoli all'interno di essa.

La dimensione relazionale e l'intimità nel tutoraggio economico

Il tutoraggio economico introduce inevitabilmente una dimensione relazionale particolarmente delicata.

La gestione economica riveste un ruolo terapeutico fondamentale poiché nel Disturbo da Gioco d'Azzardo la patologia si manifesta anche come alterazione del rapporto con il denaro e dei significati ad esso attribuiti.

Il denaro nel Disturbo da Gioco d'Azzardo acquisisce un valore simbolico il cui significato va oltre quello economico e, si differenzia da paziente a paziente.

Il tutoraggio economico permette la rilettura del rapporto intra familiare, mediato dalla dissipazione delle risorse, che si concretizza nell'utilizzo improprio del denaro.

Possiamo dire che il comportamento correlato al denaro segue le stesse dinamiche attraverso cui il soggetto si relaziona agli altri.

Il denaro non è solo oggetto di scambio, ma assume una funzione relazionale e simbolica, diventando spesso un mezzo attraverso cui gestire legami ed emozioni.

In assenza della possibilità di costruire relazioni affettive sane, il soggetto instaura scambi affettivi disfunzionali mediati dal denaro, che sostituiscono la relazione autentica con l'altro.

Per il paziente con Disturbo da Gioco d'Azzardo, il denaro perde il suo valore intrinseco e viene utilizzato come mezzo per ottenere gratificazione immediata o sollievo da stati emotivi difficili.

In questa prospettiva, il soggetto appare spesso alla ricerca di un soggetto ausiliario che funzioni da “oggetto trasformativo”, capace di modulare il proprio stato d'animo o modificare l'esperienza interna (Bollas, 1987).

In questo senso la dipendenza può essere concettualizzata come il tentativo (disadattivo) di sostituire una funzione egoica mancante.

L'introduzione di una “funzione di cura” rende l'individuo capace di autoregolarsi di fronte alle tensioni.

Al contrario, quando questa acquisizione fallisce, il soggetto nei momenti di tensione esterna o interna è incapace a prendersi cura di sé e si affida a “oggetti transitori”² come il denaro nel gioco d'azzardo, o le droghe, o il cibo che necessariamente falliscono «nello scopo, poiché si tratta di tentativi che si servono del corpo e non della psiche per fare i conti con l'assenza o con qualunque altra fonte di dolore psichico, e per questo riescono a fornire solo un sollievo temporaneo» (McDougall, 2004, p. 62).

Il tutoraggio economico acquisisce così una chiara valenza terapeutica: non si limita a monitorare flussi e spese o a pianificare il rientro dai debiti, ma crea uno spazio in cui esplorare il legame tra gestione economica e significati relazionali, favorendo la riappropriazione del significato concreto e simbolico del denaro. Parallelamente, il percorso sostiene il recupero di una gestione delle risorse nel medio periodo (Jarre, 2018), migliorando al contempo il clima familiare, riducendo conflitti e incrementando l'aderenza al trattamento.

La relazione fiduciaria con il tutor consente infine di sperimentare modalità di relazioni oggettuali più autentiche e meno mediate dall'uso disfunzionale del denaro, rendendo il percorso educativo socio-pedagogico e terapeutico più significativo.

L'esperienza del Dipartimento Dipendenze Patologiche della ASL Napoli 2 Nord nella presa in carico del paziente esposto a sovra indebitamento

Il sovra indebitamento finanziario è una delle conseguenze più pericolose del Disturbo in quanto il giocatore deve reperire denaro per continuare a giocare.

Il giocatore attinge sia ai propri risparmi che a quelli dei familiari fin dove possibile, salvo poi accedere a finanziamenti con banche e istituti di credito.

Quasi mai però risulta essere in grado di adempiere agli impegni economici assunti con la stipula dei contratti di finanziamento.

Questa condizione di incapacità, unita all'impossibilità di far fronte ai debiti contratti, motiva il giocatore a richiedere sostegno economico e a intraprendere un percorso di cura. (Fiorin & Capitanucci, 2022).

Il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche della ASL Napoli 2 Nord, ha attivato una convenzione con l'associazione ASSOUTENTI Campania APS per la realizzazione di interventi di “esdebitazione” ovvero di riabilitazione socio-economica rivolti a pazienti affetti da Disturbo da Gioco d'Azzardo.

Tale affidamento del Servizio ha consentito di integrare in modo strutturato il percorso terapeutico con un intervento specialistico di natura giuridico-legale, finalizzato alla tutela e alla riorganizzazione della posizione debitoria del paziente³.

L'invio al percorso di esdebitazione avviene attraverso il Programma Terapeutico Individuale (PTI), elaborato secondo le procedure previste dai PDTA dipartimentali e condiviso in sede di équipe multidisciplinare, e garantisce la piena integrazione tra dimensione clinica, educativa e legale, evitando una frammentazione degli interventi e favorendo una presa in carico globale del paziente.

Il percorso di esdebitazione, articolato in fasi progressive – dalla prima valutazione giuridica e analisi della situazione debitoria, alla definizione di un Progetto Riabilitativo Giuridico Individuale (PRGI), fino all'attivazione di strumenti di tutela quali piani di rientro, rinegoziazioni e procedure di sovraindebi-

tamento – consente di accompagnare il paziente in un processo strutturato e sostenibile di fuoriuscita dalla condizione debitoria. In questo contesto, il tutoraggio economico, offerto dall'équipe multidisciplinare del Ser.D., si integra sinergicamente con l'intervento legale, offerto dall'operatore convenzionato, svolgendo una funzione fondamentale di mediazione tra il piano terapeutico e la concreta gestione quotidiana delle risorse. L'Associazione fornisce competenze tecniche per la ristrutturazione del debito e l'accesso agli strumenti normativi; il tutor supporta il paziente nella costruzione di comportamenti economici coerenti con gli obiettivi del percorso, favorendo l'aderenza alle strategie di rientro e prevenendo ricadute in condotte disfunzionali. Tale integrazione tra soggetti istituzionali pubblici e privati consente di tradurre operativamente i principi socio-pedagogici descritti, e trasforma il percorso di esdebitazione in un'esperienza di apprendimento progressivo di responsabilizzazione. Nell'ottica dell'intervento socio-pedagogico il processo di esdebitazione viene sottratto a una logica emergenziale o riparativa, per essere inserito all'interno di un percorso terapeutico condiviso e monitorato nel tempo. La strutturazione in fasi a diversa intensità assistenziale permette, infatti, di modulare l'intervento in base alla complessità del caso, affrontando non solo questioni tecniche e legali, ma anche sociali e familiari. In tal senso, l'esdebitazione non rappresenta soltanto un percorso amministrativo, ma una parte integrante del processo di cura, e contribuisce alla ricostruzione di un rapporto più consapevole con il denaro e al rafforzamento delle competenze decisionali e relazionali del paziente.

Conclusioni

Il tutoraggio economico nel Disturbo da Gioco d'Azzardo dimostra come la gestione del denaro possa assumere una valenza terapeutica che va oltre la semplice alfabetizzazione finanziaria. L'intervento non si limita a trasmettere competenze pratiche, ma promuove una più ampia trasformazione della relazione oggettuale con il denaro, con se stessi e con gli altri. La combinazione di un approccio socio-pedagogico e psicoterapico permette di integrare dimensione educativa, gestione pratica delle risorse e riflessione sui significati emotivi e simbolici del denaro, creando uno spazio di apprendimento esperienziale unico. Inoltre, l'introduzione del tutor come figura neutra, ma relazionalmente significativa, evidenzia l'importanza della mediazione esterna nella costruzione di competenze egoiche autonome, sostenendo al contempo il sistema familiare e il processo di cambiamento. L'esperienza del Dipartimento Dipendenze Patologiche della ASL Napoli 2 Nord nella presa in carico del paziente esposto a sovraindebitamento evidenzia come l'integrazione tra Ser.D. e Enti del Terzo Settore possa costituire un modello efficace di intervento multidimensionale nel trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo, nel quale la cura delle problematiche economico-legali si configura come leva terapeutica fondamentale per il cambiamento e la riabilitazione complessiva della persona. In ultima analisi, il tutoraggio economico offre una prospettiva che trascende la semplice correzione di comportamenti disfunzionali: favorisce lo sviluppo di strumenti di autoregolazione emotiva e, più in generale, una maggiore capacità di costruire relazioni oggettuali sane, in cui il denaro diventa un veicolo per la crescita personale, il recupero della responsabilità e il rafforzamento del tessuto relazionale.

Note

1. Decreto 16 luglio 2021, n. 136. Regolamento recante adozione delle linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP). *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Serie Generale, n. 238 del 5 ottobre 2021.
2. L'oggetto transitorio come descritto da Mc Dougall (1988), rappresenta un sostituto transizionale che risponde a un problema di interiorizzazione delle qualità dell'oggetto materno (Sanahuja, 2013).
3. ASL Napoli 2 Nord (2026). *Deliberazione del Direttore Generale n. 29 del 12 gennaio 2026. Affidamento del servizio «Azioni di riabilitazione socio-economiche per utenti affetti da disturbo da gioco d'azzardo»*.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- ASL Napoli 2 Nord (2026). *Deliberazione del Direttore Generale n. 29 del 12 gennaio 2026. Affidamento del servizio «Azioni di riabilitazione socio-economiche per utenti affetti da disturbo da gioco d'azzardo»*.
- Bellio G., & Croce M. (a cura di) (2014). *Manuale sul gioco d'azzardo. Diagnosi, valutazione e trattamenti*. Milano: FrancoAngeli.
- Bollas C. (1987). *The Shadow of the Object. Psychoanalysis of the Unthought Known*. New York: Columbia University Press (trad. it.: *L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Roma: Borla, 1989).
- Commissione europea (2025). *Strategia per la promozione dell'alfabetizzazione finanziaria nell'Unione europea*. COM(2025) 681 final. Bruxelles: Commissione europea.
- Cosenza M., Ciccarelli M., & Nigro G. (2019). The steamy mirror of adolescent gamblers: Mentalization, impulsivity, and time horizon. *Addictive Behaviors*, 89: 156-162. Doi: 10.1016/j.addbeh.2018.10.002.
- Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158. Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Serie Generale, n. 214 del 13 settembre 2012. Convertito, con modificazioni, dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189.
- Decreto 16 luglio 2021, n. 136. Regolamento recante adozione delle linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP). *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Serie Generale, n. 238 del 5 ottobre 2021.
- Fiorin A., & Bellio G. (2014). Il counselling finanziario e le indicazioni all'amministrazione di sostegno. In: Bellio G., & Croce M. (a cura di), *Manuale sul gioco d'azzardo. Diagnosi, valutazione e trattamenti*. Milano: FrancoAngeli.
- Fiorin A., & Capitanucci D., a cura di (2022). *Manuale operativo di presa in carico clinica nel disturbo da gioco d'azzardo*. Padova: Publiedit.
- Jarre P. (2018). Diagnosi e trattamento del disturbo da gioco d'azzardo. Relazione presentata al I Convegno Nazionale «Il gioco d'azzardo in Italia». Roma: Istituto Superiore di Sanità, 18 ottobre 2018.
- McDougall J. (1988). *Teatri dell'io. Illusione e verità sulla scena psicoanalitica*. Milano: Raffaello Cortina.
- McDougall J. (2004). L'economia psichica della dipendenza patologica. *Psicobiettivo*, XXIV(2): 62.
- O'Connor J., & Dickerson M. (2003). Definition and measurement of chasing in off-course betting and gaming machine play. *Journal of Gambling Studies*, 19(4): 359-386. Doi: 10.1023/A:1026375809186.
- Sanahuja A., & Belot R.A. (2013). Défaillance de la relation d'objet primaire et altération de l'enveloppe psychique chez l'adolescente obèse. *L'Évolution psychiatrique*, 78(4): 653-667. Doi: 10.1016/j.evopsy.2013.05.003.

Sessualità, uso di sostanze e dipendenza: un confronto clinico tra Sex Addiction e Chemsex

Luca Rossi*, Daniele Pini**, Alice Ferreri***

Summary

■ *This paper aims to provide a clinical and nosographic framework for sex addiction (Compulsive Sexual Behaviour Disorder, CSBD) and chemsex, examining their neurobiological similarities, clinical differences, and therapeutic implications.*

Sex addiction – coded in ICD-11 as CSBD (6C72) under impulse control disorders, but absent from DSM-5 – is characterised by compulsive and recurrent sexual behaviours causing clinically significant distress and functional impairment.

Chemsex, by contrast, constitutes a structured practice in which specific psychoactive substances (methamphetamine, GHB/GBL, mephedrone) are intentionally used to amplify and prolong the sexual experience, predominantly among men who have sex with men (MSM).

Both conditions share a common neurobiological substrate – hyperactivation of the mesolimbic dopaminergic reward circuit – but differ in clinical complexity, at-risk populations, risk profiles, and therapeutic approaches.

Chemsex introduces a critical additional dimension: a dual craving (sexual and substance-related) alongside physical dependence on GHB/GBL, rendering treatment considerably more complex. Diagnostic criteria, psychiatric comorbidities, evidence-based therapeutic approaches, and the specific clinical challenges of each condition are discussed. ■

Keywords: Sex addiction, Chemsex, CSBD, Behavioural addiction, MSM, reward neurobiology, dual craving, psychotherapy.

Riassunto

■ *Il presente lavoro si propone di delineare, in chiave clinica e nosografica, il quadro della dipendenza sessuale (Sex Addiction / Compulsive Sexual Behaviour Disorder, CSBD) e del chemsex, analizzandone analogie neurobiologiche, differenze cliniche e implicazioni terapeutiche. La sex addiction è codificata dall'ICD-11 come disturbo del controllo degli impulsi, ma assente nel DSM-5, ed è caratterizzata da comportamenti sessuali compulsivi e ricorrenti che causano disagio clinicamente significativo e compromissione funzionale.*

Il chemsex, invece, si configura come pratica strutturata in cui sostanze psicoattive specifiche (metamfetamina, GHB/GBL, mephedrone) vengono assunte intenzionalmente per amplificare e prolungare l'esperienza sessuale, prevalentemente in contesti di uomini che hanno rapporti sessuali con uomini (MSM).

Entrambe le condizioni condividono un substrato neurobiologico comune – l'iperattivazione del circuito mesolimbico dopaminergico – ma differiscono per complessità clinica, popolazioni coinvolte, profilo di rischio e approccio terapeutico.

Il chemsex introduce una dimensione aggiuntiva critica: il doppio craving (sessuale e da sostanza) e la dipendenza fisica da GHB/GBL, che ne rendono il trattamento notevolmente più complesso. Vengono discussi i criteri diagnostici, le comorbidità psichiatriche, gli approcci terapeutici evidence-based e le sfide cliniche specifiche di ciascuna condizione. ■

Parole chiave: Sex addiction, Chemsex, CSBD, Dipendenza comportamentale, MSM, neurobiologia della ricompensa, doppio craving, psicoterapia.

* Psicologo, Psicoterapeuta, Sessuologo Clinico, Specialista ambulatoriale ASL TO3.

** Medico, Dirigente ASL TO3.

*** Psicologa, Specializzanda in Psicoterapia.

1. Introduzione

La sessualità umana rappresenta uno dei comportamenti più complessi e modulati biologicamente, culturalmente e psicologicamente. La scoperta del piacere sessuale, che nel percorso evolutivo dello *Homo sapiens* si è gradualmente emancipata dalla funzione meramente riproduttiva, ha posto le basi per una vasta gamma di espressioni comportamentali, incluse quelle che, in determinate condizioni, possono acquisire carattere compulsivo e disfunzionale.

Negli ultimi due decenni, la letteratura clinica e neuroscientifica ha rivolto un'attenzione crescente a due fenomeni distinti ma parzialmente sovrapposti: la dipendenza sessuale (comunemente denominata sex addiction) ed il chemsex.

Entrambi implicano una relazione problematica con il comportamento sessuale, ma differiscono in modo sostanziale per eziologia, presentazione clinica, profilo di rischio e approccio terapeutico.

La sex addiction, oggi inquadrabile prevalentemente nel costrutto dell'ICD-11 di Compulsive Sexual Behaviour Disorder (CSBD, codice 6C72), è caratterizzata da impulsi sessuali ricorrenti e difficili da controllare, che persistono nonostante le conseguenze negative e la sofferenza soggettiva (Kraus *et al.*, 2018).

Il chemsex, invece, è una pratica strutturata ed intenzionale in cui specifiche sostanze psicoattive vengono assunte per amplificare e prolungare l'esperienza sessuale, principalmente – sebbene non esclusivamente – in contesti di uomini che hanno rapporti sessuali con uomini (MSM) (Bourne *et al.*, 2015).

Il presente articolo si propone di:

- a) descrivere separatamente il quadro clinico e neurobiologico di ciascuna condizione;
- b) analizzarne le analogie e le differenze mediante un confronto sistematico;
- c) discutere le implicazioni terapeutiche, con particolare attenzione alle sfide specifiche che ciascuna condizione pone al clinico.

2. La risposta sessuale umana: substrati neurobiologici

La comprensione delle condizioni cliniche oggetto del presente lavoro presuppone una conoscenza adeguata della neurobiologia della risposta sessuale umana.

I modelli teorici di riferimento hanno subito un'evoluzione significativa negli ultimi cinquant'anni: dal modello lineare di Masters e Johnson (1966), che descriveva la risposta sessuale come una sequenza di quattro fasi (eccitazione, plateau, orgasmo, risoluzione), al modello trifasico di Kaplan (1979), che introduceva il desiderio come componente autonoma, fino al modello circolare di Basson (2000), che integrava la dimensione relazionale ed i fattori contestuali nella risposta sessuale femminile.

A livello neurochimico, il desiderio sessuale è mediato principalmente da testosterone e dopamina, con un'importante componente cognitivo-emotiva.

L'eccitazione è associata alla dominanza del sistema nervoso autonomo parasimpatico e alla vasocongestione genitale.

L'orgasmo corrisponde ad un picco di dopamina, ossitocina e serotonina, accompagnato da contrazioni ritmiche.

La fase di risoluzione è caratterizzata da un rilascio di prolattina e dall'instaurarsi di un periodo refrattario, più marcato nel sesso biologicamente maschile.

Di particolare rilievo clinico sono le differenze nel profilo di ossitocina tra i sessi: nelle donne, i livelli di ossitocina raggiungono il picco al termine del rapporto sessuale (con una concentrazione mediamente superiore del 30% rispetto agli uomini), favorendo processi di bonding e attaccamento.

Negli uomini, la massima attivazione ossitocinergica si verifica prima del rapporto sessuale, con un rapido ritorno ai livelli basali dopo l'orgasmo.

Queste differenze hanno implicazioni rilevanti per la comprensione dei diversi pattern di dipendenza sessuale tra i sessi.

3. Sex Addiction (CSBD): quadro clinico e nosografico

3.1. Status nosografico

Il dibattito nosografico sulla sex addiction rimane aperto.

Il DSM-5 (APA, 2013) non include la dipendenza sessuale come diagnosi autonoma: la proposta di includere l'Hypersexual Disorder come categoria diagnostica fu esclusa nella revisione finale.

L'ICD-11 (OMS, 2022) ha invece codificato il Compulsive Sexual Behaviour Disorder (CSBD, 6C72) tra i disturbi del controllo degli impulsi, con la precisazione esplicita che non si tratta di una dipendenza comportamentale in senso stretto.

La letteratura utilizza terminologie diverse – dipendenza sessuale (Carnes, 1983), comportamento sessuale ipersessuale (Kafka, 2010), CSBD (Kraus *et al.*, 2018) – che riflettono orientamenti teorici differenti riguardo alla natura del fenomeno: dipendenza, disturbo del controllo degli impulsi o disturbo ossessivo-compulsivo dello spettro.

Tale dibattito ha implicazioni non solo nosografiche ma anche cliniche e terapeutiche.

3.2. Criteri diagnostici

Integrando i criteri ICD-11 con il modello di Carnes, la presentazione clinica del CSBD include:

- Preoccupazione intensa e ricorrente per pensieri e impulsi sessuali, difficilmente sopprimibile.
- Comportamenti sessuali ripetitivi divenuti centrali nella vita del soggetto (tempo, energia, priorità).
- Tentativi falliti e ripetuti di controllare o ridurre il comportamento.
- Continuazione del comportamento nonostante conseguenze negative: relazionali, lavorative, legali, fisiche.
- Utilizzo del sesso come strategia di regolazione di stati emotivi negativi (ansia, noia, tristezza, vergogna, solitudine).
- Escalation: aumento progressivo di frequenza, intensità o "novità" per mantenere la soddisfazione.
- Sintomi comportamentali da astinenza: irritabilità, ansia, insonnia, umore disforico.
- Durata di almeno 6 mesi (criterio ICD-11).

Carnes (1983) ha concettualizzato il CSBD come un ciclo auto-perpetuante in quattro fasi:

1. preoccupazione – pensieri ossessivi e fantasie intrusive;
2. ritualizzazione – comportamenti preparatori specifici;
3. comportamento compulsivo – l'atto sessuale in sé;
4. disperazione – vergogna e promesse di smettere che alimentano nuovamente la preoccupazione.

3.3. Presentazione clinica

Il paziente con CSBD raramente accede alla psicoterapia dichiarando esplicitamente il problema sessuale.

La presentazione più comune avviene attraverso richieste di aiuto per depressione, ansia o crisi di coppia.

La struttura della “doppia vita” – normale all'esterno, compulsiva all'interno – è fortemente caratterizzante, accompagnata da un'intensa vergogna e da un senso di colpa post-atto che paradossalmente alimentano il ciclo.

Clinicamente frequenti sono: storie di trauma nell'infanzia (abuso fisico o sessuale, trascuratezza, attaccamento insicuro); uso del sesso come regolatore emotivo primario; disfunzione erettile con il partner reale (da desensibilizzazione da pornografia ad alta intensità); conseguenze concrete quali crisi di coppia, perdita del lavoro, problemi legali, debiti.

3.4. Comorbidità psichiatriche

Le comorbidità psichiatriche sono frequenti e clinicamente rilevanti. La depressione maggiore è spesso seconda alla vergogna e alle conseguenze del comportamento, ma può anche risultare primaria con il sesso come automedicazione.

I disturbi d'ansia (ansia sociale) si associano all'uso del comportamento sessuale come riduzione transitoria dell'attivazione.

Il PTSD è presente in una quota significativa di pazienti, con comportamento compulsivo interpretabile come rielaborazione traumatica.

L'ADHD, con la sua componente di impulsività e ricerca di stimolazione intensa, mostra una forte correlazione con l'ipersessualità e la pornografia compulsiva.

Il disturbo borderline di personalità è caratterizzato da instabilità emotiva, relazioni intense e comportamenti impulsivi sessualizzati come coping.

Infine, la co-occorrenza con dipendenze da sostanze è stimata nel 40-60% dei casi, con rinforzo bidirezionale dei circuiti di ricompensa.

3.5. Neurobiologia

Il substrato neurobiologico del CSBD coincide largamente con quello delle dipendenze da sostanze: iperattivazione del sistema mesolimbico dopaminergico.

Studi di neuroimaging (Voon et al., 2014) hanno dimostrato che, nei soggetti con CSBD, stimoli sessuali attivano le stesse aree – *nucleo accumbens*, corteccia prefrontale ventromediale – attivate dai drug-cue nelle dipendenze da sostanze.

Si riscontra una riduzione del controllo inibitorio prefrontale, con incapacità della corteccia di ‘frenare’ l'impulso dal sistema limbico. La pornografia ad alta intensità induce una desensibilizzazione dopaminergica che richiede stimoli progressivamente più estremi per produrre la stessa risposta.

Il sistema oppioide endogeno è coinvolto nella soddisfazione post-atto, con dinamiche simili all'effetto di oppioidi esogeni.

4. Chemsex: definizione, sostanze e quadro clinico

4.1. Definizione e caratteristiche

Il termine chemsex – contrazione di “chemical sex” – indica l'uso intenzionale e pianificato di sostanze psicoattive specifiche prima o durante l'attività sessuale, con l'obiettivo di potenziarne intensità, durata e numero di partner.

Non si tratta di un sinonimo generico di “sesso sotto effetto di droghe”: è una pratica strutturata, con sostanze specifiche (“chem”), contesti specifici (sex party, app di incontri, saune) e finalità definite.

Il primo rilevamento sistematico in Europa risale al 2014 a Londra (Public Health England).

Originariamente documentato prevalentemente in contesti MSM urbani, il fenomeno ha mostrato una progressiva espansione ad altre popolazioni.

La prevalenza documentata in contesti MSM varia dal 3% al 30% a seconda del contesto e della metodologia utilizzata (dati europei).

Le sessioni possono durare ore o giorni (cosiddetto “marathon chemsex”), con un'alterazione profonda della percezione del tempo.

4.2. Sostanze: profili farmacologici e rischi

4.2.1. Metamfetamina (Crystal Meth, “T”)

La metamfetamina è considerata la sostanza più pericolosa nel contesto del chemsex.

Il meccanismo d'azione consiste nel rilascio massivo di dopamina, noradrenalina e serotonina.

Gli effetti includono euforia intensa, eccitazione, disinibizione totale, riduzione del bisogno di sonno (che consente sessioni di 24-72 ore), senso di potere e invincibilità, ritardo dell'eiaculazione.

I rischi tossicologici sono severi: dipendenza rapida tra le più difficili da trattare; psicosi da metamfetamina (paranoia, allucinazioni visive e uditive); cardiotoxicità acuta e cronica con rischio di aritmie fatali e infarto miocardico anche in soggetti giovani; depressione post-uso severa (“crash”) con marcato rischio suicidario; soppressione immunitaria; interazioni farmacocinetiche potenzialmente letali con i farmaci antiretrovirali (in particolare gli inibitori del citocromo P450) in pazienti HIV+.

4.2.2. GHB/GBL (“G”)

Il GHB (gamma-idrossibutirrato) e il GBL (gamma-butilirrolattone, precursore a rapida conversione ematica in GHB) agiscono come agonisti dei recettori GABA-B e dei recettori specifici per il GHB, determinando un effetto bifasico: stimolante/disinibente a basse dosi e marcatamente sedativo a dosi superiori.

Gli effetti comprendono rilassamento muscolare, disinibizione sessuale totale, euforia e potenziamento dell'empatia tattile.

La caratteristica più critica del GHB/GBL sotto il profilo tossicologico è il suo margine di sicurezza estremamente ridotto (finestra tossica ristretta): incrementi minimi del dosaggio (0,5-1 grammo) possono determinare il passaggio dall'effetto ricreativo a un'overdose acuta.

L'intossicazione acuta si manifesta con rapida perdita di coscienza, depressione respiratoria severa, bradicardia e coma, configurandosi come un'emergenza medica a codice rosso.

Il redosing frequente (ogni 2-3 ore), tipico delle maratone di chemsex, instaura rapidamente una dipendenza fisica.

L'astinenza da GHB/GBL è una condizione critica e potenzialmente fatale, sovrapponibile al *delirium tremens* alcolico, caratterizzata da tremori, grave agitazione psicomotoria, allucinazioni, convulsioni e instabilità autonoma, che richiede tassativamente una gestione medica ospedaliera.

È documentato, inoltre, il suo impiego non consensuale in contesti di violenza sessuale agevolata da sostanze (chemsex-rape).

4.2.3. Mefedrone e altre sostanze associate

Il mefedrone (4-MMC), catinone sintetico ad azione stimolante ed entactogena, produce un massivo rilascio di dopamina e serotonina, mimando gli effetti combinati di MDMA e cocaina (euforia, logorrea, ipersessualità, “empatia chimica”).

L'emivita breve (30-60 minuti) induce un forte fenomeno di *craving* acuto con necessità di *redosing* compulsivo.

Presenta un'elevata cardiotossicità (ipertensione, tachicardia) e un alto rischio di psicosi tossica ad insorgenza acuta.

La purezza altamente variabile sul mercato illecito ne incrementa imprevedibilmente la tossicità.

Sostanze frequentemente associate includono: MDMA/ecstasy (rischio di sindrome serotoninergica e iponatriemia da SIADH); cocaina (potente stimolante, la cui vasocostrizione periferica contrasta l'erezione, spingendo all'abuso di farmaci pro-erettili); ketamina (dissociativo anestetico, che espone a traumi fisici e vulnerabilità a violenze); poppers/nitrati alchilici (vasodilatatori che, se associati a inibitori della PDE5 come sildenafil o tadalafil, possono causare ipotensione severa e shock cardiovascolare); benzodiazepine, utilizzate impropriamente per gestire la fase di discesa ('comedown') o il crash, con elevato rischio di dipendenza crociata e depressione respiratoria sinergica se associate al GHB.

4.3. Meccanismo neurobiologico del chemsex

Le sostanze del chemsex agiscono sinergicamente su dopamina, serotonina e noradrenalina, producendo quattro effetti principali:

- iperattivazione dopaminergica – sistema mesolimbico in "overdrive" con piacere amplificato oltre la fisiologia normale;
- disinibizione frontale – riduzione delle inibizioni, abbassamento della percezione del rischio, aumento dell'impulsività;
- potenziamento fisico – vasodilatazione, erezione prolungata, ritardo dell'eiaculazione;
- desensibilizzazione recettoriale – sessioni ripetute inducono tolleranza con conseguente perdita di valore del sesso non mediato da sostanze.

4.4. Il doppio craving: il nucleo clinico del chemsex

La caratteristica clinicamente più rilevante e terapeuticamente più sfidante del chemsex è il cosiddetto 'doppio craving': sesso e sostanza si fondono in un'unità inscindibile.

Il craving sessuale (pensieri intrusivi, fantasie di sessioni, ricerca compulsiva di partner) ed il craving da sostanza (desiderio della sostanza specifica, impossibilità di eccitarsi senza di essa) si potenziano reciprocamente.

L'implicazione terapeutica è cruciale: il sesso senza sostanze viene percepito come privo di valore, noioso o addirittura impossibile.

Questo rende la separazione dei due craving — e la risensibilizzazione all'esperienza sessuale 'sober' — una delle sfide principali del trattamento.

4.5. Popolazioni e rischi sanitari

Le popolazioni a maggiore prevalenza di chemsex includono uomini che hanno rapporti sessuali con uomini (MSM), in particolare utenti di app di incontri gay e frequentatori di sex party; persone HIV+ in terapia antiretrovirale (con interazioni farmacologiche critiche); soggetti con omofobia interiorizzata che utilizzano le sostanze per "permettersi" il sesso gay.

Le popolazioni emergenti includono donne bisessuali e trans (dati spesso sottostimati), coppie eterosessuali in contesti swinger e giovani adulti in ambienti di clubbing e festival.

L'intersezione fra l'uso di sostanze psicoattive e l'attività sessuale ridefinisce radicalmente il profilo di rischio infettivologico, determinando una sinergia epidemiologica che alimenta la diffusione delle Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST).

Nel contesto del chemsex, il rischio di contrarre patogeni non è semplicemente correlato alla frequenza dei comportamenti indivi-

duali, ma emerge dal sommarsi di alterazioni comportamentali indotte dalle sostanze e da specifiche dinamiche di rete relazionale.

Le sostanze tipiche del chemsex agiscono modificando la percezione cognitiva del pericolo e abbattendo le barriere inibitorie individuali.

Gli stati euforici o dissociativi si traducono in una drastica riduzione dell'uso del profilattico, in un incremento esponenziale del numero di partner all'interno della singola sessione e nella pratica di rapporti penetrativi traumatici, frequentemente associati al fisting o all'impiego di sex toys condivisi e privi di adeguata igienizzazione. Inoltre, l'effetto pro-erettile e di ritardo eiaculatorio degli stimolanti favorisce il protrarsi dell'atto sessuale per molte ore, causando microlesioni e lacerazioni delle mucose rettali e genitali; ciò abbatte le barriere anatomiche naturali e facilita l'inoculazione e l'ingresso dei patogeni.

Va parimenti sottolineato il fenomeno dello *slamming* (l'uso di sostanze per via endovenosa), che espone i consumatori al rischio ematico da condivisione di aghi e materiale da iniezione, configurando una pericolosa doppia via di trasmissione (ematica e venerea). Sotto il profilo epidemiologico, i contesti di chemsex agiscono come veri e propri "ambienti di amplificazione", in cui l'elevato turnover di partner in tempi ristretti accelera la circolazione interumana degli agenti infettivi.

Tra le IST a maggiore diffusione si evidenziano la sifilide e la gonorrea, caratterizzate da frequenti localizzazioni extragenitali asintomatiche (faringee e rettali) che fungono da *reservoir* silenti nella popolazione.

Si registra inoltre una significativa recrudescenza di *Chlamydia trachomatis*, in particolare dei genotipi responsabili del linfogranuloma venereo (LGV), strettamente associato a forme severe di proctite ulcerosa.

Relativamente all'infezione da HIV, emergono due criticità cruciali: l'efficacia della prevenzione farmacologica e l'aderenza terapeutica. Sebbene la diffusione della PrEP (Profilassi Pre-Esposizione) abbia significativamente ridotto i tassi di nuove diagnosi di HIV, l'illusione di una protezione totale dal contagio ha talvolta disincentivato l'adozione di barriere fisiche, incrementando paradossalmente la trasmissione di altre IST e delle epatiti virali (specialmente l'HCV, la cui trasmissione sessuale è in forte aumento tra MSM e HBV, in soggetti non vaccinati).

Per i pazienti già HIV-positivi, le sessioni prolungate di chemsex compromettono la regolare assunzione quotidiana della terapia antiretrovirale (ART); tale riduzione dell'aderenza espone al rischio di rebound della carica virale, fallimento terapeutico e insorgenza di resistenze farmacologiche.

A ciò si aggiungono le insidiose interazioni farmacologiche tra antiretrovirali (come i *booster* ritonavir o cobicistat) e le sostanze d'abuso, capaci di elevare pericolosamente i livelli plasmatici di metamfetamina o MDMA, esacerbando la tossicità acuta.

Un ostacolo di primaria importanza è rappresentato dalla difficoltà di accesso ai servizi specialistici da parte dell'utenza specifica.

Persistono barriere strutturali e psicologiche nei confronti dei tradizionali Servizi per le Dipendenze (Ser.D): il consumatore di chemsex non si identifica nel profilo classico del tossicodipendente ed omette di dichiarare il consumo per timore del giudizio stigmatizzante, ritardando la richiesta di assistenza.

In questo scenario, l'intercettazione precoce è fondamentale per mitigare l'impatto sanitario e sociale del fenomeno.

Gli ambulatori di infettivologia dedicati alle IST, allo screening e alla prescrizione della PrEP si configurano come presidi di frontiera ideali, garantendo un setting accogliente, specialistico e non giudicante.

La presa in carico precoce in questi contesti consente non solo di attuare interventi mirati di riduzione del danno (Harm Reduction) e di monitorare i pattern di consumo, ma anche di costruire ponti stabili di collaborazione multidisciplinare con i Ser.D.

5. Confronto sistematico: Sex Addiction e Chemsex

La tabella seguente sintetizza il confronto tra le due condizioni su sedici dimensioni cliniche, nosografiche e terapeutiche.

Dimensione	Sex Addiction (CSBD)	Chemsex
Definizione	Comportamento sessuale compulsivo non necessariamente legato a sostanze (ICD-11, codice 6C72)	Uso intenzionale di sostanze psicoattive specifiche prima o durante il rapporto sessuale per potenziarne intensità, durata e numero di partner
Sostanze	Non necessariamente presenti; se co-occorrenti, costituiscono fattore aggravante	Sempre presenti per definizione: metamfetamina, GHB/GBL, mefedrone tra le principali
Neurobiologia	Iperattivazione del circuito mesolimbico dopaminergico (NAc, ATV); riduzione controllo inibitorio prefrontale	Stesso circuito potenziato chimicamente con tolleranza più rapida; desensibilizzazione recettoriale accelerata
Craving	Pensieri intrusivi, impulsi sessuali difficili da controllare	Doppio craving inscindibile: sostanza + sesso; il sesso senza sostanze percepito come impossibile o privo di valore
Tolleranza/ Escalation	Escalation di frequenza, intensità e novità per mantenere la gratificazione	Escalation delle dosi e dei comportamenti con desensibilizzazione rapida
Perdita di controllo	Incapacità di interrompere il comportamento nonostante conseguenze negative	Sessioni pianificate che si prolungano per giorni; dissociazione temporale
Popolazione	Trasversale (tutte le età e orientamenti; uomini > donne in letteratura)	Prevalente in MSM e contesti LGBTQ+ urbani; in progressiva espansione ad altre popolazioni
Rischi fisici	IST, comportamenti sessuali a rischio, disfunzioni sessuali da iperuso della pornografia	Aggiuntivi: overdose GHB/GBL, cardiotoxicità da metamfetamina, interazioni farmacologiche con antiretrovirali, chemsex-rape
Rischi psichici	Depressione, ansia, vergogna, isolamento, disfunzione relazionale	Psicosi da stimolanti, depressione post-chemsex ('crash'), PTSD aggiuntivo
Stigma	Elevato; costituisce freno primario all'accesso alle cure	Doppio stigma: comportamento sessuale + sostanze + (per MSM) omofobia interiorizzata
Trauma sottostante	Frequente (abuso fisico/sessuale, trascuratezza, attaccamento insicuro nell'infanzia)	Frequente; le sostanze vengono usate per gestire trauma relazionale e ansia da intimità
Status nosografico	ICD-11: CSBD (Disturbo del Controllo degli Impulsi, 6C72); assente nel DSM-5	Nessuna categoria autonoma; si codifica Disturbo da Uso di Sostanze + eventuale CSBD
Accesso alle cure	Basso per vergogna, timore del giudizio e scarsa consapevolezza del disturbo	Ancora più basso: doppio stigma + contesti difficilmente intercettati dai servizi sanitari
Complessità terapeutica	Alta: trauma + ciclo compulsivo + comorbidità psichiatriche	Molto alta: disintossicazione fisica da GHB + doppio craving + lavoro identitario
Prognosi	Buona con trattamento specialistico integrato	Variabile; dipende dalla sostanza primaria, dalla durata dell'uso e dalle comorbidità psichiatriche

Da questo confronto emergono due ordini di considerazioni. In primo luogo, le analogie neurobiologiche sono sostanziali: entrambe le condizioni coinvolgono la stessa via dopaminergica mesolimbica e producono fenomeni clinicamente equivalenti di craving, tolleranza, escalation e perdita di controllo.

In secondo luogo, il chemsex presenta una complessità clinica aggiuntiva significativa, determinata dalla presenza della dipendenza fisica da sostanze (in particolare GHB/GBL), dal doppio craving e da un profilo di rischio acuto (overdose, interazioni farmacologiche, chemsex-rape) che non ha paralleli nella sex addiction pura.

6. Approcci terapeutici

6.1. Trattamento della Sex Addiction

Gli approcci terapeutici evidence-based for il CSBD si articolano su quattro livelli.

La psicoterapia individuale costituisce il cardine del trattamento: la CBT (identificazione dei trigger, ristrutturazione delle credenze nucleari) ha la maggiore evidenza empirica; l'EMDR è indicato per la componente traumatica; la Schema therapy affronta i modi disadattivi precoci; la terapia psicodinamica lavora sulle rappresentazioni interne e sui pattern relazionali.

La terapia basata sulla regolazione affettiva (Hill, 2015) si rivela particolarmente utile quando il sesso è usato come principale regolatore emotivo.

La terapia di coppia o sistemica è indicata per la riparazione del legame danneggiato, la gestione della codipendenza del partner e la psicoeducazione di coppia.

I gruppi di supporto (Sex Addicts Anonymous, SLAA) offrono un modello 12 passi con componente di psicoeducazione e comunità. La farmacoterapia non dispone di farmaci specificamente approvati: gli SSRI possono ridurre la componente compulsiva, il naltrexone può agire sul craving, gli stabilizzatori dell'umore trovano indicazione nelle comorbidità.

6.2. Trattamento del Chemsex

Il trattamento del chemsex richiede sempre un team multidisciplinare integrato: infettivologo, Ser.D., psicologo, psicoterapeuta.

L'approccio si articola prevalentemente in due fasi parallele e complementari.

La fase medica e di harm reduction, come sottolineato nei paragrafi precedenti, prevede come primo step l'abbassamento della soglia di accesso e la gestione clinica dell'uso di sostanze (riduzione del danno).

Segue il trattamento delle IST in corso, lo screening, la stadiazione e il trattamento dell'HCV, la valutazione dello stato vaccinale per HBV, il monitoraggio immunovirologico dell'HIV con ottimizzazione dell'ART e la prescrizione mirata di PrEP per i soggetti recettivi.

Il focus clinico deve concentrarsi sulla stabilizzazione medica del paziente, che può richiedere un protocollo di disintossicazione ospedaliera o ambulatoriale protetta dal consumo di GHB/GBL sotto stretta supervisione clinica, in ragione del rischio di una sindrome astinenziale severa e potenzialmente fatale, unitamente al monitoraggio e trattamento farmacologico di eventuali manifestazioni psicotiche acute indotte dagli stimolanti.

La fase psicologica e riabilitativa prevede il colloquio motivazionale (MI) come approccio di base, che incontra il paziente nel suo stadio di cambiamento senza imporre obiettivi.

La CBT e l'ACT (Acceptance and Commitment Therapy) intervengono sui processi cognitivi legati al craving attraverso la ristrutturazione cognitiva, l'accettazione dell'esperienza interna e la defusione dai pensieri disfunzionali.

I gruppi peer-to-peer specifici per MSM contribuiscono inoltre a ridurre l'isolamento, lo stigma ed il vissuto di marginalità.

Parallelamente, il lavoro identitario, focalizzato sull'omofobia interiorizzata e sulla vergogna sessuale, rappresenta spesso un nucleo clinico centrale e non sostituibile del trattamento.

In questo contesto, anche la desensibilizzazione graduale al sesso senza sostanze assume un ruolo terapeutico specifico, finalizzato al recupero di un'esperienza sessuale integrata e non mediata dall'uso di droghe.

7. Discussione

Il presente lavoro ha messo in luce come sex addiction e chemsex condividano un substrato neurobiologico comune – l'iperattivazione del circuito mesolimbico dopaminergico – pur differendo in modo sostanziale per complessità clinica, popolazioni a rischio e approccio terapeutico.

Alcune considerazioni meritano un approfondimento critico. In primo luogo, la questione dello stigma.

Entrambe le condizioni sono gravate da un elevato stigma che costituisce il principale ostacolo all'accesso alle cure.

Nel chemsex, il doppio stigma – comportamento sessuale + sostanze, con l'ulteriore dimensione dell'omofobia interiorizzata per i soggetti MSM – abbassa ulteriormente la probabilità di richiesta di aiuto.

Questo impone ai Servizi sanitari un approccio attivamente destigmatizzante e a bassa soglia.

In secondo luogo, la questione del trauma. In entrambe le condizioni, la storia traumatica precoce (abuso, trascuratezza, attaccamento insicuro) è clinicamente frequente e statisticamente rilevante.

Il sesso, con o senza sostanze, funziona spesso come regolatore emotivo di stati interni difficilmente tollerabili.

Un trattamento che non affronti la dimensione traumatica è destinato a essere incompleto.

In terzo luogo, la sfida specifica del chemsex rispetto all'identità sessuale.

Per molti soggetti MSM, il chemsex è l'unico contesto in cui si "permettono" di esprimere la propria sessualità.

La sostanza non è solo un potenziatore dell'esperienza, ma un "permesso" chimico che aggira l'omofobia interiorizzata.

Il trattamento deve quindi necessariamente includere un lavoro sull'accettazione dell'identità sessuale, dimensione del tutto assente nel percorso terapeutico della sex addiction "pura".

Infine, va sottolineata la necessità di un inquadramento nosografico più preciso. Il CSBD nell'ICD-11 e il chemsex (codificato come DUS + eventuale CSBD) rappresentano costrutti diagnostici ancora in evoluzione.

La ricerca futura dovrà chiarire i confini tra dipendenza comportamentale e disturbo del controllo degli impulsi, identificare biomarcatori di vulnerabilità e produrre trial randomizzati su trattamenti specifici.

8. Conclusioni

Sex addiction e chemsex sono due condizioni clinicamente distinte ma neurobiologicamente affini, che richiedono competenze specialistiche integrate e un approccio terapeutico personalizzato.

Entrambe condividono l'iperattivazione del circuito dopaminergico della ricompensa, il ciclo compulsivo, la compromissione funzionale e la frequente storia traumatica.

Il chemsex introduce dimensioni aggiuntive di complessità dettate dal doppio craving, dalla dipendenza fisica da GHB/GBL, dallo stigma, dal rischio acuto di overdose e dalle interazioni farmacologiche, che richiedono un team multidisciplinare e un approccio in fasi.

La sex addiction, apparentemente meno pericolosa sul piano fisico, comporta spesso un percorso terapeutico lungo e complesso, che deve integrare la dimensione traumatica con quella compulsiva.

Dal punto di vista della salute pubblica, la convergenza epidemiologica tra l'uso di sostanze neurotossiche ad alta dipendenza e la trasmissione di IST severe richiede un radicale cambio di paradigma.

Diventa prioritario superare la frammentazione istituzionale tra i servizi per le dipendenze e i reparti di malattie infettive.

L'integrazione di screening infettivologici sistematici nei Ser.D e, specularmente, di counseling alcolologico/tossicologico standardizzato negli ambulatori IST rappresenta la strategia d'elezione per una diagnosi precoce, l'abbattimento dello stigma e la tutela globale della salute pubblica.

Aumentare la consapevolezza dei professionisti della salute mentale, formare team multidisciplinari dedicati e ridurre lo stigma costituiscono priorità cliniche e di sistema.

"Comprendere non significa giustificare, ma senza comprensione non c'è cura."

Riferimenti bibliografici

- Basson R. (2000). The female sexual response revisited. *Journal of SOGC*, 22(5): 383-387.
- Bourne A., Reid D., Hickson F., Torres-Rueda S., Steinberg P., & Weatherburn P. (2015). *The chemsex study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark and Lewisham*. Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine. London.
- Carnes P. (1983). *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction*. Minneapolis: CompCare Publishers.
- Hill D. (2015). *Affect Regulation Theory: A Clinical Model*. New York: W.W. Norton & Company.
- Kafka M.P. (2010). Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2): 377-400.
- Kaplan H.S. (1979). *Disorders of Sexual Desire*. New York: Brunner/Mazel.
- Kraus S.W., Voon V., & Potenza M.N. (2016). Should compulsive sexual behavior be considered an addiction?. *Addiction*, 111(12): 2097-2106.
- Kraus S.W., Krueger R.B., Briken P., First M.B., Stein D.J., Kaplan M.S.,... Reed G.M. (2018). Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry*, 17(1): 109-110.
- Masters W.H., & Johnson V.E. (1966). *Human Sexual Response*. Boston: Little, Brown and Company.
- Pakianathan M., Whittaker W., Lee M.J., Avery J., Green S., Nathan B., & Hegazi A. (2018). Chemsex and new HIV diagnosis in gay, bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *HIV Medicine*, 19(4): 255-262.
- Voon V., Mole T.B., Banca P., Porter L., Morris L., Mitchell S., ... Irvine M. (2014). Neural correlates of sexual cue reactivity in individuals with and without compulsive sexual behaviours. *PLOS ONE*, 9(7), e102419.
- World Health Organization (2022). *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)*. WHO. Geneva.

Nuove frontiere nutraceutiche nel recupero dalle dipendenze

Nicoletta Marchesi*, Alessia Angela Pascale**, Stefano Govoni***

Summary

■ *The evolution of addiction neurobiology highlights the limitations of conventional acute-phase pharmacological treatments in preventing long-term relapse. Chronic substance abuse triggers severe metabolic breakdown, neuroinflammation, mitochondrial dysfunction, and oxidative stress within the central nervous system, impairing the homeostasis of the glutamatergic system. This neuroprogressive state compromises prefrontal executive control, exacerbating craving and vulnerability to stress-induced relapse. Addressing this underlying biological deficit requires innovative therapeutic strategies aimed at restoring cellular homeostasis and neural plasticity.*

In this context, the complementary nutraceutical approach using N-acetylcysteine (NAC) and alpha-lipoic acid (ALA) represents a promising adjuvant intervention. NAC acts by restoring astrocytic glutamate homeostasis via the xCT exchanger and enhancing intracellular glutathione synthesis, thereby attenuating cue-induced craving. Concurrently, ALA supports mitochondrial bioenergetics, activates the Nrf2 antioxidant response pathway, and recycles endogenous antioxidants. Together, NAC and ALA offer a synergistic mechanism to mitigate neurotoxicity, alleviate neuroinflammation, and preserve cognitive function, providing a rationale-driven framework for relapse prevention and long-term neurocognitive rehabilitation. ■

Keywords: Substance use disorders, Nutraceuticals, Oxidative stress, Glutamate dysregulation, N-acetylcysteine and alpha-lipoic acid.

1. Oltre la fase acuta: la sfida della cronicità e della prevenzione delle ricadute

L'evoluzione della neurobiologia delle dipendenze ha condotto a un progressivo riesame dei modelli terapeutici convenzionali.

Storicamente, l'approccio clinico e farmacologico si è concentrato sulla dimensione puramente recettoriale, focalizzandosi sulla modulazione della risposta sinaptica in fase acuta. L'obiettivo primario era la gestione dei sintomi dell'astinenza mediante un programma di disassuefazione progressiva: si impiegavano, dove possibile, terapie sostitutive a scalare (come il metadone per la dipendenza da oppioidi) o farmaci destinati al controllo del tono dell'umore (antidepressivi e stabilizzanti per la dipendenza da stimolanti).

Nelle fasi acute particolarmente severe si è fatto e si fa tuttora ricorso a deprimenti del sistema nervoso centrale (SNC), prevalentemente benzodiazepine.

Sebbene questa strategia si sia dimostrata efficace nel gestire l'emergenza clinica e nel raggiungere la stabilizzazione ini-

ziale del paziente, essa rivela forti criticità in una sfida ben più complessa: la prevenzione delle ricadute a lungo termine (Volkow et al., 2017).

Nonostante sia riconosciuto il ruolo cruciale della trasmissione dopaminergica mesolimbica, i farmaci agenti su questo specifico sistema neurotrasmettitoriale non hanno finora mostrato un'efficacia terapeutica soddisfacente né nella fase di dipendenza attiva, né in quella di astinenza.

La dipendenza, infatti, non si esaurisce nelle dinamiche del legame chimico tra sostanza e recettore.

Essa evolve in una patologia cronica e recidivante, governata da profonde alterazioni neuroplastiche in cui la disregolazione dei circuiti cerebrali del glutammato gioca un ruolo chiave nel perpetuare la ricerca compulsiva della sostanza (Kalivas, 2009; Scofield & Kalivas, 2014).

Proprio la gestione della cronicità evidenzia i limiti dei trattamenti standard, che spesso trascurano il cosiddetto "terreno biologico", inteso come l'insieme del vissuto metabolico e delle abitudini di vita del paziente.

Mesi o anni di abuso di sostanze provocano un vero e proprio *breakdown* metabolico e cellulare nel SNC, strettamente legato alla perdita dell'omeostasi del glutammato e all'instaurarsi di uno stato di neuroinfiammazione cronica (Seco et al., 2026).

Questo microambiente biochimico alterato e depauperato dei fondamentali substrati energetici e antiossidanti mantiene il cervello in una condizione di costante vulnerabilità, ali-

* Ricercatrice TT, Dipartimento di Scienze del Farmaco, sezione di Farmacologia, Università di Pavia.

** Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze del Farmaco, sezione di Farmacologia, Università di Pavia.

*** Professore Emerito, Dipartimento di Scienze del Farmaco, sezione di Farmacologia, Università di Pavia.

mentando il *craving* e compromettendo le funzioni cognitive del soggetto.

I trattamenti convenzionali lasciano spesso irrisolto questo deficit biologico di fondo, esponendo il paziente a un elevato rischio di recidiva.

2. Il denominatore comune delle dipendenze: stress ossidativo, disfunzione mitocondriale e disregolazione glutammatergica

Il sistema di ricompensa mesocorticolimbico è stato storicamente considerato un circuito semplice, dominato in modo quasi esclusivo dalla dopamina.

Tuttavia, le più recenti evidenze impongono di riconsiderare la dipendenza all'interno di un modello integrato di *valence processing* (ossia la capacità del cervello di assegnare un valore positivo o negativo agli stimoli).

In questo modello, l'attività dopaminergica è finemente modulata da una rete che include il sistema orexinergico, istaminergico, endocannabinoidale, glutammatergico e i circuiti legati allo stress.

Recenti evidenze suggeriscono che anche il nucleo tegmentale subventricolare (SVTg) contribuisca alla regolazione della valenza motivazionale.

L'SVTg agisce come un vero e proprio *hub*, in grado di esercitare un controllo inibitorio sull'abenua laterale e di calibrare il tono dopaminergico della via mesolimbica in risposta allo stress e agli stimoli ambientali.

L'abuso cronico di sostanze provoca una riorganizzazione disadattativa di questo network. Sotto l'effetto del carico allostatico e della dipendenza, il focus biologico del paziente si sposta dalla ricerca della gratificazione (*wanting*) alla necessità impellente di mitigare uno stato di perenne deficit edonico e di ansia generalizzata, esasperato dall'alterazione dei sistemi di risposta allo stress guidati dall'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (Koob & Schulkin, 2019).

Il denominatore comune delle diverse forme di dipendenza si struttura secondo vari assi fisiopatologici strettamente interconnessi, di seguito riassunti (si veda anche la tabella 1), seguendo i quali il collasso metabolico neuronale converge con la compromissione delle reti gliali:

Squilibrio redox: l'assunzione cronica di sostanze d'abuso accelera drammaticamente la produzione di specie reattive dell'ossigeno (ROS), superando le capacità antiossidanti endogene.

Il segno cardine di questo squilibrio è la drastica deplezione delle riserve di glutatione (GSH), il principale antiossidante intracellulare del SNC.

La carenza di GSH priva i neuroni della protezione fondamentale contro la lipoperossidazione delle membrane e il danno strutturale (Aoyama *et al.*, 2008).

Disfunzione mitocondriale: l'insulto ossidativo colpisce direttamente la catena di trasporto degli elettroni nei mitocondri neuronali.

Il danno mediato dai ROS a carico del DNA mitocondriale si traduce in un severo deficit bioenergetico, caratterizzato da una ridotta sintesi di ATP.

Questo collasso energetico compromette l'efficienza delle pompe ioniche neuronali, lasciando la cellula in uno stato di costante instabilità metabolica.

Neuroinfiammazione e risposta gliale: il danno cellulare attiva una risposta immunitaria innata nel SNC, determinando un'interazione disadattativa tra reti neuronali e reti gliali. L'attivazione microgliale sostenuta rappresenta una componente centrale dei processi neuroprogressivi osservati nei disturbi da uso di sostanze (Cancela *et al.*, 2025; da Silva *et al.*, 2023; Gipson *et al.*, 2021; Guo *et al.*, 2023).

L'esposizione cronica ad alcol, cocaina, metanfetamina e oppioidi è coerentemente associata a un aumento dei livelli di citochine pro-infiammatorie (tra cui l'interleuchina-1 beta, l'interleuchina-6 e il fattore di necrosi tumorale alfa), che riflettono un'attivazione neuroimmune persistente (Cancela *et al.*, 2025; Crews *et al.*, 2017; Heilig *et al.*, 2010; Hofford *et al.*, 2019; Sekine *et al.*, 2008).

Questo stato pro-infiammatorio promuove un ambiente neurotossico che contribuisce alla disfunzione sinaptica e alla progressiva perdita neuronale.

Studi di *neuroimaging* basati sull'impiego di ligandi per la proteina TSPO (translocator protein; localizzata sulla membrana esterna del mitocondrio e considerata un marcatore di neuroinfiammazione) forniscono evidenze *in vivo* di questo incremento della segnalazione neuroinfiammatoria nella corteccia prefrontale e nelle regioni limbiche (Murnane *et al.*, 2023; Sekine *et al.*, 2008).

Tali scoperte suggeriscono che la neuroinfiammazione non costituisca una mera risposta transitoria all'esposizione alla sostanza, bensì un processo cronico in grado di contribuire al danno neuronale cumulativo nel tempo.

Disregolazione del glutammato ed eccitotossicità: un altro processo che accomuna le dipendenze è la disregolazione dei circuiti del glutammato.

L'accumulo di glutammato è una conseguenza diretta della *down-regulation* del trasportatore astrocitario GLT-1 (EAAT2). L'accumulo di glutammato nello spazio extrasinaptico stimola in modo aberrante i recettori extrasinaptici (ionotropici NMDA con subunità GluN2B e metabotropici di tipo mGluR5), causando un ingente incremento di calcio intracellulare (Ca^{2+}) ed eccitotossicità.

L'elevata concentrazione di ioni calcio sovraccarica i mitocondri, aumentando ulteriormente lo stress ossidativo.

Ferroptosi: più recentemente, la ferroptosi è emersa come un meccanismo rilevante all'interno del quadro neuroprogressivo.

Si tratta di una forma regolata di morte cellulare caratterizzata da lipoperossidazione ferro-dipendente e da una ridotta attività della glutatione perossidasi 4 (GPX4).

Un numero crescente di evidenze suggerisce che la ferroptosi contribuisca ai processi neurodegenerativi associati all'esposizione cronica alle sostanze d'abuso (Dixon *et al.*, 2012; Ren *et al.*, 2020).

La sua integrazione evidenzia la convergenza tra stress ossidativo, disregolazione lipidica e vulnerabilità cellulare (Viola *et al.*, 2023).

Nel loro insieme, queste alterazioni della plasticità sinaptica e della regolazione epigenetica (ovvero modifiche che inducono variazioni nell'espressione dei geni senza alterare

la sequenza del DNA) agiscono come un ponte tra i precoci insulti molecolari e la disfunzione dei circuiti su larga scala. La destabilizzazione sinergica degli assi descritti si traduce direttamente nella fenomenologia clinica della dipendenza. La disfunzione metabolica, l'eccitotossicità glutammatergica e l'infiammazione gliale colpiscono elettivamente la corteccia prefrontale e quella orbitofrontale, alterando i segnali valutativi *top-down* necessari per il controllo degli impulsi e per il *decision-making* (Goldstein & Volkow, 2011). Questa progressiva riduzione della regolazione corticale esacerba l'impulsività. Contemporaneamente, la marcata alterazione dei circuiti di valenza tronco-encefalici e lo squilibrio nell'asse SVTg-abenua-VTA distorcono i normali segnali di anticipazione della ricompensa. Esposto a stimoli associati alla sostanza d'abuso, il cervello sperimenta un *craving* intenso e incontrollabile, mentre risponde in maniera fortemente attenuata ai rinforzi naturali come cibo, novità e interazioni sociali. Come evidenziato dal modello integrato di Arias-Carrión *et al.* (2026), quando i segnali sottocorticali di anticipazione del valore e dello stress risultano alterati e iper-amplificati, il sistema esecutivo viene costantemente inondato da impulsi di allarme e *craving*. A causa della disfunzione mitocondriale e della deplezione di glutatione, i neuroni corticali rimangono privi dell'energia (ATP) e della plasticità necessarie per inviare i corretti segnali inibitori. Inquadrare il sistema esecutivo in questa prospettiva neurobiologica ridefinisce il concetto stesso di ricaduta: essa non può essere interpretata come un mero deficit di volontà o di scelta morale, ma come la diretta conseguenza di un'alterazione strutturale e metabolica dello strumento biologico preposto al controllo comportamentale.

Tab. 1 - Meccanismi fondamentali della progressione nei disturbi da uso di sostanze (adattato da Seco *et al.*, 2026)

Meccanismo	Base fisiopatologica	Conseguenza clinica
Neuroinfiammazione	Attivazione microgliale e rilascio di citochine pro-infiammatorie	Compromissione cognitiva progressiva
Stress ossidativo	Eccesso di ROS e danno cellulare	Neurotossicità cumulativa
Disfunzione mitocondriale	Alterazione del metabolismo energetico e deficit di ATP neuronale	Affaticamento (<i>fatigue</i>) e rallentamento cognitivo
Ferroptosi	Lipoperossidazione ferro-dipendente e deplezione di GPX4	Perdita neuronale irreversibile

3. Dalle premesse all'uso di nuovi bersagli per contrastare il rimodellamento dei circuiti cerebrali nella dipendenza

Queste nuove acquisizioni sui meccanismi sottesi alla dipendenza e al *craving* spiegano le difficoltà e gli insuccessi di

molti dei tentativi di disassuefazione che, come anticipato in introduzione, storicamente sono stati basati più spesso sulle conoscenze degli effetti acuti delle varie sostanze che non sulle alterazioni a lungo termine. Queste ultime, inoltre, minano alcune delle capacità di resilienza del tessuto cerebrale agli insulti e aumentano il rischio di patologie neurodegenerative con l'avanzare dell'età della persona dipendente, di qui la ricerca di molecole che possano intervenire sui processi poco sopra descritti. Di seguito vengono descritte le attività di due possibili candidati, N-acetilcisteina e acido alfa-lipoico, che costituiscono un esempio applicativo oggetto di diversi studi.

3.1. N-acetilcisteina: tra ripristino del glutatione e omeostasi del glutammato

Il potenziale terapeutico di N-acetilcisteina (NAC) nelle dipendenze si esplica principalmente attraverso la modulazione del sistema glutammatergico e il potenziamento delle difese antiossidanti endogene. A livello del SNC, NAC fornisce cisteina, la quale viene ossidata a cistina (ovvero due molecole di cisteina legate da un ponte disolfuro). L'aumento di cistina extracellulare attiva lo scambiatore astrocitario xCT (il sistema di antiporto cistina/glutammato) che internalizza cistina ed estrude glutammato nello spazio extrasinaptico. Questo glutammato basale stimola gradualmente i recettori presinaptici mGluR2/3, ripristinando il tono inibitorio sul rilascio di glutammato durante l'esposizione a stimoli scatenanti (*cue*). Negli studi clinici e preclinici, questo meccanismo ha dimostrato di ridurre significativamente la reattività ai *cue* e l'intensità del *craving* (Kalivas, 2009; Cheron & Kerchoue d'Exaerde 2021; Murray & Lacoste, 2012). Parallelamente, la cisteina derivante da NAC rappresenta il fattore limitante per la sintesi di GSH. Agendo sia come precursore del GSH sia come *scavenger* diretto dei radicali liberi, NAC neutralizza i ROS generati dal metabolismo delle sostanze d'abuso, proteggendo l'architettura neuronale e le giunzioni sinaptiche dal danno ossidativo. Questo duplice effetto posiziona NAC quale molecola promettente nel trattamento di numerosi disordini psichiatrici e neurologici (Deepmala *et al.*, 2015; Minarini *et al.*, 2017). Gli effetti a lungo termine di NAC si estendono al ripristino della plasticità sinaptica. L'abuso cronico di sostanze compromette la *long-term depression* glutammatergica, un meccanismo fondamentale per l'adattamento cognitivo. Favorendo la normalizzazione della trasmissione sinaptica mediata dai recettori AMPA e NMDA, NAC promuove il recupero della plasticità sinaptica a lungo termine, restituendo al cervello la flessibilità necessaria per opporsi agli impulsi compulsivi (Moussawi *et al.*, 2009). L'efficacia clinica di NAC è stata valutata in diversi contesti: **Tabagismo:** trial controllati hanno dimostrato che la somministrazione di NAC (1200-3600 mg/die) attenua la reattività

soggettiva agli stimoli associati al fumo (*smoking cues*) e favorisce la riduzione del consumo di sigarette (Amen *et al.*, 2011; Froeliger *et al.*, 2015).

Dipendenza da cocaina: trial clinici randomizzati indicano che la somministrazione di NAC a 2400 mg/die riduce significativamente il *craving* e la reattività ai *cue* (LaRowe *et al.*, 2007; LaRowe *et al.*, 2013).

Studi di *neuroimaging* funzionale (fMRI) confermano che questo regime attenua l'iperattivazione di regioni quali la corteccia cingolata anteriore e l'insula.

Parallelamente, indagini via spettroscopia a risonanza magnetica (¹H-MRS) mostrano che una somministrazione acuta di NAC (2400 mg in due dosi da 1200 mg a distanza di 12 ore) è sufficiente per ripristinare i livelli fisiologici di glutammato nella corteccia prefrontale umana (Schmaal *et al.*, 2012).

Dipendenze comportamentali: nel gioco d'azzardo patologico, uno studio pilota (Grant *et al.*, 2007) con dosaggio scalare (600-2400 mg/die) ha indotto una rapida riduzione dei sintomi compulsivi, registrando una dose media efficace di 1476,9 ± 311,3 mg/die.

Va tuttavia sottolineato che si tratta di esperienze ancora limitate.

In questo ambito, la metanalisi di Cuocina *et al.* (2024) offre un'analisi critica essenziale. Sebbene si riscontri un effetto complessivamente favorevole sul *craving*, gli autori evidenziano una marcata eterogeneità metodologica (popolazioni, dosaggi e strumenti di misurazione) che suggerisce cautela (*"evidence is weak"*).

Da notare che l'effetto di NAC non è risultato differente in modo significativo tra le diverse sostanze d'abuso ($p = 0,98$), coerentemente con la premessa teorica secondo cui i meccanismi neurobiologici coinvolti sono trasversali ai diversi fenotipi di dipendenza.

In sintesi, pur fornendo un solido razionale biologico, un'ottima tollerabilità e un segnale clinico positivo, NAC non costituisce ancora uno standard terapeutico, il che rende necessari ulteriori trial su larga scala e con protocolli accuratamente disegnati.

3.2. Acido alfa-lipoico: supporto mitocondriale, difese redox e neuroprotezione

Se la NAC opera prevalentemente sulla dinamica sinaptica del glutammato e sul *pool* di GSH, l'acido alfa-lipoico (ALA) si qualifica come antiossidante ad ampio spettro con un raggio d'azione spiccatamente mitocondriale e metabolico (Packer *et al.*, 1995).

Caratterizzato da un'elevata idro e liposolubilità, ALA attraversa la barriera ematoencefalica e funge da cofattore essenziale per complessi enzimatici chiave del ciclo di Krebs e della decarbossilazione ossidativa (come la piruvato deidrogenasi e la α -chetoglutarato deidrogenasi), sostenendo la produzione di ATP neuronale (Packer *et al.*, 1995; Shay *et al.*, 2009).

Un secondo pilastro dell'azione di ALA risiede nella capacità di attivare la via di segnalazione molecolare guidata dal fattore Nrf2 (*Nuclear Factor Erythroid 2-Related Factor 2*) (Shay *et al.*, 2009; Zhang *et al.*, 2007).

Una volta traslocato nel nucleo, Nrf2 si lega agli elementi di risposta antiossidante (ARE) presenti sul DNA, promuovendo la trascrizione dei geni bersaglio e stimolando così la sintesi *de novo* di enzimi quali superossido dismutasi e catalasi. Inoltre, ALA e la sua forma ridotta (acido diidrolipoico, DHLA) agiscono da "riciclatori molecolari", rigenerando altri antiossidanti come vitamina C, vitamina E e lo stesso GSH, operando in piena sinergia con NAC (Packer *et al.*, 1995; Shay *et al.*, 2009).

Sul piano neurobiologico, ALA si è dimostrato in grado di contrastare gli effetti neurolesivi di psicostimolanti quali metanfetamina e MDMA (3,4-metilenediossimetanfetamina). L'assunzione di anfetaminici provoca una degenerazione delle terminazioni monoaminergiche legata a ipertermia e stress ossidativo mitocondriale; nei modelli preclinici, la co-somministrazione di ALA previene i deficit di serotonina e dopamina nel corpo striato e nella corteccia (Aguirre *et al.*, 1999).

Questo spettro protettivo si estende anche ai disturbi da uso di alcol, dove ALA riduce lo stress ossidativo, la perossidazione lipidica e il danno al DNA indotti dall'etanolo a livello ippocampale (Shirpoor *et al.*, 2008).

4. NAC e ALA: il razionale di una complementarità biochimica nel percorso di recupero

L'ipotesi nutraceutica si propone non come alternativa ideologica alla farmacologia classica, ma come terapia integrativa di supporto metabolico e redox.

Ripristinare l'omeostasi cellulare e proteggere il tessuto neuronale attraverso la combinazione di acido alfa-lipoico e N-acetilcisteina poggia su una sinergia tripartita, basata su:

Rigenerazione continua di glutatione: NAC fornisce il substrato fondamentale (L-cisteina) per la sintesi di nuovo GSH, mentre ALA (nella forma ridotta DHLA) ricicla molecularmente il GSH ossidato riportandolo alla forma attiva. Ciò genera un circuito chiuso di protezione antiossidante bilanciata.

Protezione a doppio compartimento dell'omeostasi glutamatergica: mentre NAC corregge la disregolazione del glutammato a livello presinaptico ed extrasinaptico (attenuando il *craving* da *cue*), ALA protegge le strutture mitocondriali post-sinaptiche dai danni da sovrastimolazione dei recettori NMDA, garantendo l'ATP necessario alle pompe ioniche per ripristinare il potenziale di riposo (Tomko *et al.*, 2018).

Contrasto alla neuroinfiammazione e recupero della plasticità: la riduzione della neuroinfiammazione indotta da ALA e il ripristino della plasticità sinaptica promosso da NAC favoriscono il recupero strutturale delle spine dendritiche nelle proiezioni prefrontali. Questo approccio combinato contrasta direttamente l'impulsività e il deterioramento cognitivo.

In conclusione, la gestione del paziente con dipendenza cronica oltre la fase acuta richiede interventi mirati ai processi biologici profondi che sostengono il *craving* e la reattività allo stress.

Il razionale biochimico che unisce N-acetilcisteina e acido alfa-lipoico offre un approccio integrato promettente: la sta-

bilizzazione dei circuiti glutammatergici da un lato (grazie a NAC) e la salvaguardia della bioenergetica mitocondriale e della rete redox dall'altro (via ALA).

Tale combinazione si pone come un valido adiuvante nei programmi di riabilitazione neurocognitiva e di prevenzione delle ricadute.

Riferimenti bibliografici

- Aguirre N., Barrionuevo M., Ramírez M.J., Del Río J., & Lasheras B. (1999). Alpha-lipoic acid prevents 3,4-methylenedioxy-methamphetamine (MDMA)-induced neurotoxicity. *Neuroreport*, 10(17): 3675-80.
- Amen S.L. et al. (2011). Repeated N-acetyl cysteine reduces cocaine seeking in rodents and craving in cocaine-dependent humans. *Neuropsychopharmacology*, 36(4): 871-8.
- Aoyama K., Watabe M., & Nakaki T. (2008). Regulation of neuronal glutathione synthesis. *Journal of Pharmacological Sciences*, 108(3): 227-38.
- Arias-Carrión O. et al. (2026). Multisystem regulation of reward and addiction: beyond the dopaminergic system. *Frontiers in Pharmacology*, 17, 1840096.
- Cancela L.M., Mongi-Bragato B., Avalos M.P., & Bollati F.A. (2025). From stress to substance use disorders: The expanding role of microglia-astrocyte crosstalk in neuroimmune and glutamate alterations in the nucleus accumbens. *International Journal of Molecular Sciences*, 27(1): 385.
- Cheron J., & Kerchove d'Exaerde A. (2021). Drug addiction: from bench to bedside. *Translational Psychiatry*, 11(1): 424.
- Crews F.T., Lawrimore C.J., Walter T.J., & Coleman L.G. Jr. (2017). The role of neuroimmune signaling in alcoholism. *Neuropharmacology*, 122: 56-73.
- Cuocina M. et al. (2024). Effect of N-acetylcysteine on craving in substance use disorders (SUD): a meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Pharmacology*, 15, 1462612.
- da Silva M.C.M. et al. (2023). Role of microglia in psychostimulant addiction. *Current Neuropharmacology*, 21(2): 235-259.
- Deepmala et al. (2015). Clinical trials of N-acetylcysteine in psychiatry and neurology: a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 55: 294-321.
- Dixon S.J. et al. (2012). Ferroptosis: an iron-dependent form of nonapoptotic cell death. *Cell*, 149(5): 1060-72.
- Froeliger B. et al. (2015). The effects of N-Acetylcysteine on frontostriatal resting-state functional connectivity, withdrawal symptoms and smoking abstinence: A double-blind, placebo-controlled fMRI pilot study. *Drug Alcohol Depend*, 156: 234-242.
- Gipson C.D. et al. (2021). Interactions of neuroimmune signaling and glutamate plasticity in addiction. *Journal of Neuroinflammation*, 18(1): 56.
- Goldstein R.Z., & Volkow N.D. (2011). Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(11): 652-69.
- Grant J.E., Kim S.W., & Odlaug B.L. (2007). N-acetyl cysteine, a glutamate-modulating agent, in the treatment of pathological gambling: a pilot study. *Biological Psychiatry*, 62(6): 652-7.
- Guo M.L. et al. (2023). Microglia NLRP3 inflammasome and neuroimmune signaling in substance use disorders. *Biomolecules*, 13(6): 922.
- Heilig M., Egli M., Crabbe J.C., & Becker C. (2010). Acute withdrawal, protracted abstinence and negative affect in alcoholism: Are they linked?. *Addiction Biology*, 15(2): 169-84.
- Hofford R.S., Russo S.J., & Kiraly D.D. (2019). Neuroimmune mechanisms of psychostimulant and opioid use disorders. *The European Journal of Neuroscience*, 50(3): 2562-2573.
- Kalivas P.W. (2009). The glutamate homeostasis hypothesis of addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(8): 561-572.
- Koob G.F., & Schulkin J. (2019). Addiction and stress: An allostatic view. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 106: 245-262.
- LaRowe S.D. et al. (2007). Safety and tolerability of N-acetylcysteine in cocaine-dependent individuals. *Am J Addict*, 15(1): 105-110.
- LaRowe S.D. et al. (2013). A double-blind placebo-controlled trial of N-acetylcysteine in the treatment of cocaine dependence. *The American Journal on Addictions*, 22(5): 443-452.
- Minarini A. et al. (2017). N-acetylcysteine in the treatment of psychiatric disorders: current status and future prospects. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, 13(3): 279-292.
- Moussawi K. et al. (2009). N-Acetylcysteine reverses cocaine-induced metaplasticity. *Nature Neuroscience*, 12(10): 182-189.
- Murnane K. , Edinoff A.N., Cornett E.M., & Kaye A.D. (2023). Updated perspectives on the neurobiology of substance use disorders using neuroimaging. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 14: 99-111.
- Murray J.E., & Lacoste J. (2012). N-Acetylcysteine as a Treatment for Addiction. In: Belin D. (Ed.). *Addictions - From Pathophysiology to Treatment* (pp. 355-380). IntechOpen.
- Packer L., Witt E.H., & Tritschler H.J. (1995). Alpha-lipoic acid as a biological antioxidant. *Free Radical Biology and Medicine*, 19(2): 227-250.
- Ren J.X. et al. (2020). Ferroptosis in neurological diseases. *Frontiers in Cellular Neuroscience*, 14: 218.
- Schmaal L. et al. (2012). N-acetylcysteine normalizes glutamate levels in cocaine-dependent patients: a randomized crossover magnetic resonance spectroscopy study. *Neuropsychopharmacology*, 37(9): 2143-2152.
- Scofield M.D., & Kalivas P.W. (2014). Astrocytic dysfunction and addiction: consequences of impaired glutamate homeostasis. *Neurochemical Research*, 20(6): 610-622.
- Seco M.J. et al. (2026). Neuroprogression in substance use disorders: Integrating molecular mechanisms, brain circuitry, biomarkers, and implications for clinical staging and service design. *Int Rev Psychiatry*. 7: 1-14.
- Sekine Y. et al. (2008). Methamphetamine causes microglial activation in the brains of human abusers. *The Journal of Neuroscience*, 28(22): 5756-5761.
- Shay K.P. et al. (2009). Alpha-lipoic acid as a dietary supplement: Molecular mechanisms and therapeutic potential. *Biochimica et Biophysica Acta*, 1790(10): 1149-1160.
- Shirpoor et al. (2008). Alpha-lipoic acid decreases DNA damage and oxidative stress induced by alcohol in the developing hippocampus and cerebellum of rat. *Cell Physiol Biochem*, 22(5-6): 769-76.
- Tomko R.L. et al. (2018). N-acetylcysteine: A potential treatment for substance use disorders. *Current Psychiatry Reports*, 20(6), 42.
- Viola T. et al. (2023). Effects of substance use disorder on oxidative and antioxidative stress markers: A systematic review and meta-analysis. *Addiction Biology*, 28(1), e13254.
- Volkow N.D., Wise R.A., & Baler R. (2017). The dopamine motive system: implications for drug and food addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, 18(12): 741-752.
- Zhang W.J. et al. (2007). Alpha-lipoic acid attenuates LPS-induced inflammatory responses by activating the phosphoinositide 3-kinase/Akt signaling pathway. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(10): 4077-4082.

Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno XII, n. 49

MISSION n. 75

Board editoriale e Comitato scientifico: Giovanni Ad-dolorato, Roberta Agabio, Fabio Caputo, Giorgio Cerizza, Mauro Cibir, 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.

Il ruolo stabilizzante del Sodio Oxibato in una paziente con Disturbo da Uso di Alcol e vulnerabilità ansiosa: un case report

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

Introduzione

Il trattamento farmacologico del disturbo da uso di alcol richiede strategie personalizzate che tengano conto non solo del controllo dell’astinenza ma anche della prevenzione delle ricadute e della stabilizzazione del paziente nel medio-lungo periodo.

Nei soggetti con elevata vulnerabilità emotiva e storia di dipendenze multiple, il craving può riemergere in risposta a eventi stressanti pur in assenza di sindrome astinenziale conclamata.

In tali situazioni il *Sodio Oxibato* può rappresentare uno strumento terapeutico utile per sostenere la stabilità clinica.

Presentazione del caso

La paziente, di 49 anni, presentava una remota storia di dipendenza da eroina e cocaina per via endovenosa, trattata con successo alla fine degli anni Novanta mediante percorso comunitario, mantenendo successivamente una remissione stabile.

* ASST Bergamo-Est. S.C. Ser.D.

** Università di Bergamo.

*** ASST Bergamo-Est. S.C. Medicina.

Negli anni successivi aveva sviluppato una dipendenza funzionale da Alprazolam assunto cronicamente per disturbi ansiosi, affrontando un percorso di sospensione graduale supportato da terapia antidepressiva con Vortioxetina.

Nel 2019, in concomitanza con il progressivo deterioramento cognitivo della madre, della quale era caregiver principale, e con crescenti difficoltà familiari, compariva una ricaduta nell’uso di alcol con consumo quotidiano di birra ad alta gradazione e marcato craving, accompagnata da alterazioni della funzionalità epatica.

Alla presa in carico presso il Servizio veniva avviato un trattamento integrato comprendente *Sodio Oxibato* fino a 50 ml/die, Naltrexone, mantenimento della terapia antidepressiva e counselling medico periodico.

Evoluzione clinica

L’astinenza dall’alcol è stata ottenuta rapidamente già nelle prime settimane di trattamento con netto miglioramento degli indici metabolici ed epatici.

Nei mesi successivi la paziente ha riferito la presenza completa scomparsa del craving nella quoti-

dianità, con comparsa solo occasionale in situazioni conviviali, riuscendo tuttavia a mantenere il controllo comportamentale.

Elemento particolarmente significativo è rappresentato dalla persistenza di numerosi fattori di rischio per ricaduta: assistenza continuativa alla madre affetta da demenza, difficoltà relazionali con il coniuge, problematiche psicologiche delle figlie, elevato senso di responsabilità e cronica tendenza alla trascuratezza dei propri bisogni.

Quando si è tentato di ridurre progressivamente il dosaggio di Sodio Oxibato, il riemergere di craving e vulnerabilità emotiva ha suggerito il ripristino del trattamento di mantenimento.

Tale scelta ha consentito un nuovo equilibrio clinico, con sostanziale mantenimento dell'astinenza e soltanto sporadici episodi di "slip", rapidamente riconosciuti dalla paziente e non evoluti in ricadute persistenti.

Anche durante il periodo pandemico e nei mesi successivi, caratterizzati da ulteriore incremento del carico assistenziale e dello stress familiare, la prosecuzione della terapia con Sodio Oxibato si è associata al mantenimento di un buon funzionamento globale, della continuità lavorativa e di una soddisfacente adesione terapeutica.

Discussione

Questo caso evidenzia come il beneficio del Sodio Oxibato possa andare oltre il semplice trattamento dell'astinenza acuta o del craving immediato.

Nella paziente descritta il farmaco sembra aver esercitato una funzione di "stabilizzatore clinico", contribuendo a ridurre la vulnerabilità alle ricadute in presenza di persistenti stressor ambientali e di una storia personale caratterizzata da poli-addiction e disturbi d'ansia.

L'osservazione appare particolarmente interessante perché il mantenimento del trattamento è stato guidato non dalla persistenza del consumo di alcol, bensì dalla riemersione del craving e della fragilità emotiva durante i tentativi di sospensione.

La ripresa del Sodio Oxibato ha coinciso con il recupero di un equilibrio funzionale, consentendo al-

la paziente di affrontare situazioni altamente destabilizzanti senza evoluzione verso una ricaduta stabile. Il caso suggerisce quindi che, in pazienti accuratamente selezionati e seguiti all'interno di un contesto specialistico multidisciplinare, il Sodio Oxibato possa assumere un ruolo di mantenimento e protezione clinica, fungendo da presidio farmacologico contro la perdita di controllo indotta dagli eventi stressanti.

Conclusioni

L'esperienza descritta sottolinea come il Sodio Oxibato possa rappresentare non soltanto un farmaco anti-craving, ma anche uno strumento di stabilizzazione a lungo termine in pazienti con disturbo da uso di alcol caratterizzati da elevata vulnerabilità psicopatologica e importanti fattori di rischio psicosociali.

Nel caso descritto la decisione clinica di proseguire il trattamento non è stata determinata dalla persistenza del consumo di alcol ma dalla ricomparsa di craving, instabilità emotiva e aumentato rischio di ricaduta durante i tentativi di riduzione del farmaco.

Tale approccio, orientato alla vulnerabilità piuttosto che al sintomo di consumo, è scarsamente descritto nella letteratura disponibile.

Sebbene il Sodio Oxibato sia ampiamente studiato come farmaco anti-craving nel disturbo da uso di alcol, il presente caso suggerisce un possibile ulteriore ruolo come trattamento di mantenimento orientato alla stabilizzazione clinica.

In questa paziente il beneficio non si è limitato alla prevenzione della ricaduta alcolica, ma ha riguardato il mantenimento dell'equilibrio emotivo e funzionale in presenza di persistenti stressor psicosociali.

La ricomparsa del craving durante i tentativi di sospensione e la sua successiva remissione dopo il ripristino della terapia suggeriscono che il Sodio Oxibato possa contribuire a modulare una vulnerabilità persistente alla ricaduta invece che agire esclusivamente sul comportamento di consumo.

Case Report. Dal trauma infantile al craving transdiagnostico: trattamento con Sodio Oxibato in una paziente con Disturbo della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) e Disturbo da uso di alcol (DUA)

*M. Campana**, *D. Acerbis**, *M. Colombi***, *G. Ferrara****, *N. Ghidelli*****, *F. Gotti****, *P. Milanese**, *C. Pellicoli****, *E. Pendezza****, *A. Zamarian**, *V. Zana****

Introduzione

Negli ultimi anni numerosi studi hanno evidenziato come DUA ed i DNA condividano importanti meccanismi neurobiologici.

In particolare risultano comuni: iperattivazione del circuito mesolimbico della ricompensa; alterazione della trasmissione dopaminergica; deficit dei meccanismi di controllo inibitorio; elevata impulsività; craving persistente; difficoltà nella regolazione delle emozioni.

Tali caratteristiche hanno portato alcuni Autori a proporre il concetto di craving transdiagnostico, secondo il quale il comportamento compulsivo può modificare il proprio oggetto (cibo, alcol, sostanze) mantenendo inalterati i meccanismi psicopatologici sottostanti.

Il Sodio Oxibato rappresenta una terapia consolidata nel DUA, mentre le evidenze nel trattamento dei DNA sono estremamente limitate e si basano quasi esclusivamente su piccoli studi pilota.

Presentazione del caso

La paziente, donna di 25 anni, giunge all'osservazione del Ser.D. per progressivo incremento del consumo di superalcolici.

L'anamnesi psicopatologica risulta particolarmente significativa.

* ASST Bergamo-Est. S.C. Ser.D.

** Università di Bergamo.

*** ASST Bergamo-Est. S.S. DCA.

**** ASST Bergamo-Est. S.C. Medicina.

All'età di circa 15 anni sviluppa un'anoressia nervosa insorta dopo episodi di abuso sessuale da parte di adulti di riferimento.

La restrizione alimentare si risolve spontaneamente nel giro di alcuni mesi ma evolve successivamente verso un disturbo caratterizzato da binge eating con vomito autoindotto, trattato negli anni mediante percorsi nutrizionali e psicoterapeutici senza ottenere una completa remissione. Parallelamente compaiono i primi comportamenti di addiction.

Durante l'adolescenza utilizza cannabinoidi per circa un anno, con modalità caratterizzate da intenso craving ma successiva remissione spontanea.

Negli anni successivi il consumo di alcol evolve progressivamente da rituale serale ad utilizzo funzionale, impiegato inizialmente per favorire il rilassamento e successivamente per ridurre la fatica associata all'attività sportiva intensa con connotazioni compensative, fino a diventare pluriquotidiano. Alla presa in carico emerge quindi una doppia vulnerabilità: Disturbo della Nutrizione e dell'Alimentazione e Disturbo da Uso di Alcol.

La paziente viene inserita in un percorso integrato comprendente: psicoterapia individuale, trattamento dietistico/nutrizionale, monitoraggio medico, Sodio Oxibato (30 ml/die) e successiva associazione con Naltrexone.

Evoluzione clinica

L'aspetto più interessante del caso riguarda l'evoluzione contemporanea dei due disturbi.

Nei mesi successivi all'introduzione del Sodio Oxibato si osserva una progressiva stabilizzazione del comportamento alimentare.

La paziente riferisce di riuscire ad assecondare i segnali fisiologici di fame, riducendo progressivamente il controllo ossessivo sull'alimentazione.

Le abbuffate risultano sostanzialmente scomparse e l'incremento ponderale viene accettato senza particolare sofferenza psicologica.

Parallelamente migliora il quadro psicopatologico.

Le sedute psicoterapeutiche documentano: maggiore regolazione emotiva, riduzione del pensiero dicotomico, migliore gestione della relazione di coppia, progettualità verso una gravidanza, recupero della sessualità e migliore tolleranza dell'incertezza.

Anche il rapporto con l'alcol appare profondamente modificato.

La paziente riferisce il mantenimento esclusivamente di modesti consumi conviviali (circa 250 g di birra tre volte alla settimana), senza perdita di controllo né binge drinking.

Contestualmente scompaiono le abbuffate.

L'intervento dietistico-nutrizionale documenta infatti una progressiva normalizzazione del comportamento alimentare, con recupero del ciclo mestruale, accettazione del peso corporeo e riduzione dell'ansia legata al cibo.

Discussione

Il presente caso presenta diversi elementi di interesse.

In primo luogo documenta una traiettoria psicopatologica coerente con i moderni modelli dimensionali delle addiction.

L'evento traumatico infantile sembra costituire il fattore predisponente comune allo sviluppo di differenti modalità di regolazione emotiva patologica.

Nel tempo il comportamento compulsivo modifica ripetutamente il proprio oggetto: restrizione alimentare, binge eating, vomito autoindotto, attività fisica compulsiva, consumo di alcol.

Questa evoluzione appare coerente con il concetto di craving transdiagnostico, secondo il quale differenti comportamenti compulsivi condividono una medesima vulnerabilità neurobiologica.

Il secondo elemento di interesse riguarda il possibile ruolo del Sodio Oxibato.

Pur essendo stato prescritto per il trattamento del DUA, il miglioramento clinico osservato interessa

contemporaneamente: craving alcolico, comportamento alimentare, regolazione emotiva, impulsività, funzionamento relazionale.

Tale osservazione richiama i limitati dati disponibili nella letteratura sul possibile impiego del Sodio Oxibato nel binge eating disorder, nei quali è stata descritta una riduzione sia delle abbuffate sia del craving alimentare.

Naturalmente non è possibile attribuire tale miglioramento esclusivamente al farmaco. Il caso evidenzia infatti l'importanza dell'approccio multidisciplinare.

L'integrazione tra medico, psicoterapeuta, dietista e infermiere ha probabilmente rappresentato il principale fattore terapeutico, consentendo di intervenire contemporaneamente sui sintomi alimentari, sull'uso di alcol e sulle problematiche psicopatologiche sottostanti.

Il nostro caso non dimostra, e non vuole dimostrare, l'efficacia del Sodio Oxibato nei DUA, ma documenta un'esperienza clinica in una paziente con DUA, DNA e trauma evolutivo, suggerendo l'ipotesi che il farmaco possa contribuire a modulare un craving transdiagnostico all'interno di un percorso multidisciplinare.

Riferimenti bibliografici essenziali

McElroy S.L., Guerdjikova A.I., Winstanley E.L. *et al.* (2011). Sodium oxybate in the treatment of binge eating disorder: an open-label, prospective study. *Int J Eat Disord.*, 44: 262-268.

McElroy S.L., Guerdjikova A.I., Mori N. *et al.* (2012). Pharmacological management of binge eating disorder: current and emerging treatment options. *Ther Clin Risk Manag.*, 8: 219-241.

Hilbert A. *et al.* (2020). Meta-analysis on the long-term effectiveness of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *Int J Eat Disord.*

McElroy S.L., Guerdjikova A.I., Mori N., & Keck P.E. (2015). Overview of the treatment of binge eating disorder. *CNS Spectrums.*

Amianto F., Fassino S. *et al.* *Binge-eating disorder diagnosis and treatment: a recap in front of DSM-5.*

McElroy S.L., Guerdjikova A.I. *et al.* *Pharmacological Treatment of Binge Eating Disorder: Update Review and Synthesis.*

Il disturbo da uso di alcol e il microbiota batterico intestinale: verso un possibile approccio integrato e personalizzato di prevenzione e cura. Una revisione della letteratura

N. Capretti*, R. Gennari*, A. Ferrara*, S. Terracina**, G. Greco***, A. Mastrostefano****

Il Disturbo da Uso di Alcol costituisce un burden in Sanità Pubblica.

I pathway neurobiologici multifattoriali includono il microbiota intestinale.

Gli studi scientifici distinguono batteri “protettivi”, “predisponenti” e “ambivalenti”.

L'analisi della biodiversità consente un approccio integrato per indirizzare stili di vita e trattamenti.

Introduzione

Il Disturbo da Uso di Alcol (DUA), il più diffuso tra tutti i disturbi da uso di sostanze, comporta una compromissione per l'individuo e costituisce un burden sociale ed economico per la Sanità Pubblica. Il percorso clinico-assistenziale prevede una presa in carico con valutazioni specialistiche, trattamenti farmacologici, psicoterapia e assistenza socio-sanitaria.

Considerata la complessità e la multifattorialità del DUA, è necessario comprendere i pathway neurobiologici coinvolti, inclusa l'interazione tra il sistema nervoso enterico e il sistema nervoso centrale.

Condizioni di squilibrio o alterazione del microbiota intestinale contribuiscono alla neuroinfiammazione.

In particolare il microbiota e le sue possibili alterazioni influenzano l'eziopatogenesi di numerose alterazioni dello stato di salute, tra le quali il DUA.

Lo studio si propone l'obiettivo di mappare e descrivere le caratteristiche delle evidenze scientifiche presenti in letteratura sul ruolo del microbiota batterico nel DUA, evidenziando i principali aspetti dal punto di vista microbiologico.

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

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

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

**** Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, ASST Ovest Milanese, Milano.

Materiali e metodi

La mappatura delle evidenze scientifiche è stata effettuata attraverso una ricerca degli studi della letteratura tramite una stringa di ricerca, costituita da keyword interconnesse, consultando 3 database:

- MEDLINE (via PubMed);
- CINAHL Complete (via EBSCOhost);
- APA PsycInfo (via EBSCOhost).

Gli studi sono stati individuati e selezionati secondo il metodo PRISMA-ScR in base alla tipologia (studi primari), alla lingua (inglese) e alla disponibilità di full text.

I criteri di eleggibilità sono stati i seguenti:

- popolazione umana affetta da DUA con età maggiore di 18 anni;
- presenza di esami di laboratorio per l'analisi del microbiota;
- l'associazione tra microbiota, inteso come fattore protettivo o predisponente nel DUA.

Dopo la lettura dei full text, è stata completata l'inclusione degli studi.

L'intero processo è stato illustrato nel diagramma di flusso (Figura 1).

Successivamente sono state eseguite l'estrazione, la raccolta e la sintesi dei dati in apposite tabelle, individuando le caratteristiche degli studi, le caratteristiche della popolazione e tracciando una classificazione tassonomica relativa al microbiota batterico.

Risultati

La ricerca bibliografica ha prodotto inizialmente 585 contributi scientifici, pubblicati fino a maggio 2025.

Sono stati eliminati 85 duplicati; il processo di selezione e inclusione ha condotto a 9 studi (Figura 1).

Gli studi selezionati sono stati pubblicati dal 2021 al 2025.

L'attività scientifica è rilevante in Europa (Belgio, Finlandia, Francia e Irlanda) e negli USA, seguiti da Cina e Corea del Sud.

La maggior parte degli studi è di tipo osservazionale e in particolare si distinguono 4 studi multicentrici.

In 2 studi la popolazione osservata è di solo sesso maschile, mentre nei restanti 7 studi entrambi i sessi sono rappresentati.

In quasi tutti gli studi la popolazione risulta essere anche affetta da comorbidità psichiatriche.

Una prima classificazione tassonomica dei batteri rilevati con le metodiche di analisi nei 9 studi ha condotto all'individuazione di 22 famiglie, raggruppabili in 10 classi.

Analizzando gli studi è stato possibile individuare un gruppo di famiglie "protettive", che in ordine di frequenza sono: Bifidobacteriaceae, Lactobacillaceae, Rikenellaceae, Oscillospiraceae.

È emerso anche un gruppo di famiglie "predisponenti" per lo sviluppo del DUA, tra le quali risultano più rappresentate: Veillonellaceae, Tannerellaceae, Yersiniaceae e Enterobacteriaceae.

Tuttavia alcune famiglie, come le Lachnospiraceae e le Clostridiaceae, includono generi sia protettivi che predisponenti.

Conclusioni

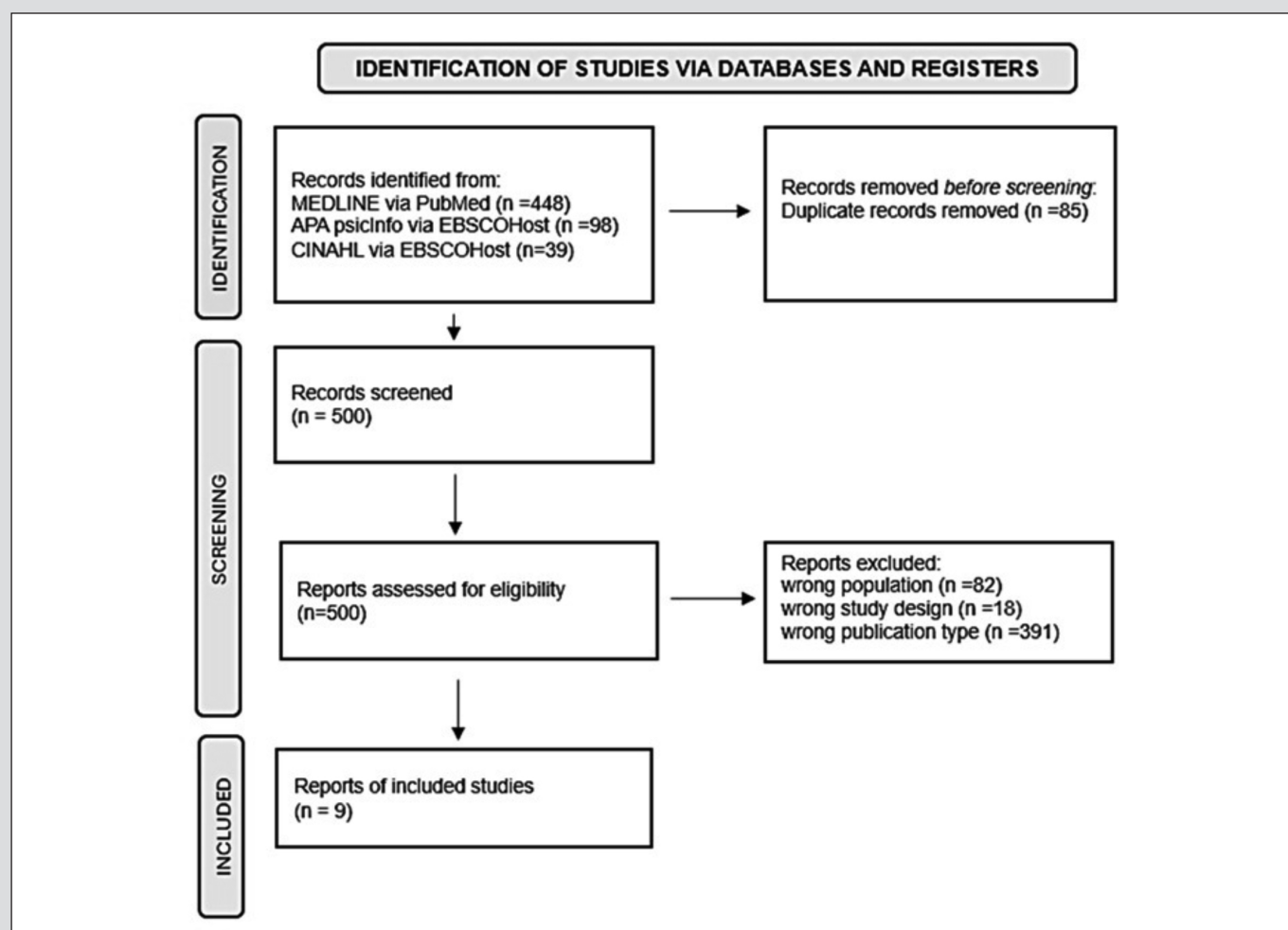
Da una prima interpretazione dei risultati emerge come differenti composizioni del microbiota intestinale siano associate diversamente al DUA.

Si distinguono batteri "protettivi", "predisponenti" e in alcuni casi "ambivalenti".

Considerata la ridotta numerosità degli studi, è necessario considerare l'avvio di ulteriori studi clinici, più ampi e a lungo termine, per comprendere meglio le possibili correlazioni, effettuando ulteriori approfondimenti microbiologici e neuro-farmacologici.

In una logica di prevenzione e di cura, la biodiversità del microbiota può essere analizzata per facilitare un approccio integrato alla persona con DUA, indirizzando cambiamenti di stili di vita e combinando trattamenti personalizzati, al fine di favorire o ripristinare l'equilibrio del microbiota batterico.

Fig. 1 - Flow Chart del processo di selezione degli studi



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



“Rassegna Clinica del Tabagismo”

Anno I, n. 3

MISSION n. 75

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

Citisina nei tabagisti over 65: efficacia e sicurezza nella pratica clinica®

Marco Riglietta*, Linda Daffini**, Fabrizio Cheli**

Riassunto

■ **Introduzione.** La citisina è un agonista parziale dei recettori nicotinici impiegato nella terapia del tabagismo. Obiettivo dello studio è stato valutare efficacia e sicurezza della citisina nei fumatori di età superiore ai 65 anni nella pratica clinica reale.

Materiali e metodi. Studio osservazionale retrospettivo monocentrico condotto presso il Ser.D. di Bergamo. Sono stati analizzati i pazienti ≥65 anni valutati per tabagismo tra gennaio 2022 e dicembre 2024. Degli 104 soggetti inclusi, 85 hanno ricevuto citisina secondo protocollo standard. Sono stati raccolti dati demografici, clinici e farmacologici, valutando comorbidità, politerapia, eventi avversi (AEs) ed esiti terapeutici.

Risultati. L'età media era $69,3 \pm 3,7$ anni; il 90,6% presentava almeno una comorbidità e il 52,9% polimorbidità. Al termine del follow-up, il 40,0% dei pazienti aveva raggiunto la remissione completa del disturbo da uso di tabacco. Gli AEs sono comparsi in 7 pazienti (8,2%), esclusivamente lievi e prevalentemente gastroenterici, cardiovascolari o neurologici; non sono stati registrati eventi avversi gravi. Né la presenza né il numero di comorbidità sono risultati associati all'esito terapeutico o alla comparsa di AEs.

Conclusioni. La citisina si è dimostrata efficace e ben tollerata nei fumatori over 65, anche in presenza di elevato carico di comorbidità e politerapia. I dati supportano il suo impiego nella popolazione geriatrica, confermandone il favorevole profilo di efficacia e sicurezza. ■

Parole chiave: Citisina, Fumatori anziani, Eventi avversi, Comorbidità, Politerapia, Cessazione del fumo.

Summary

Cytisine in smoker over 65: Efficacy and safety in clinical practice

■ **Introduction.** Cytisine is a partial nicotinic receptor agonist used in the treatment of smoking cessation. The aim of the study was to evaluate the efficacy and safety of cytosine in smokers over 65 years of age in real-world clinical practice.

Materials and methods. A single-center, retrospective observational study conducted at the Bergamo Ser.D. Patients ≥65 years of age evaluated for smoking between January 2022 and December 2024 were analyzed. Of the 104 subjects included, 85 received cytosine according to a standard protocol. Demographic, clinical, and pharmacological data were collected, assessing comorbidities, polypharmacy, adverse events (AEs), and therapeutic outcomes.

Results. The mean age was 69.3 ± 3.7 years; 90.6% had at least one comorbidity and 52.9% had polymorbidity. At the end of follow-up, 40.0% of patients had achieved complete remission of tobacco use disorder. AEs occurred in 7 patients (8.2%), all of which were mild and predominantly gastrointestinal, cardiovascular, or neurological; no serious adverse events were recorded. Neither the presence nor the number of comorbidities were associated with therapeutic outcome or the onset of AEs.

Conclusions. Cytisine has proven effective and well-tolerated in smokers over 65, even in the presence of a high comorbidity burden and polypharmacy. The data support its use in the geriatric population, confirming its favorable efficacy and safety profile. ■

Keywords: Cytisine, Elderly Smokers, Adverse Events, Comorbidity, Polypharmacy, Smoking cessation.

Articolo sottomesso: 06/08/2026, **accettato:** 04/09/2026

® Articolo sottoposto a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) seguendo gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali.

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

** Dirigente medico Ser.D. Bergamo, SC Dipendenze, ASST Papa Giovanni XXIII.

Introduzione

Il disturbo da uso di tabacco (tabagismo) è riconosciuto come una patologia cronica, complessa e multifattoriale, la cui eziologia è radicata in un intreccio dinamico di fattori neurobiologici – come le alterazioni dei circuiti dopaminergici della ricompensa – componenti psicologiche, tra cui vulnerabilità individuali e meccanismi di coping disfunzionali, e variabili ambientali, quali esposizione sociale, accessibilità al prodotto e norme culturali. La citisina, un alcaloide vegetale estratto dal *Cytisus laburnum*, agisce come agonista parziale dei recettori nicotinici dell'acetilcolina, fornendo una doppia azione di riduzione del desiderio e blocco della gratificazione legata al fumo.

Le evidenze sull'impiego della citisina nei soggetti di età ≥ 65 anni rimangono ancora limitate, poiché i trial clinici hanno escluso questa fascia di età. Sebbene studi osservazionali recenti suggeriscano un buon profilo di tollerabilità ed efficacia anche in popolazioni geriatriche con elevato carico di comorbidità, sono necessari studi specificamente disegnati per questa popolazione specifica.

Il **profilo di sicurezza** della citisina è considerato buono, con la maggior parte degli AEs riportati di gravità lieve o moderata, di tipo prevalentemente gastrointestinale e neuropsichici (Puljević, 2024). Diversi studi e meta-analisi hanno evidenziato come il rischio relativo di reazioni avverse (inclusi nausea, vomito, dispepsia, dolore addominale superiore e secchezza delle fauci) rispetto al placebo non sia significativo. Per quanto riguarda l'incidenza di eventi avversi gravi (SAE), in uno studio sono riportati cinque decessi e due ricoveri, che si sono verificati in partecipanti che ricevevano sia citisina che placebo. Tuttavia, nessuno di questi SAE è stato valutato come correlato alla citisina (West, 2011).

In sintesi, le reazioni avverse più comuni includono: disturbi gastrointestinali (nausea, vomito, dispepsia, dolore addominale superiore), secchezza delle fauci. Vengono comunemente osservati anche effetti neurologici come mal di testa e insonnia. Altri AEs meno frequenti e comunque di gravità lieve includono: mal di gola, stipsi, rinorrea, intorpidimento della lingua (Mitchell, 1951).

Anche per la citisina gli eventi avversi sono classificati secondo le definizioni standard internazionali di severity (gravità clinica). Gli eventi avversi sono quindi suddivisi in lievi, moderati e gravi. Le definizioni più comunemente utilizzate derivano dalle linee guida ICH-GCP e dal sistema CTCAE.

Per quanto riguarda il **profilo di sicurezza in popolazioni “fragili”**, in letteratura sono disponibili pochi lavori dedicati. I lavori di Tedesco *et al.* (2025) e di Prochaska *et al.* (2025), hanno evidenziato, rispettivamente, come la citisina mantenga un buon profilo di efficacia e tollerabilità, sia in una popolazione di pazienti con comorbidità cardiovascolare, che in una popolazione di pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva (COPD). Tali lavori in particolare non hanno evidenziato alcun evento avverso grave occorso in tali popolazioni a seguito dell'introduzione di citisina, conservando un'efficacia non inferiore rispetto al resto della popolazione.

Caratteristiche della popolazione in studio

Lo studio è stato condotto presso gli ambulatori del Servizio per le Dipendenze di Bergamo (Ser.D.). Si tratta di uno studio osservazionale, retrospettivo e monocentrico. Abbiamo analiz-

zato i dati relativi ai pazienti over 65 che si sono sottoposti, per la prima volta, ad una valutazione presso il nostro Servizio per “tabagismo” nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2022 e il 31 dicembre 2024. L'analisi dei dati è stata realizzata sui dati disponibili al giugno 2026.

Sui dati a nostra disposizione è stata svolta un'analisi statistica con la finalità principale di valutare efficacia e sicurezza della terapia con citisina nella popolazione di pazienti sopra descritta. Abbiamo inoltre cercato di stabilire se la complessità clinica, in termini di polimorbidità e politerapia, potesse correlare con l'esito della terapia stessa.

Nel periodo in esame, le prime visite effettuate in questa categoria di pazienti over 65, sono risultate essere un totale di 104.

Dato l'obiettivo di analizzare sicurezza ed efficacia della terapia con citisina, ci siamo concentrati sulla sotto-popolazione a cui è stata prescritta terapia con citisina, costituita da un totale di **85 pazienti**. Dei restanti 19 pazienti: 4 hanno ricevuto una terapia con sostituti della nicotina, 1 con bupropione, e 14 nessuna terapia farmacologica specifica.

La terapia con citisina è stata prescritta secondo protocollo standard, con o senza periodo di induzione.

La popolazione che ha ricevuto citisina (85 pazienti in esame), da un punto di vista demografico presenta un'età media di 69,27 anni ($\pm 3,66$ deviazione standard, DS) anni, con un'età minima di 65 anni e massima di 84 anni.

La distribuzione per sesso è risultata equilibrata, evidenziando solo una lieve prevalenza del sesso femminile, con 44 pazienti di sesso femminile e 41 maschile, corrispondenti ad una percentuale del 51,76% di donne e del 48,23% di uomini.

Materiali e metodi

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

Tutti i dati sono stati raccolti ed elaborati utilizzando il software statistico (Microsoft Excel 2016 e tramite software disponibile on line, *socscistatistics.com*). Le variabili quantitative sono state descritte mediante la media ($\pm$ deviazione standard, DS), mentre le variabili qualitative sono state presentate come frequenze assolute e percentuali.

Per l'analisi delle variabili categoriche, è stato utilizzato il test del Chi quadrato (χ^2). Quando una o più celle della tabella di contingenza presentavano un valore atteso inferiore a 5, è stato applicato il test esatto di Fisher. Per confrontare il numero di comorbidità tra il gruppo di pazienti con esito positivo e esito negativo/abbandono, è stato usato il test U di Mann-Whitney per campioni indipendenti. Per valutare la presenza di correlazione statistica tra la variabile numero di comorbidità e la variabile numero di trattamenti farmacologici è stato usato il test di correlazione tramite calcolo del Coefficiente di correlazione per ranghi di Spearman (ρ o ρ ho).

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

Risultati

Al momento dell'analisi dei dati, tutti i pazienti avevano terminato il percorso presso il Servizio.

Il tasso di abbandono del percorso di cura, prima del suo completamento è stato del 37,64% (32 pazienti), con un tasso di completamento della terapia, inteso come il raggiungimento della durata prescritta del trattamento e del follow-up, del 62,35% (53 pazienti).

Dei 53 pazienti che hanno concluso il percorso terapeutico, la durata del follow-up medio è stata di 221,41 giorni (durata minima 32 giorni, massima 571 giorni).

Dei pazienti che hanno proseguito in follow-up, il tasso di abbandono entro 3 mesi è stato del 16,98% (9 pz su 53 ancora in follow-up); del 20,45% a 6 mesi (9 pz su 44 in follow-up) e 5,71% (2 pz su 35 in follow-up).

La *presenza di comorbidità* è stata verificata tramite raccolta anamnestica alla prima visita e stratificata in 6 categorie: cardiovascolari, neurologiche, pneumologiche, metaboliche, oncologiche, psichiatriche.

77 pazienti presentavano almeno una patologia cronica, pari al 90,58 % e 45 pazienti 2 o più patologie croniche (pazienti definiti affetti da polimorbidità), pari al 52,94%.

Nello specifico la prevalenza delle singole classi di patologie nella popolazione in esame è la seguente:

- cardiovascolari: 52 pazienti, pari al 61,17% del totale della popolazione esaminata;
- neurologiche: 2 pazienti, pari al 2,35%;
- pneumologiche: 33 pazienti, pari al 38,82%;
- metaboliche: 21 pazienti, pari al 24,70%;
- oncologiche: 15 pazienti, pari al 17,64%;
- psichiatriche: 17 pazienti, pari al 20,00%.

È stata inoltre raccolta l'anamnesi farmacologica, in particolare relativa ai trattamenti farmacologici continuativi, attinenti alle stesse categorie di cui sopra. Nella nostra popolazione 74 pazienti erano in terapia con almeno una terapia cronica (87,05%). 38 pazienti presentavano invece due o più terapie farmacologiche croniche (44,70%). Nello specifico le terapie erano così suddivise, in base all'ambito specialistico di appartenenza:

- cardiovascolare: 53 pazienti, pari al 62,35%;
- neurologico: 2 pazienti, pari al 2,35%;
- pneumologico: 30 pazienti, pari al 35,29%;
- metabolico: 21 pazienti, pari al 24,70%;
- oncologico (terapie attive): 5 pazienti, pari al 5,88%;
- psichiatrico: 15 pazienti, pari al 17,64%.

È stato preliminarmente eseguito un test di correlazione statistica tra la variabile numero di comorbidità e la variabile numero di trattamenti farmacologici, tramite calcolo del Coefficiente di correlazione per ranghi di Spearman (ρ o ρ_h).

Il test è risultato statisticamente significativo, dimostrando una *correlazione molto forte* tra le due variabili ($\rho = 0,906$). $r_s(83) = 0,91$, $p < .001$.

Come atteso, l'analisi di correlazione di Spearman ha mostrato una forte e significativa associazione positiva tra il numero di comorbidità e il numero di terapie assunte dal paziente. Questo dato ci permette di poter ragionevolmente estendere i risultati che abbiamo ottenuto relativamente alla presenza/assenza di comorbidità anche alla presenza/assenza di politerapia cronica.

Per quanto riguarda l'esito della terapia con citisina, al termine del follow-up, lo stato di remissione clinica, (DUT in remissione precoce/protratta secondo DSM) è stato osservato in 34 pazienti, pari al 40,00% della coorte.

54 pazienti degli 85 a cui è stata prescritta citisina hanno concluso il ciclo terapeutico (63,52%).

Dei 31 pazienti che non hanno completato la terapia:

- 21 pazienti sono stati persi al follow-up dopo la prima visita, pertanto non è noto se abbiano mai iniziato/concluso la terapia;

- 7 pazienti hanno abbandonato il percorso nei mesi successivi, senza avere raggiunto l'astensione dal fumo;
- 3 pazienti non hanno completato la terapia per la comparsa di eventi avversi (AEs).

Gli *effetti avversi connessi all'utilizzo della citisina (AEs)* si sono manifestati in un totale di 7 pazienti (8,23%). Tutti gli effetti collaterali segnalati sono di tipo lieve. In 3 pazienti hanno comportato l'interruzione del trattamento; gli altri pazienti hanno proseguito la terapia. Non sono stati registrati effetti avversi gravi.

Si riportano gli effetti avversi registrati dai pazienti, suddivisi per categorie.

- gastrointestinale: in 5 pazienti (nausea 5 pazienti, stipsi 1 paziente, diarrea 1 paziente);
- cardiovascolare: in 4 pazienti (cardiopalmi 3 pazienti, rialzo pressorio transitorio 1 paziente);
- neurologico: in 3 pazienti (cefalea 1 paziente, insonnia 1 paziente, sonnolenza 1 paziente);
- altri: 1 paziente ha riportato bruciore oculare.

È stata analizzata la presenza di correlazione tra presenza/assenza di comorbidità ed esito (remissione DUT/non remissione) della terapia con citisina, tramite Analisi univariata, test Chi-quadrato di Pearson.

Il test ha dato esito di non significatività statistica, $\alpha = 0,05$. ($X^2 = 1,8685$ $p = 0,172$).

Nel campione esaminato *non esiste pertanto associazione statisticamente significativa tra la presenza di comorbidità e l'esito della terapia con citisina*.

Abbiamo poi effettuato un'analisi della presenza di correlazione tra numero di comorbidità ed esito terapia (positivo: remissione DUT/negativo: non remissione o abbandono), tramite Test di Mann-Whitney, U-test.

- Il test ha dato esito di non significatività statistica, $U = 800,00$ ($p = 0,263$).

Il numero delle comorbidità non influenza quindi l'esito della terapia con citisina nel campione esaminato.

- Se si escludono dai risultati indicati come "esito negativo" i pazienti che hanno abbandonato il percorso, il test rimane invariato, non raggiungendo comunque la significatività statistica ($U = 327,00$ $p = 0,203$).

L'associazione tra le singole tipologie di comorbidità e l'esito della terapia (positivo/negativo-abbandono), è stata valutata tramite test del Chi-quadrato di Pearson (X^2 o tramite il test esatto di Fisher (per frequenza attese inferiori a 5).

- Associazione tra patologie cardiovascolari ed esito terapia con citisina: non è stata ottenuta la significatività statistica: $X^2 = 0,0515$ $p = 0,820$.
- Associazione tra patologie metaboliche ed esito terapia con citisina: è stata ottenuta significatività statistica, $X^2 = 5,4390$ $p = 0,020$. Eseguito anche test di Fisher, anch'esso ha restituito una significatività statistica, $p = 0,025$.
- Associazione tra patologie pneumologiche ed esito terapia con citisina: non è stata ottenuta la significatività statistica: $X^2 = 1,9013$ $p = 0,168$.
- Associazione tra patologie psichiatriche ed esito terapia con citisina: non è stata ottenuta la significatività statistica: $X^2 = 3,5148$ $p = 0,061$ (non significativo neanche con Fisher).
- Associazione tra patologie oncologiche ed esito terapia con citisina: non è stata ottenuta la significatività statistica: $X^2 = 0,0125$ $p = 0,911$ (non significativo neanche con Fisher).
- Associazione tra patologie neurologiche ed esito terapia con citisina: test non eseguito a causa della numerosità troppo bassa; solo 2 pazienti con comorbidità neurologica.

Si sottolinea l'assenza di una significatività statistica nell'esito della terapia in relazione alla tipologia di comorbidità, in particolare la **presenza di comorbidità psichiatrica non inficia l'esito positivo della terapia**.

Vi è invece una **correlazione positiva fra patologia metabolica e successo della terapia con citisina** sebbene al momento sia impossibile esprimere un'ipotesi eziopatogenetica. Questa associazione deve essere interpretata con cautela e confermata in studi prospettici di maggiori dimensioni.

Abbiamo poi valutato l'esistenza di **associazione tra insorgenza di effetti collaterali e la presenza di comorbidità**. Data la bassa numerosità dei pazienti che hanno avuto AEs (7 in totale), non abbiamo effettuato, in quanto statisticamente privo di significato, il confronto tra le singole tipologie di comorbidità e la comparsa di AEs. Abbiamo invece valutato la correlazione tra presenza/assenza di comorbidità e comparsa di AEs, in quanto indagine statisticamente più solida. Tale associazione è stata valutata tramite Test esatto di Fisher (in quanto frequenza attese inferiori a 5).

Il test di Fisher è risultato statisticamente non significativo, $p = 1,000$.

Per quanto la numerosità del campione, ed in particolare delle frequenze degli AEs sia bassa, la **non significatività statistica di tale dato rafforza l'ipotesi che la citisina sia un farmaco sicuro e ben tollerato anche nel paziente con patologie croniche**.

Anche se la bassa numerosità degli AEs rende l'analisi poco forte a livello statistico, in via orientativa, abbiamo inoltre provato a valutare la presenza di **associazione tra il numero di patologie presenti e la comparsa o meno di AEs in corso di terapia con citisina**. È stato a tale scopo usato il Test non parametrico di Mann-Whitney, U-Test.

Il test è risultato statisticamente non significativo. $U = 183,50$, $p = 0,284$

Tale esito rafforza ulteriormente l'ipotesi di **assenza di correlazione tra la presenza di diverse aree di fragilità del paziente (e correlate politerapie), e comparsa di eventi avversi**.

Conclusioni

In questa coorte di pazienti di età ≥ 65 anni, la citisina si è dimostrata un'opzione terapeutica efficace e ben tollerata.

Al termine del follow-up, il 40% dei pazienti ha raggiunto la remissione completa del disturbo da uso di tabacco, mentre gli eventi avversi sono risultati poco frequenti (8,2%), esclusivamente di lieve entità e mai gravi.

La popolazione studiata era caratterizzata da un'elevata complessità clinica: oltre il 90% dei pazienti presentava almeno una comorbidità cronica e circa la metà era affetta da polimorbidità, con una conseguente elevata prevalenza di trattamenti farmacologici concomitanti. Nonostante ciò, né la presenza né il numero di comorbidità sono risultati associati in modo significativo all'efficacia della terapia; analogamente, non è emersa alcuna relazione tra la polimorbidità e la tollerabilità del trattamento.

Questi risultati suggeriscono che la citisina possa rappresentare una valida opzione terapeutica anche nei pazienti anziani con elevato carico di comorbidità e politerapia, una popolazione spesso sottorappresentata negli studi clinici e nella quale il

timore di interazioni farmacologiche o di ridotta tollerabilità può limitare il ricorso alla farmacoterapia per la cessazione del fumo.

Nel setting clinico reale, la presenza di più patologie croniche e di una polifarmacoterapia agisce spesso come un fattore di confondimento nella valutazione di uno specifico trattamento, anche teoricamente minando l'aderenza terapeutica.

La citisina ha invece dimostrato una robustezza clinica trasversale.

Il principale limite dello studio è rappresentato dal disegno retrospettivo monocentrico, dall'assenza di un gruppo di controllo e dalla numerosità relativamente contenuta del campione.

Nel complesso, i risultati di questo studio contribuiscono ad ampliare le evidenze disponibili sull'impiego della citisina nella popolazione geriatrica e supportano il suo utilizzo anche nei pazienti anziani con comorbidità multiple, confermandone un favorevole profilo di efficacia e sicurezza nella pratica clinica. Studi prospettici multicentrici con campioni più ampi saranno necessari per confermare questi risultati e identificare gli eventuali fattori predittivi di risposta al trattamento.

Riferimenti bibliografici

- Puljević C., Stjepanović D., Meciar I., Kang H., Chan G., Morphet K., Bendotti H., Kunwar G., & Gartner C. (2024). Systematic review and meta-analyses of cytisine to support tobacco cessation. *Addiction*, Oct, 119(10): 1713-1725. Doi: 10.1111/add.16592. Epub 2024 Jul 4. PMID: 38965792.
- Prochaska J., Rubinstein M., Perdok R., Blumenstein B., & Jacobs C. (2026). Cytisinicline for smoking cessation in individuals with self-reported COPD: a post hoc analysis of the ORCA-2 and ORCA-3 trials. *Thorax*, Jan 15, 81(2): 164-169. Doi: 10.1136/thorax-2025-223880. PMID: 40962497.
- Tutka P., Vinnikov D., Courtney R.J., & Benowitz N.L. (2019). Cytisine for nicotine addiction treatment: a review of pharmacology, therapeutics and an update of clinical trial evidence for smoking cessation. *Addiction*, Nov, 114(11): 1951-1969. Doi: 10.1111/add.14721. Epub 2019 Jul 19. PMID: 31240783.
- Mitchell R.G. (1951). Laburnum poisoning in children; report on ten cases. *Lancet*, Jul 14, 2(6672): 57-8. Doi: 10.1016/s0140-6736(51)91315-3. PMID: 14842114.
- Tutka P., Vinnikov D., Courtney R.J., & Benowitz N.L. (2019). Cytisine for nicotine addiction treatment: a review of pharmacology, therapeutics and an update of clinical trial evidence for smoking cessation. *Addiction*, Nov, 114(11): 1951-1969. Doi: 10.1111/add.14721. Epub 2019 Jul 19. PMID: 31240783.
- West R., Zatonski W., Cedzynska M., Lewandowska D., Pazik J., Aveyard P., & Stapleton J. (2011). Placebo-controlled trial of cytisine for smoking cessation. *N Engl J Med.*, Sep 29, 365(13): 1193-200. Doi: 10.1056/NEJMoal102035. PMID: 21991893.
- Rigotti N.A., Benowitz N.L. et al. (2023). Cytisinicline for Smoking Cessation. A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 330(2): 152-160.
- Pasutto et al. (2022). Cytisine Therapy Improved Smoking Cessation in the SMILE Randomized Clinical Trial. *Am J Prev Med*.

Smettere di fumare: efficacia di interventi strutturati in presenza e online

Sara Cavagnoli, Roberto Poli*

Introduzione

Il tabagismo continua a rappresentare una delle principali cause prevenibili di morbidità e mortalità a livello globale.

Nonostante i progressi nelle politiche di controllo del tabacco, l'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che il fumo sia responsabile di oltre otto milioni di decessi ogni anno, includendo sia fumatori attivi sia soggetti esposti al fumo passivo.

Negli ultimi anni l'attenzione scientifica si è concentrata non solo sui danni diretti del fumo tradizionale, ma anche sulle nuove modalità di utilizzo della nicotina come le sigarette elettroniche, dispositivi a tabacco riscaldato e nicotina orale che, pur presentandosi come alternative "a rischio ridotto", non sono prive di effetti nocivi e talora possono ostacolare i percorsi di cessazione.

Il Centro Antifumo (CAF) dell'ASST di Cremona propone dal 2001 percorsi di gruppo basati sul modello dell'auto mutuo aiuto (AMA), condotti da un operatore esperto.

Questo approccio, ampiamente validato in letteratura, favorisce la condivisione delle esperienze, la riduzione dello stigma, il sostegno reciproco e l'aumento della motivazione intrinseca. I gruppi AMA si sono dimostrati particolarmente efficaci nel migliorare l'aderenza al percorso, nel ridurre la percezione di isolamento e nel sostenere la gestione delle ricadute, elementi chiave nei processi di cambiamento comportamentale.

Tra il 2021 e il 2025, diversi studi internazionali hanno evidenziato come la pandemia da COVID19 abbia modificato i comportamenti legati al fumo: da un lato, un aumento dello stress ha favorito la ricaduta in soggetti vulnerabili; dall'altro, la maggiore consapevolezza dei rischi respiratori ha spinto molti fumatori a intraprendere percorsi di cessazione.

In questo contesto, i centri antifumo territoriali hanno assunto un ruolo ancora più centrale, offrendo interventi strutturati e basati sull'evidenza scientifica.

In questo contesto il nostro CAF ha introdotto inizialmente in via sperimentale durante la fase pandemica la possibilità di partecipare ai percorsi anche da remoto, attraverso piattaforme digitali. L'esperienza si è rivelata efficace e gradita agli utenti, consentendo di raggiungere persone impossibilitate a partecipare in presenza, residenti in altre città o Regioni, ampliando l'accessibilità del servizio e garantendo continuità terapeutica anche in situazioni di isolamento o difficoltà logistiche.

Alla luce dei risultati positivi, la modalità online è stata mantenuta stabilmente negli anni successivi, integrandosi in modo complementare con gli incontri in presenza.

Parallelamente al supporto motivazionale e relazionale, negli ultimi anni si è consolidato l'utilizzo di trattamenti farmacologici, con particolare rilevanza per la Citisina, un agonista

parziale dei recettori nicotinici, come terapia farmacologica di prima scelta nei programmi di cessazione.

Tra il 2021 e il 2025, numerosi studi randomizzati e metaanalisi hanno confermato la sua efficacia: la Citisina aumenta significativamente le probabilità di smettere rispetto al placebo e mostra risultati comparabili e talvolta superiori ad altre terapie sostitutive della nicotina.

La sua breve durata di trattamento, il profilo di sicurezza favorevole e i costi contenuti ne hanno favorito la diffusione in Europa e in diversi programmi antifumo strutturati.

L'integrazione tra percorsi di gruppo, conduzione professionale e terapia con citisina rappresenta oggi una delle strategie più promettenti per la cessazione del fumo.

L'approccio combinato consente di agire contemporaneamente sui meccanismi biologici della dipendenza, sulle componenti psicologiche e sulle dinamiche sociali che influenzano il comportamento del fumatore.

I risultati ottenuti dal nostro centro nel periodo 2021-2025 si inseriscono pienamente in questo quadro, mostrando tassi di astensione elevati e un mantenimento dell'astinenza nel lungo periodo.

Materiali e metodi

Sono stati analizzati i dati di 241 partecipanti ai Corsi per Smettere di Fumare con le informazioni riguardanti le caratteristiche del campione preso in esame, ovvero tutti gli utenti che hanno partecipato al programma dal 2021 al 2025.

Le informazioni sono state rilevate tramite una scheda di raccolta dati che i partecipanti hanno compilato durante il primo incontro in presenza e da remoto.

Le informazioni rilevate sono:

- Dati sociodemografici: età, sesso, titolo di studio.
- Storia tabagica: età di inizio, anni di dipendenza, numero di sigarette/die.
- Modalità di partecipazione: presenza, online.
- Intervento farmacologico: assunzione di citisina.
- Esiti del percorso: astensione a fine corso, followup a 6 mesi, 1 anno, 2 anni.

Obiettivi

- Descrivere le caratteristiche sociodemografiche e tabagiche dei partecipanti, includendo età, sesso, titolo di studio, età di inizio del fumo, durata della dipendenza e numero di sigarette/die.
- Valutare l'efficacia del trattamento attuato dal Centro Antifumo dell'ASST di Cremona nel periodo 2021-2025, analizzando i tassi di astensione immediata e nei follow-up a 6 mesi, 1 anno e 2 anni.

* Ser.D. Cremona, ASST Cremona.

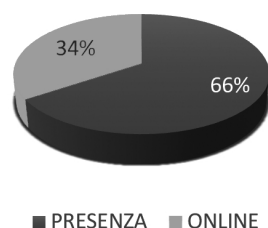
- Confrontare gli esiti tra le modalità di partecipazione in presenza e online, esaminando eventuali differenze in termini di astensione, caratteristiche dei partecipanti e livelli di dipendenza.
- Analizzare il ruolo della citisina come supporto farmacologico nei percorsi di cessazione.

Risultati

1. Modalità di partecipazione

La maggior parte dei partecipanti (Grafico 1) ha seguito il corso in presenza (66%) ma la modalità online rimane comunque molto rilevante (34,4%), confermando l'efficacia del modello misto introdotto durante il Covid-19.

Graf. 1 - Modalità di partecipazione



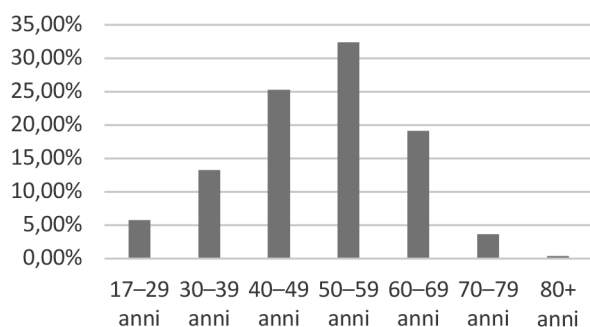
2. Età

La fascia 50-59 anni (Grafico 2) è la più rappresentata (32,4%).

Segue la fascia 40-49 anni (25,3%). I giovani (17-29 anni).

L'età media è pari a 54 anni, età correlata al fatto che la decisione di smettere di fumare avviene più frequentemente in età adulta.

Graf. 2 - Età dei partecipanti

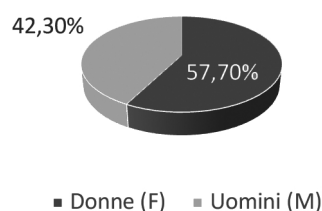


3. Sesso

Le donne rappresentano la maggioranza dei partecipanti (quasi il 58%).

Gli uomini sono circa il 42% (Grafico 3).

Graf. 3 - Sesso

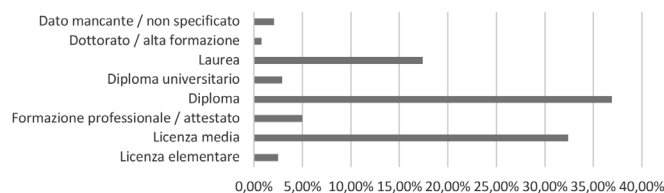


4. Titolo di studio

Il gruppo più numeroso è quello con diploma (36,9%), seguito dalla licenza media (32,4%).

Le persone con laurea sono pari al 17,4% (Grafico 4).

Graf. 4 - Titolo di studio



5. Storia tabagica

La storia di dipendenza media pari a 36 anni indica una storia tabagica molto lunga, coerente con l'età media del campione (54 anni).

Il range varia da un minimo di 10 anni a un massimo di 63 anni.

L'età media di inizio è di 15 anni.

L'età minima (10 anni) indica un avvio molto precoce, purtroppo coerente con i dati ISS.

I valori più alti (30-37 anni) rappresentano casi isolati di inizio tardivo.

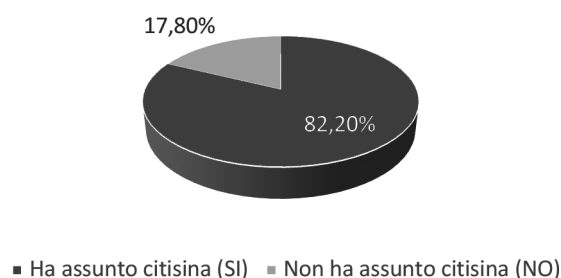
Il numero di sigarette fumate va da un minimo di 4 sigarette/die che indica fumatori molto leggeri o in fase di riduzione a un massimo di 60 sigarette che rappresenta fumatori fortemente dipendenti, spesso con storia tabagica molto lunga.

La media è di 18 sigarette/die, coerente con un profilo di dipendenza medioalta, tipico dei fumatori che si rivolgono ai centri antifumo.

6. Terapia con citisina

La grande maggioranza dei partecipanti (oltre l'82%) era idonea e ha accettato il trattamento farmacologico con citisina durante il percorso (Grafico 5).

Graf. 5 - Terapia con citisina



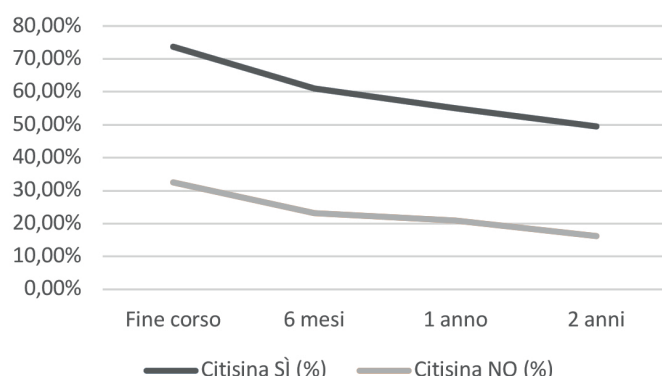
Risultati

Il tasso di astensione dal fumo al termine del corso è molto elevato (73%) e si mantiene elevato, pur con un calo fisiologico, a 6 mesi con il 67,2 %.

Ad un anno di distanza le persone che si mantengono astinenti dal fumo sono il 61,8 %, dato che scende al 56,8 % a due anni dalla fine del percorso di cura.

Vi sono differenze significative nel sottogruppo che ha assunto la citisina rispetto al sottogruppo che non l'ha assunta (Grafico 6).

Graf. 6 - Trattamento farmacologico



Discussione

L'analisi dei dati raccolti dal nostro Centro Antifumo nel periodo 2021-2025 evidenzia un'elevata efficacia complessiva del modello integrato basato su percorso di gruppo, conduzione professionale e terapia con citisina.

Nel campione analizzato, composto da 241 partecipanti, emergono differenze tra uomini e donne che aiutano a comprendere meglio il profilo dei fumatori che si rivolgono al Centro Antifumo e la loro risposta al trattamento.

Dal punto di vista anagrafico, le donne presentano un'età media leggermente inferiore (53,2 anni) rispetto agli uomini (55,1 anni).

Le donne mostrano anche un maggiore range di età, con un'età minima molto più bassa (17 anni), mentre gli uomini iniziano a partecipare più tardi (minimo 28 anni).

L'età massima è elevata in entrambi i gruppi (82 anni nelle donne, 86 negli uomini), confermando che il percorso è scelto anche da persone anziane con una lunga storia tabagica.

Sul piano del titolo di studio, le donne mostrano una distribuzione leggermente più alta nei livelli di istruzione superiore: 19% laureate contro 16% uomini, e una presenza maggiore di titoli professionali e alta formazione.

Gli uomini, invece, presentano una prevalenza di diploma e licenza media.

L'assunzione della citisina è elevata in entrambi i gruppi: 84,3% negli uomini e 82,8% nelle donne, confermando una forte adesione al trattamento farmacologico.

La differenza è minima, indicando che il farmaco è ben accettato indipendentemente dal sesso.

Gli esiti del percorso mostrano una buona efficacia complessiva, senza significative differenze di genere.

Modalità di partecipazione e differenze tra i gruppi

La partecipazione ai corsi è avvenuta sia in presenza sia online, con una distribuzione che riflette l'evoluzione dei servizi sanitari post-pandemia.

La modalità online, introdotta inizialmente in via sperimentale durante il Covid-19, si è consolidata negli anni successivi grazie alla sua accessibilità e flessibilità.

I dati mostrano che i partecipanti online presentano un profilo leggermente diverso rispetto a quelli in presenza: fumano mediamente meno (< 20 sigarette/die nel 63,6% dei casi contro il 57,8% della presenza) e raggiungono l'astensione in età leggermente più precoce (≈ 52 anni vs ≈ 54 anni).

Questo potrebbe indicare che la modalità digitale attrae soggetti con una dipendenza leggermente meno severa, facilitando l'adesione e la continuità del percorso.

Dal punto di vista sociodemografico, le donne risultano più rappresentate in entrambe le modalità, con una prevalenza maggiore nell'online.

Questo dato è coerente con la letteratura che evidenzia una maggiore propensione femminile a partecipare a programmi strutturati e digitalizzati nonché a chiedere aiuto più facilmente rispetto al genere maschile.

Conclusioni

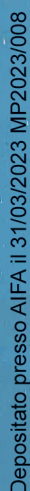
I dati analizzati nel periodo 2021-2025 dimostrano un'elevata efficacia del percorso di trattamento sia nella cessazione immediata sia nel mantenimento dell'astensione nel lungo periodo.

I dati raccolti indicano che: il sostegno reciproco all'interno dei gruppi favorisce la motivazione e la gestione delle ricadute; la citisina contribuisce in modo significativo all'aumento delle probabilità di cessazione; la combinazione tra intervento gruppetale e farmacologico è particolarmente efficace.

Riferimenti bibliografici e Sitografia

- Mohamed R. *et al.* (2021). A systematic review of group therapy programs for smoking cessation in Asian countries. *Tobacco Induced Diseases*.
- Ofori S. *et al.* (2023). Cytisine for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*.
- Stead L.F., Lancaster T. (2019). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Centro Antifumo: <https://smettodifumare.iss.it/centri-antifumo>.
- Trattamento di gruppo per Smettere di Fumare: https://www.tabaccologia.it/filedirectory/monografie/Regione%20VENETO_guidatgfumo.pdf.
- Giornata Mondiale senza tabacco 2022: <https://www.salute.gov.it/new/it/news-e-media/notizie/stili-di-vita/31-maggio-2022-giornata-mondiale-senza-tabacco/>.
- Giornata Mondiale senza tabacco 2023: <https://www.salute.gov.it/new/it/news-e-media/notizie/31-maggio-2023-giornata-mondiale-senza-tabacco/>.
- Giornata mondiale senza tabacco 2024: <https://www.salute.gov.it/new/it/news-e-media/notizie/31-maggio-2024-giornata-mondiale-senza-tabacco/>.
- Giornata Mondiale senza tabacco 2025: <https://www.istat.it/infografiche/giornata-mondiale-senza-tabacco-2025/>.
- Sigaretta elettronica e prodotti a tabacco riscaldato: <https://www.istat.it/comunicato-stampa/sigaretta-elettronica-e-prodotti-a-tabacco-riscaldato-in-lento-aumento/>.
- La Citisina nel trattamento al tabagismo: <https://www.airc.it/news/citisina-rimborsabile>.

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



FAD SINCRONA

20 26

Scuola di formazione
"Rita Levi Montalcini"
FeDerSerD

lunedì 26 ottobre
lunedì 9 novembre
lunedì 16 novembre
lunedì 23 novembre

2026
SECONDA EDIZIONE

**SCUOLA DI
ALTA FORMAZIONE
IN ALCOLOGIA 2026**

Il trattamento del Disturbo
da Uso di Alcol:
la complessità delle cure e degli interventi

Con il contributo non condizionante di

ENTE PROMOTORE
FeDerSerD
Federazione Italiana degli Operatori
dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze
www.federserd.it

• **4 WEBINAR con accreditamento ECM**

1° incontro – lunedì 26 ottobre
L'alcol nella nostra cultura e le basi neurobiologiche del DUA

2° incontro – lunedì 9 novembre
La diagnosi del DUA e le alterazioni delle funzioni mentali e cognitive legate all'alcol

3° incontro – lunedì 16 novembre
Disturbo da Uso di Alcol: evidenze terapeutiche, prospettiva di genere e gestione della comorbidità epatica con percorsi interdisciplinari integrati

4° incontro – lunedì 23 novembre
Sanità e Rete Territoriale, declinazione di diverse intensità di intervento

DESTINATARI – TARGET RIFERIMENTO
Il Corso ECM è a partecipazione gratuita, a numero chiuso per n. 400 professionisti, con iscrizione obbligatoria e selezione di accesso. La priorità di accesso è per i professionisti che lavorano nei Servizi delle Dipendenze, nei servizi di Alcolologia, hanno frequentato Percorso di formazione Under 40, lavorano nel Terzo Settore sempre nell'ambito delle dipendenze patologiche.
Il Percorso Formativo - webinar Fad Sincrona - è accreditato ECM per: medico (TUTTE LE SPECIALIZZAZIONI), psicologo (PSICOTERAPIA; PSICOLOGIA) infermiere, educatore professionale, tecnico della riabilitazione psichiatrica, farmacista, chimico, assistente sanitario. Sono stati assegnati n. 14 crediti formativi.
È accreditato anche per la figura dell'Assistente Sociale secondo l'Ordine professionale di riferimento.
n. 4 sessioni formative per un totale di 14 ore di formazione.

COD OB – 5 - Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie
RESPONSABILE SCIENTIFICO – Dr. Giovanni Galimberti

PROGRAMMA - INFO - ISCRIZIONI

PROVIDER n. 2091 e SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
EXPPOINT - Organizzazione Congressi Eventi Comunicazione

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

tel. 031 748814

segreteria@congressi.exppoint.it
www.exppoint.it

aderente a:

Sede legale: Piazza Carlo Stuparich 8, 20148 Milano

Consiglio Direttivo Nazionale

Roberta Balestra (presidente),
Marco Riglietta (vice presidente vicario),
Marialuisa Grech (vice presidente),
Vincenza Ariano (segretario esecutivo),
Felice Nava (direttore comitato scientifico),
Vincenzo Lamartora (vice direttore comitato scientifico),
Giulia Audino, Stefano Burattini, Roberto Calabria,
Lorenzo Camoletto, Mario Cappella,
Roberto Carrozzino, 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 2027 - 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 2027	
☐ Di rinnovare l'iscrizione in qualità di socio ordinario per l'anno 2027	
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 _____	

Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1 - DCB Milano - Franco Angeli srl, viale Monza 106, 20127 Milano
In caso di mancato recapito inviare a CMP Roserio per la restituzione al mittente previo pagamento resi.
(Edizione fuori commercio).