ADHD E DIPENDENZA DA TABACCO E NICOTINA:

Una ***traiettoria*** clinica da riconoscere precocemente

Fabio Tarantino, MD

Medico in formazione specialistica in Neuropsichiatria Infantile - IV anno
Dottorando in Neuroscienze
Membro Consigliere SINPIA Giovani
Membro Consigliere Regionale SINPIA sez. «Apulo-Lucana»

DIBRAIN - Università degli Studi di Bari Aldo Moro
Developmental EPI Lab - Centre for Innovation in Mental Health, University of Southampton

XXII Congresso Nazionale SITAB · Lecce · 15 ottobre 2026



ADHD: definizione clinica

Un disturbo del neurosviluppo definito da sintomi persistenti, contesto e compromissione — non da un singolo test.

Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) è un disturbo del neurosviluppo caratterizzato da un pattern persistente di disattenzione e/o iperattività-impulsività che interferisce con il funzionamento o lo sviluppo.

I sintomi devono essere eccessivi rispetto al livello di sviluppo, persistere per almeno 6 mesi, essere presenti in almeno 2 contesti di vita e associarsi a una compromissione clinicamente significativa.

CORE

Disattenzione e/o iperattività-impulsività

TEMPO

Persistenza ≥6 mesi

SVILUPPO

Diversi sintomi prima dei 12 anni

CONTESTO + IMPAIRMENT

≥2 contesti + interferenza funzionale

DIAGNOSI → clinica · evolutiva · multimodale

Rating scale, genetica e neuroimaging possono supportare la valutazione, ma non sostituiscono la diagnosi clinica.

DSM-5-TR (APA, 2022); ICD-11 (WHO); NICE NG87; Faraone et al., Nat Rev Dis Primers 2024

ADHD: che cosa stiamo davvero diagnosticando?

I sintomi nucleari sono necessari, ma da soli non fanno diagnosi.

FENOTIPO CLINICO

DISATTENZIONE

- attenzione sostenuta
- organizzazione e completamento dei compiti
- distraibilità / dimenticanze
- gestione di tempo e sequenze (procrastinazione)

IPERATTIVITÀ / IMPULSIVITÀ

- attività motoria o irrequietezza interna
- difficoltà nell'attesa
- risposte premature / intrusioni

- **FENOTIPO MISTO**

Funzioni esecutive pianificare · inibire · monitorare · gestire tempo/memoria di lavoro

DSM-5-TR

- ≥6 sintomi/dominio prima dei 17 anni; ≥5 dai 17 anni
- durata ≥6 mesi
- diversi sintomi presenti prima dei 12 anni
- ≥2 contesti
- chiara interferenza sul funzionamento

ICD-11

- disattenzione e/o iperattività-impulsività persistenti
- esordio nel periodo evolutivo
- manifestazioni in più situazioni
- compromissione funzionale significativa
- approccio ***clinico prototipico***, senza soglia numerica fissa analoga al DSM

PREVALENZA **Età evolutiva ~7,2%**
Adulti ~2,5%

RICONOSCIMENTO PER SESSO nelle femmine d… mediamente più tardiva; più spesso profili inattentivi/internalizzanti e minore iperattività evidente

DSM-5-TR (APA, 2022); ICD-11; Chaulagain et al., Eur Psychiatry 2023; Faraone et al., Nat Rev Dis Primers 2024; Hinshaw et al., JCPP 2022; Martin et al., JCPP 2024

ADHD: eziologia multifattoriale — genetica, sviluppo e ambiente

Elevata ereditabilità non significa determinismo; associazione ambientale non significa automaticamente causalità.

ARCHITETTURA GENETICA

70–80% ereditabilità stimata

39 loci indipendenti

GWAMA 2025 — rischio altamente poligenico

Varianti rare ad alto effetto

MAP1A · ANO8 · ANK2

→ **nessun singolo gene "determina" l'ADHD**

FATTORI DI RISCHIO / CORRELATI

Evidenza causale più convincente

basso peso alla nascita

età gestazionale ridotta / prematurità

deprivazione precoce estrema

trauma cranico in età pediatrica

Associazioni da interpretare con cautela

fumo materno in gravidanza

avversità infantili / fattori socioeconomici

→ *possibile confondimento familiare/genetico; non presentarle come cause dimostrate*

DIAGNOSI: CLINICA E MULTIMODALE

Anamnesi evolutiva + impairment + ≥2 contesti + diagnosi differenziale + più informatori

Scale di supporto

Conners · ADHD-RS · SNAP-IV · ASRS · K-SADS · DIVA-5

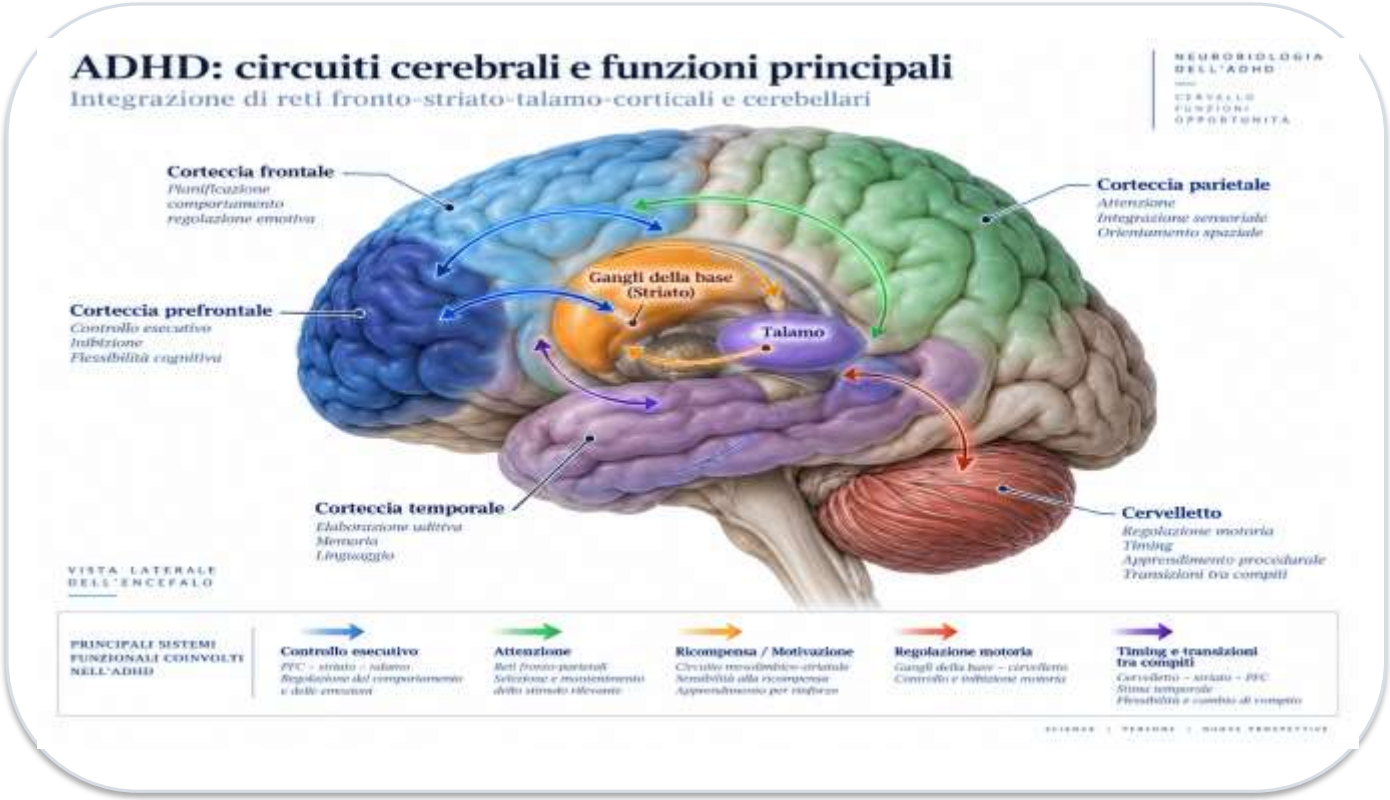
Le scale quantificano i sintomi e aiutano il follow-up; da sole non pongono diagnosi.

TAKE-HOME → geni × sviluppo × ambiente | rischio ≠ destino | associazione ≠ causa | rating scale ≠ diagnosi

Faraone et al., Nat Rev Dis Primers 2024; van der Laan et al., Nat Genet 2025; Demontis et al., Nature 2026; NICE NG87

ADHD: neurobiologia, reti cerebrali e recettori

Non esiste una singola "area dell'ADHD": il quadro coinvolge reti distribuite e modulazione catecolaminergica.



RETI FUNZIONALI

Prefrontale /fronto striatale
→ controllo esecutivo · inibizione · working memory

Fronto-parietale → attenzione · selezione

Striato / sottocorticale / cervelletto → reward · timing · azione

NEUROTRASMISSIONE E RECETTORI

Noradrenalina → α2A-adrenorecettori

→ rafforzano la funzione prefrontale

Dopamina → recettori D1

→ modulano segnale/rumore nel PFC

DAT / NET → trasportatori bersaglio di diversi farmaci ADHD

Meccanismo terapeutico ≠ prova eziologica: l'efficacia degli stimolanti non dimostra una semplice "carenza di dopamina".

Koirala et al., Nat Rev Neurosci 2024; Faraone et al., Nat Rev Dis Primers 2024; Arnsten & Pliszka, Pharmacol Biochem Behav 2011; Hoogman et al., Lancet Psychiatry 2017

Farmacoterapia dell’ADHD: efficace, ma non uguale per tutti

Efficacia media, tollerabilità e risposta individuale sono tre domande diverse.

CHE COSA USIAMO

Stimolanti

Metilfenidato → blocco DAT/NET
Amfetamine / lisdexamfetamina → DAT/NET + ↑ rilascio catecolaminergico

Non stimolanti

Atomoxetina → inibizione NET
Guanfacina → agonismo α2A
Viloxazina ER* → modulazione noradrenergica/serotoninergica

Formulazioni: rilascio immediato e prolungato, a seconda di molecola e Paese.

QUANTO SONO EFFICACI?

Bambini/adolescenti · ~12 settimane

Amfetamine	**−1,02**	[−1,19; −0,85]
Metilfenidato	**−0,78**	[−0,93; −0,62]
Atomoxetina	**−0,56**	[−0,66; −0,45]

SMD < 0 favorisce il farmaco sulle scale di gravità sintomatologica.

Adulti: amfetamine −0,79 · metilfenidato −0,49 · atomoxetina −0,45

CHE COSA CHIAMIAMO “RISPOSTA”?

167 RCT farmacologici

88 definizione esplicita

79 nessuna soglia

Soglia più frequente **≥30%**

ma nei trial: 20% · 25% · 30% · 40% · 50%

Roy et al. 2025: “response” was explicitly defined in only 88/167 RCTs.

STESSA ETICHETTA ≠ STESSA DEFINIZIONE



ITALIA 2026 AIFA: metilfenidato a rilascio prolungato rimborsabile SSN da ≥6 anni in programma globale di trattamento; disponibilità delle altre opzioni varia per indicazione e Paese.

Cortese et al., Lancet Psychiatry 2018; Roy et al., J Child Adolesc Psychopharmacol 2025; Fusetto Veronesi et al., CNS Drugs 2026; AIFA 2026; EMA/HMA 2026

ADHD: un disturbo, molti fenotipi clinici

La multimorbidità modifica presentazione, trattamento, tollerabilità e funzionamento.

Psichiatrico / neuroevolutivo

- ansia e depressione
- DOP / disturbo della condotta
- spettro autistico / apprendimento
- disturbi da uso di sostanze

Sonno

- insonnia
- disturbi del movimento nel sonno
- sleep-disordered breathing

Medico / funzionale

- obesità e burden metabolico
- epilessia
- incidenti / infortuni
- funzionamento scolastico, sociale, lavorativo

STESSO "NUMERO 10" ≠ STESSO PROFILO



The management of sleep disturbances in children with ADHD: an update of the literature

Cortese S, Fusetto Veronesi G, … Petruzzelli MG, … Tarantino F, et al.

Expert Rev Neurother. 2024;24(6):585-596. doi:10.1080/14737175.2024.2353692

16 RCT identificati · 8 farmacologici · 8 non farmacologici · evidenza RCT maggiormente favorevole a interventi comportamentali e melatonina

Faraone et al., Nat Rev Dis Primers 2024; Cortese et al., Expert Rev Neurother 2024; French et al. 2024; Fang et al., Sleep Med Rev 2026

L’ADHD si sviluppa lungo il ciclo di vita

Sintomi, impairment e diagnosi non necessariamente compaiono nello stesso momento.

INFANZIA

6-11

sintomi
richieste scolastiche
osservazione familiare

ADOLESCENZA

12-17

autonomia
pari e novità
prime esposizioni a sostanze



ETÀ ADULTA

18+

carico organizzativo
relazioni / lavoro
riconoscimento tardivo

ONSET DEI SINTOMI

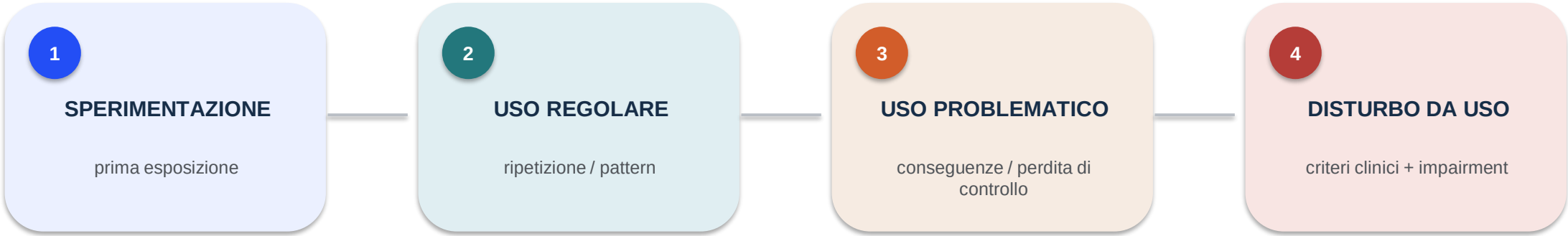
IMPAIRMENT

DIAGNOSI / ACCESSO ALLE CURE

La traiettoria conta più della singola fotografia clinica.

DSM-5-TR; ICD-11; Faraone et al., Neurosci Biobehav Rev 2021; Faraone et al., Nat Rev Dis Primers 2024

ADHD e sostanze: la traiettoria conta



La vulnerabilità non è uguale per ogni sostanza:

NICOTINA | CANNABIS | ALCOL | ALTRE

ADHD può aumentare la vulnerabilità media a diversi outcome da sostanze, ma il decorso individuale dipende da comorbilità, contesto, età, trattamento e sostanza specifica.

Lee et al., Clin Psychol Rev 2011; Groenman et al., JAACAP 2017; Young et al., World J Psychiatry 2023

ADHD e tabacco/nicotina: di quale outcome stiamo parlando?

Iniziazione, uso regolare, dipendenza, astinenza e cessazione rispondono a domande cliniche diverse.



OUTCOME DIVERSO → EVIDENZA DIVERSA → INTERVENTO DIVERSO

Tarantino & Cortese, manoscritto in press; Erskine et al., JAACAP 2016; Lee et al., Clin Psychol Rev 2011

L’ADHD è associato a outcome tabaccologici successivi

Le associazioni sono consistenti, ma gli endpoint non sono intercambiabili.

1,85

AVER FUMATO

OR 1,85 · IC95% 1,54-2,22

2,16

FUMO REGOLARE / QUOTIDIANO

OR 2,16 · IC95% 1,77-2,63

2,41

DIPENDENZA DA TABACCO

OR 2,41 · IC95% 1,67-3,48

Erskine HE et al. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2016;55:841-850; Lee SS et al. Clin Psychol Rev. 2011;31:328-341; Groenman AP et al. JAACAP. 2017;56:556-569

Il segnale può comparire precocemente

Riconoscere presto significa individuare finestre di vulnerabilità, non prevedere un destino.

MTA · giovane età adulta

38,3%
coorte ADHD

19,2%
confronto

Differenza assoluta: +19,1 punti percentuali

Meta-analisi 2026 · adulti con SUD

−1,43 anni

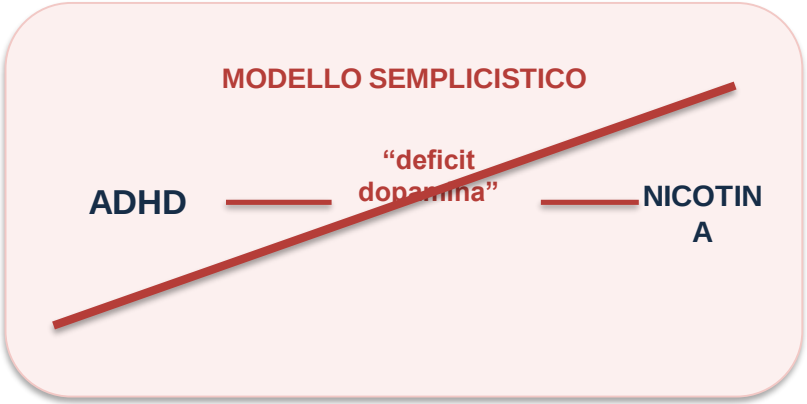
iniziazione al tabacco mediamente più precoce

Segnale di gruppo ≠ inevitabilità individuale · popolazioni e contesti di studio contano.

Molina BSG et al., J Child Psychol Psychiatry 2018 (+ erratum); Shanbhag T et al., Subst Use Misuse 2026

Associazione non significa una sola via causale

La storia “ADHD → dopamina → nicotina → automedicazione” è troppo semplice.



MODELLO MULTIFATTORIALE

Liability condivisa

genetica · familiare · ambientale

Vulnerabilità comportamentale

reward · delay discounting · controllo inibitorio

Modificatori clinici

conduct/externalising · ansia/umore

Contesto sociale

pari · disponibilità · accesso alle cure

Kollins & Adcock, Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2014; Lee et al. 2011; Groenman et al. 2017; Tarantino & Cortese, in press

Riconoscere l’ADHD richiede una traiettoria evolutiva

Un sintomo attuale non basta.

FOTOGRAFIA ATTUALE

•difficoltà di concentrazione
•irrequietezza / irritabilità
•disorganizzazione
•scarsa aderenza
•ricaduta
•screening positivo scale rivelamnte sintomi ADHD es.Snap/Conners

RICOSTRUZIONE EVOLUTIVA

•sintomi **prima** dell’esposizione alla nicotina
•**storia infantile / adolescenziale**
•**persistenza nel tempo**
•**impairment in più contesti**
•sonno, umore, altre sostanze
•informazioni collaterali quando appropriate

Lo screening identifica chi merita un approfondimento. Non stabilisce la diagnosi.

DSM-5-TR; ICD-11; NICE NG87; Sibley et al., Am J Psychiatry 2018; Tarantino & Cortese, in press

Sintomi ADHD, astinenza nicotinica e craving vanno separati

Manifestazioni simili possono riflettere processi clinici diversi.

ADHD

evolutivo
persistente
cross-situazionale
impairment

ASTINENZA NICOTINICA

legata a riduzione/stop
fluttua con esposizione
concentrazione ↓
irritabilità / irrequietezza

CRAVING

urge
rapidamente fluttuante
trigger- e contesto-dipendente
centrale nella cessazione

PICCOLO STUDIO DI ASTINENZA INCENTIVATA · 40 FUMATORI ADULTI

→ utile per separare i costrutti; campione troppo piccolo per una teoria definitiva

Nel gruppo ADHD: sintomi di astinenza più intensi soprattutto nei primi 5 giorni, senza un parallelo peggioramento differenziale dei sintomi ADHD.

McClernon FJ et al., Nicotine Tob Res 2011; Kollins SH et al., Psychopharmacology 2013; Tarantino & Cortese, in press

Trattare l’ADHD previene il successivo uso di tabacco?

È una domanda diversa dalla cessazione del fumo.

Schoenfelder et al. · 2014

14 studi · n=2.360

OR 0,54 IC95% 0,38-0,78

associazione con minori tassi di fumo regolare

I² 61% · studi quasi tutti naturalistici

Humphreys et al. · 2013

15 studi · n=2.565

Nicotine ever-use **OR 1,55 [0,73-3,30]**

Dipendenza successiva **OR 1,34 [0,90-1,99]**

nessuna associazione statisticamente significativa

MTA · 2023

Analisi longitudinali

Nessuna evidenza convincente di un effetto causale preventivo degli stimolanti sugli outcome da sostanze.

Interpretazione clinica: trattare l’ADHD quando indicato; non prescrivere farmaci ADHD come prevenzione del tabacco.

0 : 0

Schoenfelder EN et al., Pediatrics 2014; Humphreys KL et al., JAMA Psychiatry 2013; Molina BSG et al., JAMA Psychiatry 2023

I farmaci ADHD migliorano la cessazione del fumo?

Trattare l’ADHD e ottenere astinenza dalla nicotina sono endpoint distinti.

RCT OROS-metilfenidato · n=255 adulti con ADHD

Entrambi i gruppi: **cerotto alla nicotina + counselling settimanale**

Target 1 · sintomi ADHD

migliorati significativamente con MPH **p < 0,0001**

Target 2 · astinenza prolungata

43,3%
OROS-MPH

42,2%
placebo

OR 1,10 · IC95% 0,63-1,79 · p=0,81

Conclusione: nessun beneficio aggiuntivo significativo sull’astinenza prolungata.

Winhusen TM et al., J Clin Psychiatry 2010; Kollins SH et al., J Atten Disord 2014; Tarantino & Cortese, in press

Nuovi prodotti a nicotina: che cosa sappiamo nell’ADHD?

Prima distinguiamo i prodotti; poi distinguiamo ciò che è stato realmente studiato.

SIGARETTE

tabacco bruciato

fumo + nicotina

E-CIG / VAPE

liquido riscaldato

aerosol, spesso nicotina

HEATED TOBACCO

tabacco riscaldato

aerosol con nicotina

SNUS / SNUFF

tabacco orale

assorbimento mucosale

NICOTINE POUCH

senza foglia di tabacco

nicotina orale

NRT

nicotina medicinale

dose terapeutica

E-CIGARETTE: EVIDENZA DIRETTA

Goldenson 2018

+1 SD sintomi ADHD → iniziazione e-cig aOR 1,22 [1,04-1,42]; HI 1,26 [1,09-1,47]

PATH 2025

≥3 sintomi ADHD → e-cig AOR 1,60 [1,34-2,04]; dual use AOR 1,72 [1,38-2,14]

SNUFF: SEGNALE EMERGENTE

Registro svedese 2026 · donne in procinto di gravidanza

ADHD associato a snuff:

prima gravidanza aOR 1,89
inizio gravidanza aOR 2,43
uso persistente aOR 2,39

HTP / NICOTINE POUCHES

Nella ricerca mirata non abbiamo identificato studi longitudinali ADHD-specifici diretti per heated tobacco o nicotine pouches.

Lacuna di evidenza ≠ evidenza di assenza

Goldenson et al., J Pediatr Psychol 2018; McCabe et al., JAMA Netw Open 2025; Andersson et al., Arch Womens Ment Health 2026; WHO/CDC/FDA product definitions

Esiste una pipeline farmacologica “dual-target” ADHD + nicotina?

Nel lavoro sulla pipeline ADHD non è emerso un programma sviluppato esplicitamente per entrambi i target.



REVIEW ARTICLE

The Evolving Pharmacological Landscape for Paediatric and Adult ADHD

Guilherme Fusetto Veronesi · Fabio Tarantino · Daniele Pirolo · Samuele Cortese

Abstract

While attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) medications, particularly stimulants, are among the most effective treatments in psychiatry, there remains a need for novel alternatives, as not all individuals with ADHD respond to or tolerate currently available medications. We aimed to provide an up-to-date overview of randomised controlled trials (RCTs) of agents either not approved for ADHD or approved for ADHD but tested for off-label indications. We updated, using the same methodology, two previous reviews (Cortese et al., 2023 exploring agents in the pipeline for children with ADHD, and Veronesi et al., 2024, focusing on RCTs of novel compounds in adults with ADHD). For the update, we searched ClinicalTrials.gov and the European Union-based EU Clinical Trials register up to December 14, 2025. Including the RCTs retrieved by the two previous reviews and those from the updated search, we identified a total of 53 eligible RCTs. Of these, 11 reported results in children and adolescents, and 11 in adults. Considering agents with at least two positive trials for ADHD core symptoms without negative trials, only dasotralina, in children, and centanafadina, in adults, emerged as promising (however, the dasotralina development programme was halted in 2020). This review also includes a discussion of opportunities for advancing the development of novel, effective agents and maximising the benefits of currently available options.

Key Points

Only a small portion of clinical trials investigating novel pharmacological treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in the last 15 years have been successful.

Centanafadina, in adults, was the pharmacological agent with the most promising results.

To improve the current ADHD treatment landscape, strategies that leverage existing medications can complement the drug discovery pipeline.

1 Introduction

1.1 Overview on ADHD

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is the most common neurodevelopmental condition, with an estimated prevalence of around 5% in school-aged children [1]. The diagnosis of ADHD requires a persistent and impairing pattern of inattention and/or hyperactivity-impulsivity, that are

The Evolving Pharmacological Landscape for Paediatric and Adult ADHD

Fusetto Veronesi G · Tarantino F · Pirolo D · Cortese S

CNS Drugs. 2026;40(7):901-920
doi:10.1007/s40263-026-01299-4

53
RCT eleggibili

11
con risultati pediatrici

Segnali replicati più promettenti

centanafadina (adulti) ·
dasotralina (bambini; programma interrotto)

GAP CLINICO

Nessun programma esplicito nel corpus della pipeline ADHD con doppio obiettivo:

ADHD symptoms + **nicotine dependence**

Gap identificato, non prova di assenza globale.

Fusetto Veronesi G, Tarantino F, Pirolo D, Cortese S. CNS Drugs. 2026;40:901-920; AIFA/EMA/ISS 2026

Cannabis: un “test parallelo” dello stesso principio

Migliorare i sintomi ADHD non significa automaticamente migliorare l’outcome da sostanza.

Scoping review

IN PRESS

No robust replicated effect on cannabis use or CUD outcomes.

Cannabis and ADHD Pharmacotherapy: A Scoping Review

Fabio Tarantino · et al.

IN PRESS

PLEASE NO TAKE PHOTO

DISSOCIAZIONE DEI TARGET

ADHD → spesso almeno parziale beneficio sui sintomi

Cannabis / CUD → nessun effetto robusto e replicato su uso o CUD

Stesso farmaco.
Due endpoint.
Risultati diversi.

L’uso di cannabis non è una controindicazione automatica alla farmacoterapia ADHD, ma aumenta la complessità clinica.

Tarantino F et al. Cannabis and ADHD Pharmacotherapy: A Scoping Review. In press

Trattare la dipendenza da tabacco/nicotina: che cosa è evidence-based?

Per outcome di cessazione servono trattamenti valutati sulla cessazione.

EVIDENZA CONSOLIDATA

Supporto comportamentale

- very brief advice
- counselling individuale / di gruppo
- follow-up strutturato
- prevenzione della ricaduta

La combinazione con farmacoterapia aumenta il successo di cessazione.

FARMACI NEGLI ADULTI

Vareniclina	agonista parziale α4β2 nAChR
NRT combinata	patch + forma rapida
Bupropione	NDRI; riduce craving/withdrawal
Citisina / cytisinicline	agonista parziale nicotinico

ITALIA 2026

Centri Antifumo ISS

percorsi integrati: farmacoterapia + supporto psicologico

Recigar (citisina)

rimborsabilità SSN autorizzata; ciclo 25 giorni (18-65 anni secondo comunicazione AIFA)

Civarenix (vareniclina)

rimborsabilità SSN approvata nel 2026 per cessazione negli adulti

ADHD: nessun farmaco per la cessazione ha dimostrato superiorità specifica in una popolazione ADHD. L'evidenza è soprattutto indiretta.

WHO Clinical Treatment Guideline 2024; NICE NG209 (update 2025); ISS Centri Antifumo / Guida 2026; AIFA 2025-2026

Dove si colloca oggi la cessazione? Uno sguardo ai sistemi di cura

I “mattoni” esistono in molti Paesi; l’integrazione ADHD-specifica resta il gap.

ITALIA

Centri Antifumo ISS

farmaci + counselling
accesso e organizzazione locali
rete nazionale mappata

EUROPA / UK

Stop-smoking services + linee guida

behavioural support
NRT/farmaci
referral in NHS/local services

NORD AMERICA

Quitlines + sistemi provinciali/statali

USA: 1-800-QUIT-NOW
Canada: servizi provinciali/territoriali
coaching + referral

OCEANIA

Quitline + supporto smoking/vaping

Australia: Quitline nazionale
NZ: phone/text/online/face-to-face
supporto anche per vaping

GAP COMUNE

Nelle fonti esaminate non abbiamo identificato un percorso ADHD-specifico di smoking cessation formalmente valutato.

Traiettoria futura: riconoscimento bidirezionale → invio assistito → trattamento parallelo → follow-up condiviso → outcome misurabili.

ISS 2026; NICE NG209; CDC 2025; Health Canada 2026; Australian Government Quitline 2026; New Zealand Quitline 2026; WHO 2024

Buona pratica evidence-informed: riconoscere senza sovradiagnosticare

Adattare la presa in carico senza trasformare il Centro Antifumo in un ambulatorio ADHD.

1 Chiedere prodotto per prodotto

sigarette · vaping · HTP · snus/snuff · pouches · NRT

2 Ricostruire la cronologia

prima della nicotina · durante uso · tentativi di quit · astinenza

3 Separare i mimics

withdrawal · sonno · umore · ansia · altre sostanze

4 Screening mirato

solo se clinicamente indicato · positivo ≠ diagnosi

5 Rendere la cura “ADHD-friendly”

istruzioni brevi · piano scritto · reminders · appuntamenti prevedibili

6 Invio assistito

quesito clinico · cronologia · farmaci · chi mantiene la presa in carico

Analogia “mise en place”: gli ingredienti possono esserci già; il risultato dipende da ordine, tempi e coordinamento.



NICE NG87; NICE NG209; Young et al., World J Psychiatry 2023; Tarantino & Cortese, in press

Proposta: un percorso bidirezionale, non un nuovo servizio

Due porte d’ingresso. Due target terapeutici. Un unico loop di cura coordinata.

PROPOSTA DA VALIDARE

ADHD / NPIA / PSICHIATRIA / MMG

- chiedere tabacco/nicotina periodicamente
- documentare il prodotto
- dipendenza/uso problematico → invio assistito

INVIO ASSISTITO

FEEDBACK CLINICO

CENTRO ANTIFUMO / SERVIZIO DIPENDENZE

- ricercare indizi evolutivi persistenti
- differenziale: withdrawal/sonno/umore/sostanze
- sospetto → screening mirato → valutazione ADHD

TRATTAMENTO PARALLELO + FOLLOW-UP CONDIVISO

ADHD: sintomi · funzionamento · sicurezza | Nicotina: uso · astinenza · craving · withdrawal

Da misurare: referral completati · waiting time · retention · abstinence · functioning · feasibility · costi

Tarantino & Cortese, in press; Young et al. 2023; ISS 2026; NICE NG209

Tre messaggi da portare a casa

Diagnosi evolutiva. Outcome distinti. Cura coordinata.



1 RICONOSCERE EVOLUTIVAMENTE

Un sintomo attuale o uno screening positivo non bastano per diagnosticare ADHD.

2 SEPARARE GLI OUTCOME

Iniziazione, uso regolare, dipendenza, astinenza e cessazione sono domande cliniche diverse.

3 TRATTARE ENTRAMBI

ADHD e dipendenza da nicotina richiedono target e misure di esito distinti, ma possono essere curati in parallelo.

Nel tennis la riga cambia l’esito: anche in clinica, definizioni ed endpoint vanno stabiliti prima di interpretare il risultato.

Il riconoscimento mirato è praticabile oggi; il percorso integrato richiede una valutazione formale.

Tarantino & Cortese, in press; WHO 2024; NICE NG209; ISS 2026



Grazie per l'attenzione

"Nella sua professione la psichiatria ha sempre a che fare con l'individuo nella sua totalità"
K. Jaspers

