

POÏESIS



Le ricerche del CREV

IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO  
TRA NEUROSCIENZE, ARTE E PSICOLOGIA  
DELLA MENTE CONTEMPORANEA

a cura di Domenico Fabio Cuzzola

Domenico Fabio Cuzzola (a cura di), *Il Disturbo da Gioco d'Azzardo tra neuroscienze, arte e psicologia della mente contemporanea*  
Copyright © 2025 Tangram Edizioni Scientifiche Trento  
Gruppo Editoriale Tangram Srl – via dei Casai, 6 – 38123 Trento  
www.edizioni-tangram.it – info@edizioni-tangram.it

Prima edizione: ottobre 2025, *Printed in Italy*  
ISBN 978-88-6458-287-0

Collana POÏESIS – Le ricerche del CREV– NIC 18  
Collana diretta da Gianpasquale Preite

#### COMITATO SCIENTIFICO

Marco Benvenuto, Università del Salento  
Josep Cañabate Pérez, Univers. Autònoma de Barcelona  
Enrico Ciavolino, Università del Salento  
Michele De Benedetto, Primario Emerito ASL Lecce  
Jorge Douglas Price, Universidad Nacional Comahue  
Alfredo Ferrara, Università degli Studi di Bari “Aldo Moro”  
Ioannis Ganas, Technological Educational Institute of Epirus  
Alessandro Isoni, Università del Salento  
Donato A. Limone, Unitelma “La Sapienza”  
Mariano Longo, Università del Salento  
Manola Mazzotta, Università del Salento  
Fabricio Muraro Novais, Facult. Autónoma de São Paulo  
Rosa Parisi, Università del Salento  
Carlos Padrós Reig, Universidad Autonoma de Barcelona, España  
Michele Romano, Università del Salento  
Pierre Teisserenc, Université Paris XXIII, France

#### COMITATO DI REDAZIONE

Caterina Filareti (Responsabile), Matteo Jacopo Zaterini, Luana Conte, Riccardo Zappatore

Attività finanziata con Fondi della D.G.R. n° 1399 del 12/08/2020: “Decreto Ministero Salute del 26/10/2018 di riparto del Fondo di cui all’art. 1, comma 946, Legge 28 dicembre 2015, n. 208 – Prevenzione, cura e riabilitazione del Gioco d’Azzardo Patologico – Approvazione del Piano 2018-2019 di attività della Regione Puglia”. Obiettivo Specifico 1.2 della DDG n. 55/2025 “Nuove Linee Programmatiche del Progetto per il contrasto del Gioco d’Azzardo Patologico”



L’etichetta FSC® garantisce che il materiale utilizzato per questo volume proviene da fonti gestite in maniera responsabile e da altre fonti controllate

Prefazione	9
<i>Domenico Fabio Cuzzola, Claudia Venuleo, Mario Carparelli</i>	
Introduzione	11
<i>Silvia Perrone</i>	

## PARTE I

### NEUROSCIENZE E COMORBIDITÀ: LA MENTE VULNERABILE

1. La Comorbidità tra il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), il Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) Stimolanti (cocaina) e il Disturbo da Deficit dell'Attenzione con Iperattività (DDAI-ADHD)	17
<i>Francesca Giordano, Domenico Fabio Cuzzola</i>	
2. Neuroscienze, Mindfulness e Disturbo da Gioco d'Azzardo	27
<i>Silvia Perrone, Domenico Fabio Cuzzola, Silvia Toma</i>	
3. Tratti di Personalità e Intelligenza Artificiale nel Disturbo da Gioco d'Azzardo: Nuove prospettive per la valutazione diagnostica	39
<i>Paola Pasca, Domenico Fabio Cuzzola</i>	
4. Impulsività e disregolazione emotiva: un case report sull'utilità e i limiti dello screening a-adhd nei pazienti giovani adulti ( $\leq 25$ anni) afferenti al Ser.D affetti da DGA	69
<i>Giada Fabio, Angela Lacalamita</i>	

## PARTE II

### PSICODINAMICA, GRUPPO E CURA

5. Il Disturbo da Gioco d'Azzardo in un'ottica psicodinamica	85
<i>Domenico Fabio Cuzzola, Mary Negro, Maria Teresa Maglio</i>	
6. Gioco d'Azzardo online e Dipendenza da Tecnologia	109
<i>Annalisa Sticchi, Domenico Fabio Cuzzola, Mary Negro, Ornella De Giorgi</i>	
7. Il gruppo: una risorsa efficace per la riabilitazione del giocatore d'azzardo patologico	123
<i>C. Fiammetta Perrone</i>	

8.	Comprendere e prevenire il gioco d'azzardo problematico: due esperienze di ricerca-intervento tra scuola e territorio	131
	<i>Domenico Fabio Cuzzola, Claudia Venuleo, Tiziana Marinaci</i>	
9.	Promuovere e prevenire. Le rappresentazioni pubblicitarie del gioco d'azzardo sui mass media italiani	143
	<i>Corrado Punzi</i>	

### PARTE III

#### NARRAZIONE, SIMBOLO E MENTE CONTEMPORANEA

10.	La letteratura nella prevenzione, diagnosi e cura del Disturbo da Gioco d'Azzardo: la "recensione clinica" di un romanzo contemporaneo	165
	<i>Domenico Cuzzola, Mary Negro, Annalisa Sticchi, Silvia Perrone, Paola Pasca, Francesca Giordano, Claudia Venuleo</i>	
11.	Letteratura e cinema come forme di cura: l'esperienza di Lettere da Hasard	177
	<i>Domenico Fabio Cuzzola, Mario Carparelli, Angelo Donno, Salvatore Della Bona</i>	
12.	Gioco Ergo Sum – La ludosofia come strumento per vincere sé stessi	191
	<i>Ada Fiore, Beatrice Pagliarulo, Rosa Sava, Damiano Conte</i>	
13.	Donne e gioco d'azzardo. A casa. La mia buona Fata vuole che ritorni prima di notte	203
	<i>Anna Paola Lacatena</i>	
	Postfazione	219
	<i>Salvatore Della Bona</i>	
	Bibliografia	221
	Autori	251
	Ringraziamenti	253

IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO  
TRA NEUROSCIENZE, ARTE E PSICOLOGIA  
DELLA MENTE CONTEMPORANEA

## PREFAZIONE

*Domenico Fabio Cuzzola, Claudia Venuleo, Mario Carparelli*

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) è una delle forme più diffuse di dipendenza comportamentale, capace di insinuarsi silenziosamente nella vita quotidiana di molte persone, fino a comprometterne l'equilibrio psicologico, i legami affettivi e la stabilità economica.

Questo volume rappresenta un tentativo di restituire complessità a un tema troppo spesso ridotto a mera questione morale o sanitaria, riportandolo all'interno di una cornice scientifica, culturale e sociale più ampia.

Gli articoli raccolti trattano il DGA da molteplici prospettive: quella neuroscientifica e clinica, che indaga i meccanismi di rinforzo e le dinamiche della dipendenza patologica; quella educativa e preventiva, che propone strategie di sensibilizzazione e di promozione del benessere; e infine quella culturale e artistica, che trova nel linguaggio dell'arte una via per riattivare la consapevolezza, la responsabilità e la riflessione collettiva.

L'azzardo diventa qui metafora di una condizione umana e sociale che oscilla tra l'illusione della vincita e la frustrazione che segue alla perdita, tra ricerca di gratificazione immediata e smarrimento del senso di realtà.

Parlare di gioco d'azzardo significa trattare dei modi con cui l'essere umano tenta di colmare elusivamente un vuoto emotivo che è insieme individuale e sociale.

L'obiettivo è proporre non solo un'analisi multidisciplinare, ma anche una cultura della prevenzione e della riabilitazione che integri arte, musica e letteratura. Questi linguaggi, capaci di parlare direttamente alle emozioni e all'immaginazione, possono diventare luoghi privilegiati di condivisione e consapevolezza e offrire alla persona la possibilità di trasformare il disagio in forza generativa e creativa.

## INTRODUZIONE

*Silvia Perrone*

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) rappresenta oggi una delle forme più emblematiche di fragilità contemporanea. È al tempo stesso sintomo e simbolo di un'epoca segnata dall'eccesso, dall'accelerazione e dalla ricerca costante del rischio. Giocare diventa un modo per confrontarsi con il caso, per sfidare il limite, ma anche per anestetizzare il vuoto e trasformare l'incertezza in rituale.

In questa tensione tra piacere e perdita, tra controllo e abbandono, il DGA si configura come una lente privilegiata attraverso cui osservare la mente che si misura con i propri meccanismi di autoregolazione, gratificazione e dipendenza. La dimensione del gioco, in questo senso, si fa luogo mentale e sociale insieme: una soglia tra ordine e caos, tra desiderio e compulsione, tra libertà e prigionia.

Il presente volume nasce su iniziativa del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche dell'ASL di Lecce, nell'ambito della Rete Regionale per la Prevenzione e il Contrasto del Disturbo da Gioco d'Azzardo, istituita ai sensi della Legge Regionale Puglia n. 43 del 13 dicembre 2013, "Contrasto alla diffusione del gioco d'azzardo patologico (GAP)".

La legge regionale pugliese rappresenta uno dei riferimenti più avanzati a livello nazionale per la promozione di azioni integrate di prevenzione, formazione, cura e sensibilizzazione, con particolare attenzione alla tutela delle fasce vulnerabili, alla diffusione di un uso responsabile del denaro e al coordinamento tra i diversi attori istituzionali e sociali. In questo quadro, il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL di Lecce ha sviluppato negli anni una rete territoriale di interventi mirata a un approccio globale e multidimensionale al fenomeno, che integra dimensione clinica, educativa e artistico-culturale.

Il volume che qui si presenta si colloca in continuità con tale prospettiva, proponendo una lettura del DGA che intreccia neuroscienze, psicologia clinica, arte, cultura e sociologia. Ogni contributo offre una lente diversa su un fenomeno che non può essere compreso attraverso un'unica chiave interpretativa. Dalla neurobiologia dell'impulsività ai processi simbolici della cura, il percorso che il lettore attraverserà restituisce l'immagine di una mente complessa, in costante dialogo tra biologia, relazione e significato.

La prima parte raccoglie contributi di taglio neurobiologico e clinico, che approfondiscono i meccanismi comuni tra gioco d'azzardo e altre forme di dipendenza, proponendo un modello transdiagnostico centrato sull'impulsività e sulle disfunzioni fronto-striatali. Viene inoltre esplorato il contributo delle pratiche di *mindfulness* e della regolazione emotiva come strumenti di rimodellamento dei circuiti cerebrali e di rafforzamento della consapevolezza.

La seconda parte sposta lo sguardo sulla dimensione soggettiva e relazionale, esplorando le dinamiche profonde che abitano la dipendenza e le forme di cura che da essa possono emergere. Il gruppo terapeutico è presentato come spazio di simbolizzazione e risonanza, dove la parola e la presenza restituiscono continuità all'esperienza frammentata del soggetto dipendente. Questa sezione si apre anche alla riflessione sulle pratiche di prevenzione e ricerca-intervento nei contesti scolastici e territoriali, in linea con gli obiettivi della Rete Regionale pugliese, che promuove una cultura della consapevolezza, della solidarietà e della responsabilità collettiva.

La terza parte amplia ulteriormente l'orizzonte, introducendo la dimensione simbolica e culturale del gioco. Il DGA viene interpretato come metafora esistenziale: spazio di ripetizione e di attesa, ma anche tentativo di dare forma all'angoscia e al desiderio. La letteratura e il cinema diventano strumenti di conoscenza e di cura, nei quali il personaggio o l'immagine incarnano i conflitti della mente contemporanea. In questo dialogo tra arte e psicologia, la narrazione assume valore terapeutico: un luogo in cui l'esperienza si trasforma in pensiero e il trauma in racconto condiviso.

Lungo tutto il volume si intrecciano i linguaggi della scienza e dell'arte, della psicologia e della filosofia, in un dialogo che restitui-

sce complessità alla mente e alla sua capacità di significare l'esperienza. Il Disturbo da Gioco d'Azzardo emerge così non solo come oggetto clinico, ma come specchio del nostro tempo: un modo in cui l'essere umano tenta di trovare ordine nell'imprevedibilità, regole nel caso, senso nella perdita.

In questo attraversamento, la cura non è soltanto trattamento, ma gesto di presenza, atto poetico e conoscitivo insieme: un modo per riportare la mente nel suo gioco originario – quello della ricerca di sé.

PARTE I  
NEUROSCIENZE E COMORBIDITÀ:  
LA MENTE VULNERABILE

# 1. LA COMORBIDITÀ TRA IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO (DGA), IL DISTURBO DA USO DI SOSTANZE (DUS) STIMOLANTI (COCAINA) E IL DISTURBO DA DEFICIT DELL'ATTENZIONE CON IPERATTIVITÀ (DDAI-ADHD)

*Francesca Giordano, Domenico Fabio Cuzzola*

## *Abstract*

La letteratura recente evidenzia una significativa comorbidità tra il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (DDAI) e che di seguito definiremo (ADHD), Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) e Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) Stimolanti (cocaina). Tali condizioni condividono disfunzioni nei circuiti dopaminergici e noradrenergici fronto-striatali, associate a impulsività, deficit del controllo inibitorio e alterazioni della corteccia prefrontale ventrolaterale e dell'insula. L'impulsività emerge come tratto transdiagnostico chiave, sia come vulnerabilità biologica che come meccanismo di mantenimento della dipendenza. La comorbidità ADHD – DUS e ADHD – DGA comporta una maggiore gravità clinica, peggiori *outcome* terapeutici e un rischio più elevato di ricaduta. Evidenze recenti indicano l'efficacia di approcci integrati multimodali, basati su interventi farmacologici (metilfenidato, atomoxetina, rTMS) e psicoterapie comportamentali (CBT, *contingency management*). Lo screening sistematico dell'ADHD nei soggetti con dipendenze rappresenta un passaggio essenziale per migliorare la prognosi e personalizzare il trattamento.

## INTRODUZIONE

Nella letteratura scientifica recente sono pochissimi i contributi di studi primari che abbiano, contemporaneamente, arruolato campio-

ni con Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD), Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) e DUS Stimolanti (cocaina). Tuttavia, l'insieme delle evidenze, come vedremo dalle *review* separate – ADHD e DUS Stimolanti (cocaina) vs ADHD e DGA – supporta un modello transdiagnostico centrato su impulsività, distorsioni cognitive e disfunzioni di Corteccia Prefrontale Ventrolaterale (PFC)-striato-insula che spiega sia perché i tre disturbi spesso coesistono e si complicano reciprocamente (Vanes L.D., et al., 2015) sia perché è così importante effettuare uno *screening* sistematico.

In sintesi, l'ADHD (DSM 5-TR) è un disturbo dell'età evolutiva di origine neurobiologica, cronico e pervasivo: una "sindrome comportamentale caratterizzata da una triade fenomenologica di deficit d'attenzione, iperattività e impulsività" con caratteristiche di gravità, senso di inadeguatezza e ripetizione in più ambienti, in grado di interferire in modo significativo sul funzionamento adattivo della persona, compromettendo la vita scolastica e relazionale, con grandi difficoltà emotive e sociali connesse (Young & Gudjonsson, 2006).

Per l'effettuazione della diagnosi devono essere presenti almeno 6 sintomi (5 nel caso di adulti sopra i 17 anni di età) di un dominio tra disattenzione e impulsività/iperattività prima dei 12 anni ed è possibile esplicitare i sottotipi (combinata, disattenzione predominante o iperattività/impulsività predominante) a seconda degli specificatori della manifestazione e della loro gravità (lieve, moderata, grave).

Si stima che l'ADHD abbia una prevalenza che si aggira tra il 4 e il 12% nella popolazione generale e colpisce prevalentemente il sesso maschile, ma tale prevalenza aumenta dal 10 al 33% nei soggetti in trattamento per dipendenza da sostanze (Schubiner et al., 2000; Tesselaar et al., 2025).

Recenti studi hanno mostrato che più del 15% degli adulti con ADHD aveva abusato o era dipendente da alcol e droghe, con una percentuale tripla rispetto a quella dei dipendenti senza ADHD (Wilens et al., 2004). Di solito alcol e cannabinoidi risultano le sostanze più utilizzate e per il 70% degli utilizzatori esse servono, per migliorare il tono dell'umore e la qualità del sonno, come una sorta di automedicazione (J.J. Sandra Kooij, 2021).

Riguardo alla comorbidità con il DUS Stimolanti (cocaina), nello specifico, diverse revisioni sistematiche e meta-analisi hanno mostrato che il 14-25% degli adulti con ADHD ha fatto uso di cocaina nella vita e circa il 10% soddisfa i criteri per SUD-cocaina, tassi significativamente superiori rispetto alla popolazione generale (Oliva et al., 2021), suggerendo la necessità di *screening* e interventi precoci.

Anche le revisioni sulla co-occorrenza tra DGA e ADHD hanno rilevato che in pazienti con dipendenza da gioco, circa il 20-25% presentano sintomi severi compatibili con ADHD e che tale comorbidità si traduce in una maggiore gravità del comportamento ludopatico e in un profilo clinico più severo rispetto a soggetti senza ADHD (Brandt et al., 2017; Vintró-Alcaraz, C., Mestre-Bach, G., et al., 2024).

Al momento, gli studi tendono a investigare due variabili alla volta (es. ADHD e DGA oppure DUS Stimolanti (cocaina) e *decision making*) piuttosto che la tripla comorbidità. Questo lascia un vuoto significativo nella comprensione dei meccanismi specifici di quando i tre disturbi coesistono.

Un tema ricorrente però è che l'impulsività e i disturbi del controllo inibitorio siano fattori chiave che potrebbero mediare la relazione tra ADHD, DUS Stimolanti (cocaina) e DGA per stabilire relazioni causali e fattori predittivi. Anche nei pazienti con DGA e ADHD la dimensione impulsiva sembra infatti guidare il comportamento di Gioco d'Azzardo Patologico più che le caratteristiche specifiche del DGA stesso (Tanaka, M., Cho, T., et al., 2023).

Tali risultati hanno suggerito che l'impulsività auto-riferita e quella decisionale potrebbero rappresentare indicatori utili per monitorare l'efficacia dei trattamenti e l'andamento del comportamento impulsivo nei soggetti ADHD con DUS Stimolanti (cocaina) e DGA associato.

## ADHD E DUS STIMOLANTI (COCAINA)

La comorbilità tra ADHD e DUS Stimolanti (cocaina) rappresenta una delle sovrapposizioni cliniche più complesse in psichiatria. Nu-

merosi studi (Oliva et al., 2021; Crunelle et al., 2017) hanno documentato che gli individui con ADHD presentano un rischio significativamente più elevato di sviluppare dipendenza da sostanze, in particolare da stimolanti, come la cocaina. Tale associazione non appare casuale, ma radicata in meccanismi neurobiologici condivisi, tratti di personalità impulsivi (Cluster B) e deficit del controllo inibitorio.

Infatti, le evidenze meta-analitiche (Oliva et al., 2021; Tesselaar et al., 2025) stimano che tra il 10 e il 25% degli adulti con ADHD abbia sviluppato o svilupperà un disturbo da uso di cocaina, dal momento che l'ADHD si configura come un fattore di vulnerabilità per la dipendenza, probabilmente proprio a causa della ricerca di stimolazione e gratificazione immediata che caratterizza il profilo comportamentale del disturbo.

Sul piano neurobiologico, Crunelle et al. (2017) e Lim et al. (2025) hanno individuato un deficit dopaminergico e noradrenergico comune, che compromette i circuiti fronto-striatali deputati alla regolazione dell'attenzione e del comportamento impulsivo. Infatti, l'assunzione di cocaina, aumentando temporaneamente la disponibilità sinaptica di dopamina, può costituire per molti soggetti con ADHD una forma di "automedicazione" dei sintomi cognitivi, sebbene a lungo termine contribuisca a peggiorare il quadro clinico e a rafforzare la dipendenza (Barbuti et al., 2023).

Da un punto di vista neurobiologico, proprio la risposta positiva dei sintomi di ADHD agli psicostimolanti come amfetamine e metilfenidato, con un calo dell'iperattività e una maggiore capacità di concentrazione, ha fatto ipotizzare che l'ADHD sia caratterizzata da una trasmissione ipodopaminergica (Swenson et al., 1998). Dunque, il SUD-cocaina e l'ADHD condividono prima di tutto delle disfunzioni nei sistemi dopaminergico e noradrenergico, che determinano impulsività, disattenzione e ricerca di sensazioni forti.

È facile intuire che i soggetti con ADHD si accostino spesso alla cocaina e alle sostanze stimolanti proprio per ottenere un compenso del tono dopaminergico e noradrenergico carente fin dall'infanzia, spesso dopo aver sperimentato come compensatorie altre attività (attività fisica, impulsività, aggressività, abbuffate alimentari ecc.).

Caratteristica tipica di persone con ADHD che usano cocaina è infatti l'utilizzo della sostanza per calmarsi e placare l'iperattività (effetto paradosso rispetto a quello eccitante ed euforizzante in soggetti senza ADHD), nonché per aumentare la concentrazione e ridurre il deficit mnestico/cognitivo. La cocaina ha inoltre spesso un effetto ansiolitico e diminuisce il forte senso di noia che i soggetti con ADHD sperimentano fin dall'infanzia.

Si può dire dunque che le persone con ADHD hanno una vulnerabilità biologica e comportamentale maggiore all'uso di cocaina e tale co-occorrenza è associata a un decorso più grave della dipendenza e a una minore risposta al trattamento (Crunelle et al., 2017; French, et al., 2024).

Inoltre, DUS Stimolanti (cocaina) e ADHD condividono disfunzioni frontali del controllo degli impulsi, soprattutto a livello ventro-laterale e medialefrontale (Lundstorm et al., 2014) e numerose evidenze indicano che anche la disregolazione del sistema noradrenergico possa avere un ruolo chiave nella fisiopatologia dell'ADHD, dal momento che esso modula la funzione della corteccia prefrontale e parietale, del cingolo, dell'ippocampo, del talamo, del caudato e del putamen, coinvolte nei meccanismi di vigilanza, allerta e attenzione, nonché nell'inibire le risposte automatiche e nel modulare il mantenimento dell'*arousal*.

D'altra parte, il tratto impulsivo rappresenta un importante aspetto condiviso (Congia, P., et al., 2020), sia che lo si rapporti a tratti stabili di personalità (Cluster B), preesistenti all'uso di cocaina, sia che lo si consideri una caratteristica variabile che si modifica in funzione dell'intensità e dell'effetto dell'uso della sostanza. A tal proposito, la ricerca longitudinale svolta da Hulka et al. (2015) ha consentito di osservare le fluttuazioni intraindividuali dell'impulsività in relazione ai cambiamenti reali del consumo, permettendo di distinguere la presenza di un'impulsività di stato e una di tratto, su cui intervenire diversamente. Infatti, ha rilevato che l'impulsività auto-percepita e la propensione al rischio decisionale non sono caratteristiche stabili del soggetto, ma riflettono lo "stato" neurocognitivo legato alla presenza o all'assenza dello stimolante. In particolare, la riduzione del consumo di cocaina si associa a un miglioramento del-

la consapevolezza e del controllo comportamentale, mentre la sua ripresa o l'aumento determinano un peggioramento. Ciò supporta l'ipotesi di una relazione bidirezionale tra uso e disfunzione esecutiva, in cui la cocaina amplifica vulnerabilità preesistenti ma, al tempo stesso, altera in modo reversibile i circuiti fronto-striatali implicati nella regolazione dell'impulsività. Sul piano clinico, lo studio indica che l'impulsività auto-riferita e il *gambling decision-making* possono fungere da marcatori sensibili dello stato di dipendenza e del progresso terapeutico, mentre la *delay discounting* – ovvero la tendenza a preferire ricompense immediate/capacità di posticipare la gratificazione – appare più come un tratto stabile, potenzialmente endofenotipico, dei disturbi da stimolanti.

L'impatto significativo dell'ADHD sull'impulsività è stato studiato anche da Roncero C. et al. (2025), in soggetti con DUS Stimolanti (cocaina) e Disturbo da Uso di Alcol (DUA), ed è stato riscontrato che l'ADHD era presente nel 24,6% dei soggetti del campione [21,9% nel gruppo DUS Stimolanti (cocaina)] e 32,2% nel gruppo DUS Stimolanti (cocaina) e DUA e che l'impulsività totale era significativamente più elevata in presenza della co-occorrenza DUS-DUA, con importanti differenze anche di genere tra uomini e donne (nelle donne, l'ADHD spiegava oltre il 37% della varianza dell'impulsività, suggerendo un forte legame tra le due variabili, mentre negli uomini l'influenza dell'ADHD sull'impulsività risultava minima).

Dal punto di vista del trattamento farmacologico, diversi studi (Lim et al., 2025; Manni et al., 2019; Dürsteler-MacFarland et al., 2013 e 2015) hanno dimostrato che l'atomoxetina e il metilfenidato, normalizzando il tono dopaminergico, possono ridurre l'impulsività, il *craving* e il consumo di cocaina, nonché migliorare il funzionamento cognitivo (van Ruitenbeek et al., 2023; Barbuti et al., 2023).

Lo studio di Cardullo et al. (2021), condotto in una prospettiva innovativa, ha evidenziato che la stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (rTMS) può modulare i circuiti frontali implicati sia nell'ADHD sia nel DUS, con miglioramenti sui sintomi attentivi e sul *craving*, suggerendo l'utilità di integrare la neuromodulazione nei protocolli terapeutici per questi disturbi.

Sul versante psicoterapeutico, le meta-analisi di Bentzley et al. (2021) e Barbuti et al. (2023) hanno confermato che gli approcci comportamentali, in particolare il *contingency management* e la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), restano gli approcci più efficaci nel ridurre l'uso di cocaina e inoltre quando combinati con la farmacoterapia per l'ADHD, questi interventi mostrano un effetto sinergico nel promuovere l'astinenza e migliorare la funzione esecutiva. Le raccomandazioni che esitano da queste evidenze raccomandano un'attenta valutazione individuale e la definizione di programmi integrati/multimodali che includano il monitoraggio clinico, la psicoterapia e interventi di rinforzo da affiancare alla farmacoterapia.

## COMORBIDITÀ ADHD E DGA

Da una revisione recente della letteratura scientifica sulla co-occorrenza tra DGA e ADHD è emerso che in pazienti con dipendenza da gioco, circa il 20-25% presentano sintomi severi compatibili con ADHD e che tale comorbidità si traduce in una maggiore gravità del comportamento ludopatico e in un profilo clinico più grave rispetto a soggetti senza ADHD (Brandt et al., 2017; Waluk O.R. et al., 2016). In presenza di questa comorbidità vi sono più cognizioni distorte legate al gioco e maggiore impulsività, con ricadute più gravi e più elevate somme di denaro spese per il gioco d'azzardo (Vintró-Alcaraz, 2024; Marie Grall-Bronnec, et al., 2011; Jacob, L., et al., 2018). Dai risultati di uno studio condotto su un campione di adolescenti è emerso che l'impulsività associata all'ADHD può aumentare il rischio di sviluppare il DGA in età giovanile (Songul Derin et al., 2023).

In un altro studio trasversale effettuato da Jacob, L., et al. (2018) è stato stimato che la prevalenza di gioco a rischio (5,3% vs. 2,4%) e di gioco problematico (2,4% vs. 0,6%) come significativamente più alta negli individui con sintomi, rispetto a quelli senza, di ADHD. Inoltre, i sintomi di ADHD sono risultati associati, in modo significativo, sia al gioco a rischio sia al gioco problematico anche dopo

l'aggiustamento per età, sesso ed etnia. Le principali variabili che sono risultate mediare l'associazione tra ADHD e DGA sono i disturbi mentali comuni (depressione e disturbi d'ansia), i tratti di personalità borderline (BPD), gli eventi di vita stressanti, lo stress lavorativo o familiare, la dipendenza da alcol e l'impulsività. Questi risultati hanno suggerito che il legame tra ADHD e DGA è in parte correlato a fattori psicopatologici e ambientali, e hanno suggerito l'importanza di effettuare interventi integrati che aiutino a gestire l'impulsività, lo stress e i disturbi emotivi nella prevenzione e nel trattamento dei comportamenti di gioco disfunzionali.

Anche recenti che hanno come *focus* le *addiction* in comorbidità con l'ADHD (Findon J et al., 2025; Tokumitsu, K., et al., 2025) hanno riscontrato il rischio maggiore di co-occorrenza tra DUS e DUA e DGA con dipendenza da esercizio fisico e da Internet. Tali comorbidità sono risultate essere legate ad alterazioni nei meccanismi di gestione dell'impulsività/compulsività; nell'ADHD l'impulsività risulta correlata a tutte le dipendenze comportamentali, mentre la compulsività solamente con l'esercizio fisico e l'uso di Internet. Riguardo al ruolo di differenti forme di gioco, è emerso che tutti i tipi di coinvolgimento nel gioco eccetto la lotteria, mediano la relazione tra i sintomi di ADHD e il gioco problematico e tra questi, le corse ciclistiche, i casinò *online* e il gioco online hanno mostrato gli effetti più marcati.

Nell'insieme, si delinea un quadro in cui le dimensioni legate all'impulsività/deficit del controllo si spiegano con modelli neuropsicologici che implicano una compromissione dei circuiti fronto-striatali e della *cognitive flexibility* (Romo, L., et al., 2016), dove il ruolo dell'ADHD costituisce sia un fattore di rischio per l'insorgenza del gioco patologico, sia un elemento che contribuisce al suo mantenimento, attraverso un meccanismo cognitivo specifico: la persistenza delle distorsioni di pensiero. Infatti, l'ADHD non agisca soltanto a livello comportamentale (impulsività, disinibizione), ma anche a livello cognitivo, modulando la rigidità delle credenze errate, in particolare per quanto riguarda i bias emotivi e il comportamento di inseguimento delle perdite (*chasing*). Anche la dove lo screening positivo per ADHD nei DGA ha mostrato cognizioni legate al gio-

co meno elevate (Mak, C., et al., 2018), l'impulsività risultava essere la componente problematica principale, con importanti implicazioni per il trattamento.

## CONCLUSIONI

Molto spesso nella realtà clinica il paziente si presenta alla valutazione specialistica da adulto, con un quadro di comorbidità già in atto (Deberdt et al., 2015), di cui alcune con basi eziologiche comuni, mentre altre conseguenti all'impatto che l'ADHD può aver avuto nelle esperienze emotive, comportamentali e relazionali della persona nell'arco della sua crescita, comprese le *addiction*. Pertanto, non è sempre possibile lavorare con la diagnosi precoce e la prevenzione di tipo secondario.

Tali co-occorrenze richiederanno dunque in fase di *assessment* e per la stesura del progetto terapeutico un'accurata diagnosi differenziale e un intervento multimodale, in grado di gestire la sintomatologia maggiormente disfunzionale, senza trascurare il substrato connesso alle caratteristiche ADHD specifiche (He J.A., et al., 2017; French, Cunningham & Asherson, 2024).



## 2. NEUROSCIENZE, *MINDFULNESS* E DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

*Silvia Perrone, Domenico Fabio Cuzzola, Silvia Toma*

### *Abstract*

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) è una dipendenza comportamentale caratterizzata da una marcata perdita di controllo e da un pattern di comportamento compulsivo mantenuto nonostante le conseguenze negative (Grant & Chamberlain, 2021). Le evidenze neuroscientifiche mostrano una iperattivazione del sistema dopaminergico mesolimbico – che coinvolge l'area tegmentale ventrale (VTA), il nucleo *accumbens* e la corteccia orbitofrontale – associata a una ridotta attività della corteccia prefrontale dorsolaterale e ventromediale, con conseguente deficit di modulazione top-down e incremento dell'impulsività (Potenza et al., 2013; Volkow et al., 2019). La *mindfulness meditation* ha dimostrato, attraverso studi di neuroimaging, di indurre cambiamenti strutturali e funzionali nel cervello: incremento della densità di sostanza grigia nella corteccia prefrontale e nel cingolato anteriore, riduzione della reattività dell'amigdala e rafforzamento della connettività funzionale tra reti esecutive e limbiche (Hölzel et al., 2011; Tang & Hölzel, 2015; Calderone et al., 2024). Si propone un protocollo integrato di otto settimane, ispirato al *Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)* di Kabat-Zinn (1990).

### MECCANISMI NEUROBIOLOGICI DEL DGA

Il comportamento di gioco patologico attiva il circuito della ricompensa dopaminergico mesolimbico, che comprende l'area tegmentale ventrale (VTA), il nucleo accumbens, la corteccia orbitofrontale e la corteccia prefrontale mediale. Queste strutture costituiscono la ba-

se neurale del rinforzo positivo e della motivazione. Durante il gioco, l'anticipazione della vincita, più ancora della vincita stessa, genera un rilascio dopaminergico che rinforza il comportamento e alimenta l'aspettativa di guadagno (Clark et al., 2019). Il rinforzo intermittente – caratterizzato da ricompense imprevedibili – produce un incremento dell'attività dopaminergica che consolida l'apprendimento patologico, spiegando la difficoltà del soggetto a interrompere il comportamento anche di fronte a perdite ripetute. Nel DGA, inoltre, si osserva una ridotta attività nella corteccia prefrontale dorsolaterale (dlPFC) e ventromediale (vmPFC), aree deputate al controllo inibitorio, alla pianificazione e alla regolazione delle emozioni (Limbrick-Oldfield et al., 2017). La compromissione del controllo top-down favorisce la dominanza dei processi impulsivi bottom-up mediati dalle strutture limbiche, in particolare l'amigdala e lo striato ventrale. Questo squilibrio funzionale spiega la difficoltà a “fermarsi” una volta iniziato a giocare, indipendentemente dalla consapevolezza cognitiva delle conseguenze negative. Volkow et al. (2019) descrivono tale processo come una transizione dalla fase volontaria del comportamento a una forma di automatismo compulsivo, mediata da plasticità maladattiva dei circuiti dopaminergici e glutamatergici.

L'insula anteriore, struttura centrale per l'elaborazione degli stati corporei e la consapevolezza interocettiva, gioca un ruolo critico nella rappresentazione soggettiva delle emozioni e nella valutazione del rischio. Nel DGA, studi di neuroimaging mostrano un'iperattivazione dell'insula durante le fasi di *craving*, associata a una sopravvalutazione delle probabilità di vincita e alla distorsione del giudizio (Paulus & Stewart, 2020). La disregolazione interocettiva impedisce al soggetto di riconoscere precocemente i segnali di allarme emotivo e corporeo, contribuendo al mantenimento del comportamento patologico.

## *MINDFULNESS* E REGOLAZIONE NEUROFUNZIONALE

La *mindfulness*, definita da Kabat-Zinn (1990) come la consapevolezza che emerge dal prestare attenzione intenzionalmente e senza giudizio al momento presente, si è affermata come un potente stru-

mento di ri-regolazione cerebrale. Numerose ricerche di neuroimaging (Hölzel et al., 2011; Tang & Hölzel, 2015; Calderone et al., 2024) hanno dimostrato che la pratica meditativa induce cambiamenti strutturali e funzionali nel cervello, in particolare:

- un aumento della densità di sostanza grigia nella corteccia prefrontale dorsolaterale, nel cingolato anteriore e nell’insula;
- una maggiore connettività funzionale tra reti esecutive e limbiche;
- una riduzione dell’attività dell’amigdala in risposta agli stimoli emotivi negativi.

Tali modificazioni riflettono un miglioramento del controllo inibitorio, della regolazione emotiva e della consapevolezza interocettiva, tutte funzioni compromesse nel DGA.

Tang et al. (2010, 2015) hanno dimostrato che quattro settimane di meditazione integrativa (IBMT) determinano modificazioni della sostanza bianca prefrontale e della corteccia cingolata anteriore, associandosi a una riduzione dell’impulsività e a un miglioramento della capacità attentiva. Più recentemente, Ni et al. (2024) hanno evidenziato che otto settimane di *mindfulness* training in soggetti con *Internet Gaming Disorder* producono una riduzione della reattività limbica (amigdala, insula) e un incremento dell’attività nella corteccia frontale mediale, correlata a un miglior controllo del *craving*. Tali risultati confermano che la *mindfulness* promuove una riattivazione funzionale della corteccia prefrontale, facilitando la modulazione top-down delle risposte impulsive e compulsive.

Il modello *Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement (MORE)* proposto da Garland et al. (2014, 2023) spiega l’effetto della meditazione sulle dipendenze come un processo a doppio livello:

1. riduzione della reattività automatica agli stimoli correlati al *craving*;
2. aumento della consapevolezza interocettiva, grazie alla riattivazione dell’insula e della corteccia cingolata anteriore.

Questi adattamenti neurali permettono al soggetto di riconoscere gli stati interni disfunzionali prima che si trasformino in impulso d’azione, interrompendo così la catena automatica stimolo – risposta.

## PROTOCOLLI *MINDFULNESS* PER IL DGA

Negli ultimi anni, diverse ricerche hanno indagato l'efficacia delle *Mindfulness*-Based Int

(MBI) nel trattamento delle dipendenze comportamentali, tra cui il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA). Tra queste, lo studio di Ventola et al. (2020) rappresenta un contributo di particolare rilievo, in quanto propone un'integrazione sistematica tra la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e la *mindfulness* in un protocollo clinico controllato.

Nel disegno sperimentale, un campione di soggetti con diagnosi di DGA è stato assegnato a un percorso di *Mindfulness*-Enhanced Cognitive Behavior Therapy (ME-CBT) di otto settimane, mentre il gruppo di controllo ha seguito un trattamento CBT standard.

Il programma ME-CBT prevedeva sessioni di pratica *mindfulness* formale (meditazione sul respiro, *body scan*, osservazione dei pensieri e delle sensazioni) integrate con moduli di ristrutturazione cognitiva specificamente orientati alla correzione delle distorsioni cognitive tipiche del gioco d'azzardo, come la *gambler's fallacy*, l'illusione di controllo e il pensiero magico.

I risultati hanno mostrato che il gruppo ME-CBT, rispetto al gruppo CBT tradizionale, presentava:

- una riduzione significativa del *craving* di gioco (misurata con la Gambling Craving Scale);
- un miglioramento del controllo inibitorio e della consapevolezza emotiva, valutato attraverso la Barratt Impulsiveness Scale e la Five Facet Mindfulness Questionnaire;
- una diminuzione dei livelli di distress psicologico e una maggiore interocezione, cioè la capacità di riconoscere le sensazioni corporee e gli stati affettivi associati al *craving*.

I *follow-up* a tre mesi hanno evidenziato un tasso di ricaduta significativamente inferiore nel gruppo *mindfulness* rispetto al gruppo di controllo, suggerendo un potenziamento duraturo della capacità di autoregolazione e una stabilizzazione del cambiamento terapeutico.

Dal punto di vista neurofunzionale, Ventola e colleghi ipotizzano che tali risultati derivino da una riattivazione della corteccia prefrontale mediale e del cingolato anteriore, regioni coinvolte nel controllo cognitivo e nella regolazione delle emozioni, nonché da una riduzione dell'attività limbica (amigdala e striato ventrale), coerente con quanto osservato negli studi fMRI su meditazione *mindfulness* e *craving* (Brewer et al., 2013; Garland et al., 2014; Ni et al., 2024).

Nel complesso, lo studio fornisce una base empirica robusta per l'integrazione della *mindfulness* nei programmi di trattamento del DGA, sia come strumento di supporto alla terapia cognitivo-comportamentale sia come approccio preventivo alle ricadute, grazie al suo effetto modulatore sui circuiti cerebrali della ricompensa e del controllo inibitorio.

#### PROPOSTA DI MODELLO OPERATIVO BASATO SULLA *MINDFULNESS* PER LA PREVENZIONE DELLE RICADUTE NEL DGA

Sulla base delle evidenze disponibili, un protocollo di otto settimane, ispirato al programma *Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)* di Kabat-Zinn, può essere adattato per la prevenzione delle ricadute nel DGA e in particolar modo ha come obiettivi specifici:

- riconoscere precocemente segnali di *craving* e vulnerabilità.
- aumentare la consapevolezza corporea e delle emozioni legate al gioco.
- favorire una risposta *mindful* agli stati mentali e agli stimoli associati al gioco.
- potenziare strategie di coping basate sulla presenza consapevole e sulla compassione verso sé stessi.

Il protocollo può avere la durata di otto settimane con incontri di gruppo (6-10 partecipanti) della durata di 2 ore ciascuno + un *follow-up* a 1 mese. Gli incontri devono essere condotti da due terapeu-

ti formati in *mindfulness* e trattamento delle dipendenze comportamentali.

## STRUTTURA DEGLI INCONTRI

### *Incontro 1 – Introduzione alla Mindfulness e consapevolezza del gioco*

Il primo incontro ha lo scopo di introdurre i partecipanti ai principi fondamentali della *mindfulness*, mettendo in luce il legame tra automatismi, *craving* e ricaduta. Attraverso una breve parte psicoeducativa, si esplora come molte azioni legate al gioco d'azzardo si manifestino in modo automatico, senza consapevolezza del momento presente. Segue un esercizio esperienziale, il classico “Mangiare un'uvetta con consapevolezza”, che consente di comprendere in modo diretto la differenza tra un comportamento automatico e uno svolto con piena attenzione. La pratica formale del *body scan* guida i partecipanti a portare attenzione al corpo, favorendo il riconoscimento delle sensazioni fisiche come primo passo verso l'autoregolazione. Il compito a casa consiste nell'osservare durante la settimana i momenti di automatismo nella vita quotidiana, prendendo nota di quando e come si attivano.

In sintesi:

- Psicoeducazione: automatismi, *craving* e ricaduta.
- Esercizio: “Mangiare un'uvetta con consapevolezza”.
- Pratica formale: *Body scan*.
- Compito a casa: osservazione dei momenti automatici nella giornata.

### *Incontro 2 – Consapevolezza del corpo e segnali di craving*

Il secondo incontro approfondisce la connessione tra corpo, emozioni e impulso al gioco. Dopo una breve introduzione teorica, si guida il gruppo a esplorare come il *craving* non sia solo un pensiero o un'emozione, ma anche un'esperienza corporea. La pratica guidata di *body scan* è seguita da un'esplorazione specifica dei segnali corporei del *craving*, invitando i partecipanti a localizzare e descrivere le sensa-

## AUTORI

*Mario Carparelli*, Ricercatore, Corso di Laurea Magistrale in Scienze Filosofiche, Università del Salento, Lecce.

*Damiano Conte*, Psicologo Psicoterapeuta, Borsista Progetto Regionale per il contrasto al GAP del Dipartimento Dipendenze Patologiche, ASL Lecce.

*Domenico Fabio Cuzzola*, Direttore FF U.O.C. Ser.D. sez. Lecce, Centro per il Trattamento del DGA di San Cesario di Lecce e Muro Leccese, Dipartimento Dipendenze Patologiche, ASL Lecce.

*Ornella De Giorgi*, Dirigente Psicologa U.O.C. Ser.D. sez. Lecce, Dipartimento Dipendenze Patologiche, ASL Lecce.

*Salvatore Della Bona*, Direttore, Dipartimento Dipendenze Patologiche, ASL Lecce.

*Angelo Donno*, Dirigente Sociologo U.O.C. Ser.D. sez. Casarano – sede di Gallipoli, Dipartimento Dipendenze Patologiche, ASL Lecce.

*Giada Fabio*, Dirigente Psichiatra Ser.D Bari, Dipartimento Dipendenze Patologiche, ASL Bari.

*Ada Fiore*, Docente di Storia e Filosofia, Liceo Classico “Francesca Capece” di Maglie, Responsabile Scientifica di *Industria Filosofica*.

*Francesca Giordano*, Psicologa Psicoterapeuta U.O.C. Ser.D sez. Casarano – sede di Gallipoli Dipartimento Dipendenze Patologiche, ASL Lecce.

*Angela Lacalamita*, Dirigente Psicologa Ser.D Bari, Dipartimento Dipendenze Patologiche, ASL Bari

*Anna Paola Lacatena*, Dirigente Sociologa, Dipartimento Dipendenze Patologiche, ASL Taranto.

*Maria Teresa Maglio*, Dirigente Psicologa U.O.C. Ser.D Maglie, Dipartimento Dipendenze Patologiche, ASL Lecce.

*Tiziana Marinaci*, Ricercatrice di Psicologia Clinica, Dipartimento di Scienze Umane e Sociali, Università del Salento, Lecce.

- Mary Negro*, Psicologa Psicoterapeuta, U.O.C. Ser.D sez. Lecce – Centro per il Trattamento del DGA di San Cesario di Lecce, Dipartimento Dipendenze Patologiche, ASL Lecce.
- Beatrice Pagliarulo*, Educatrice professionale U.O.C. Ser.D Casarano – Centro per il Trattamento del DGA di Muro Leccese, Dipartimento Dipendenze Patologiche, ASL Lecce.
- Paola Pasca*, Psicologa Psicoterapeuta, Ricercatrice, Dipartimento di Scienze Teoriche e Applicate (DiSTA), Università eCampus, Novedrate (CO).
- C. Fiammetta Perrone*, Educatrice professionale e Pedagogista, U.O.C. Ser.D. Lecce – Centro per il Trattamento del DGA di San Cesario di Lecce , Dipartimento Dipendenze Patologiche, ASL Lecce.
- Silvia Perrone*, Dirigente Psicologa U.O.C. Ser.D. sez. Lecce – Centro per il Trattamento del DGA di San Cesario di Lecce, Dipartimento Dipendenze Patologiche, ASL Lecce.
- Corrado Punzi*, Professore Associato di Sociologia dei processi culturali e comunicativi; Dipartimento di Scienze Umane e Sociali, Università del Salento, Lecce.
- Rosa Sava*, Psicologa Psicoterapeuta U.O.C. Ser.D Maglie – Centro per il trattamento del DGA di Muro Leccese, Dipartimento Dipendenze Patologiche, ASL Lecce.
- Silvia Toma*, Psicologa Psicoterapeuta, Borsista Progetto Regionale per il contrasto al GAP del Dipartimento Dipendenze Patologiche, ASL Lecce.
- Claudia Venuleo*, Professore Associato di Psicologia Clinica-Dipartimento di Scienze Umane e Sociali, Università del Salento, Lecce.

## RINGRAZIAMENTI

Questo volume è il frutto di un interesse comune, di una visione condivisa e di un lavoro collettivo che è stato realizzato grazie a un'ampia e appassionata collaborazione tra diverse professionalità che si sono integrate e armonizzate.

Un ringraziamento sincero va a tutti coloro che hanno reso possibile la realizzazione di questo progetto: A Gianpasquale Preite, Claudia Venuleo, Mario Carparelli, Paola Pasca, Corrado Punzi e Tiziana Marinaci per l'elevato contributo scientifico profuso; a Silvia Perrone, Annalisa Sticchi, Mary Negro, Fiammetta Perrone, Francesca Giordano e Angelo Donno per la dedizione al progetto e il generoso impegno dimostrato; A Maria Teresa Maglio per la fiducia dimostratami in questi anni di costante confronto sui temi della clinica.

A Ornella De Giorgi, Ada Fiore, Giada Fabio, Anna Paola Lacatena, Angela Lacalamita, Beatrice Pagliarulo, Rosella Sava, Damiano Conte e Silvia Toma per la disponibilità e l'entusiasmo con cui hanno aderito a questo progetto.

A Matteo Pagliara, per lo sforzo organizzativo e il coordinamento progettuale messo in atto, e ad Andrea Fiorillo per il solerte supporto tecnico.

Un pensiero riconoscente va a Salvatore Della Bona che ha creduto in questo progetto, lo ha convintamente promosso e costantemente supportato, con i suoi preziosi e puntuali consigli.

Lecce 27.10.2025  
Domenico Fabio Cuzzola

POÏESIS



*Collana di studi e ricerche sull'eGovernment  
Sezione Politica e Istituzioni*

1. M. Mancarella (a cura di), *La Pubblica Amministrazione tra Management, eGovernment e Federalismo*
2. L. Caputo (a cura di), *Politiche dell'ambiente e del territorio*
3. G. Preite (a cura di), *Amministrazione pubblica e buon governo al passaggio del millennio*
4. M. Mancarella (a cura di), *Projects and Forms of the European Digital Citizenship*
5. P. L. Di Viggiano, R. Bufano, *Donna e società. Partecipazione democratica e cittadinanza digitale*
6. P. L. Di Viggiano (a cura di), *Il governo dei moderni apparati pubblici*
7. M. Mazzotta, M. Giannotta (a cura di), *Smartourism and the Knowledge Era*
8. P. L. Di Viggiano (a cura di), *La costruzione dell'Agenda Digitale*
9. G. Preite (a cura di), *La governance del rischio in sanità tra comunicazione e consenso informato*
10. E. Solombrino, M. Giannotta (a cura di), *Le istituzioni intelligenti nei processi multilivello dell'agenda digitale*
11. M. de Cillis, *Economia e Politica ambientale tra E-Business e Biopolitica*
12. C. Longo, *La disciplina in materia di accesso al "pubblico impiego"*
13. M. De Benedetto, G. Preite (a cura di), *La sanità e il rischio. Dinamiche, prospettive, strategie*
14. R. Cataldo, M. Giannotta, A.P. Paiano (a cura di), *Cultura e turismo nell'era digitale*
15. M.L. Tarantino (a cura di), *Sicurezza, diritti e salute. Politiche sanitarie e processi di governance*
16. S. Vitale, *Smart inclusive living e otorinolaringoiatria*
17. M. Bruno, F. Bonfantini, R. Zappatore, F. Viggiani, D. Cisternino, C. Longo, E. Vaglio (a cura di), *Diritti, emergenze e dinamiche istituzionali. Casi di studio*