



# RAPPORTI ISTISAN 22|5

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

## Dipendenze da Internet

A cura di A. Minutillo, P. Berretta,  
P. Canuzzi, L. La Sala, R. Pacifici



EPIDEMIOLOGIA  
E SANITÀ PUBBLICA



# ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

## Dipendenze da Internet

A cura di  
Adele Minutillo (a), Paolo Berretta (a), Pietro Canuzzi (b),  
Liliana La Sala (b), Roberta Pacifici (a)

(a) *Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma*  
(b) *Direzione generale della Prevenzione sanitaria, Ministero della Salute, Roma*

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

**Rapporti ISTISAN**  
**22/5**

Istituto Superiore di Sanità

### **Dipendenze da Internet.**

A cura di Adele Minutillo, Paolo Berretta, Pietro Canuzzi, Liliana La Sala, Roberta Pacifici  
2022, ii, 118 p. Rapporti ISTISAN 22/5

Lo scopo di questo rapporto è fornire una panoramica sulle principali problematiche legate all'uso di Internet come contributo per la creazione di definizioni condivise e studi confrontabili. La prima parte illustra la sintesi della letteratura scientifica di riferimento con particolare attenzione alla definizione dei costrutti, alle principali evidenze sui trattamenti e sulle strategie di prevenzione della dipendenza da Internet; un capitolo è dedicato alla presentazione del fenomeno emergente del ritiro sociale (*hikikomori*) e delle sue implicazioni con la dipendenza da Internet. La seconda parte descrive il progetto "Rete senza fili. Salute e Internet Addiction: tante connessioni possibili" e le attività di alcune Unità Operative del progetto. Infine, la terza parte sintetizza alcune esperienze pratiche delle risorse territoriali sociosanitarie che hanno partecipato al Tavolo Tecnico per la mappatura e censimento delle risorse territoriali per le dipendenze da Internet.

*Parole chiave:* Dipendenza da Internet; Cyberbullismo; Cybersex; Dipendenza da relazioni virtuali; Shopping compulsivo online; Disturbo da gioco su Internet; Trattamento; Prevenzione

Istituto Superiore di Sanità

### **Internet addiction.**

Edited by Adele Minutillo, Paolo Berretta, Pietro Canuzzi, Liliana La Sala, Roberta Pacifici  
2022, ii, 118 p. Rapporti ISTISAN 22/5 (in Italian)

The purpose of this report is to provide an overview of the main issues related to the use of the Internet as a contribution to the creation of shared definitions and comparable studies. The first part illustrates the synthesis of the reference scientific literature with particular attention to the definition of constructs, to the main evidence on treatments and strategies for preventing Internet addiction; a chapter is dedicated to the presentation of the emerging phenomenon of social withdrawal (*hikikomori*) and its implications with Internet addiction. The second part describes the project named "Rete senza fili. Salute e Internet Addiction: tante connessioni possibili" and the activities of some partners of the project. Finally, the third part summarizes some practical experiences of the local social and health resources who participated in the Technical Roundtable for the mapping and census of territorial resources for Internet addictions.

*Key words:* Internet Addiction Disorder; Cyberbullying; Cybersex; Virtual relationship addiction; Compulsive online shopping; Internet gaming disorder; Treatment; Prevention

Si ringraziano: Asia Cione (Ufficio Stampa, Istituto Superiore di Sanità) per la riorganizzazione dei materiali terzi; Antonella Bacosi, Simonetta Di Carlo, Chiara Fraioli, Laura Martucci (Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità) per l'assistenza tecnica.

Il documento è stato creato nell'ambito del progetto "Rete senza fili. Salute e Internet Addiction Disorder (IAD): tante connessioni possibili", realizzato con il supporto tecnico e finanziario del Ministero della Salute – CCM.

Per informazioni su questo documento scrivere a: [adele.minutillo@iss.it](mailto:adele.minutillo@iss.it)

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: [www.iss.it](http://www.iss.it)

Citare questo documento come segue:

Minutillo A, Berretta P, Canuzzi P, La Sala L, Pacifici R (Ed.). *Dipendenze da Internet*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/5).

---

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Silvio Brusaferrò*

Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 114 (cartaceo) e n. 115 (online) del 16 maggio 2014

Direttore responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Sandra Salinetti*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.



# INDICE

## Introduzione

*Adele Minutillo, Paolo Berretta, Pietro Canuzzi, Liliana La Sala, Roberta Pacifici* ..... 1

## PRIMA PARTE

---

### Panoramica sul fenomeno delle dipendenze da Internet

#### **Internet Addiction Disorder**

*Adele Minutillo, Paolo Berretta* ..... 5

#### **Dipendenza dalle relazioni virtuali**

*Adele Minutillo, Paolo Berretta* ..... 22

#### **Sovraccarico cognitivo**

*Paolo Berretta, Adele Minutillo* ..... 30

#### **Cybersex**

*Paolo Berretta, Adele Minutillo* ..... 32

#### **Net Compulsion**

*Paolo Berretta, Adele Minutillo* ..... 35

#### **Computer Addiction**

*Adele Minutillo, Paolo Berretta* ..... 37

#### **Trattamenti delle problematiche da Internet**

*Paolo Berretta, Adele Minutillo* ..... 40

#### **Prevenzione della dipendenza da Internet**

*Adele Minutillo, Paolo Berretta* ..... 44

#### **Fenomeno del ritiro sociale**

*Adele Minutillo* ..... 50

#### **Bibliografia della prima parte**

..... 55

## SECONDA PARTE

---

### Progetto “Rete senza fili” e il lavoro di alcune unità operative

#### **“Rete senza Fili”: un progetto nazionale**

*Antonella Ermacora, Laura Marinaro, Paolo Berretta, Adele Minutillo* ..... 71

#### **Unità Operativa ASL Cuneo 2: il Centro Display**

*Giuseppe Masengo, Valentino Merlo* ..... 80

<b>Unità Operativa ASL Città di Torino: “Prox Experience”</b> <i>Roberto Fiorini</i> .....	83
<b>Unità Operativa AULSS 7 Pedemontana: Villa Cà Dotta</b> <i>Giorgio Dal Santo, Laura Brusaterra</i> .....	87
<b>Unità Operativa USL Toscana Nord-Ovest: interventi di sistema integrati</b> <i>Guido Intaschi</i> .....	92

## **TERZA PARTE**

---

### **Esperienze regionali**

<b>Regione Liguria: il contributo di ASL3 Genovese per le dipendenze</b> <i>Cristiana Busso</i> .....	97
<b>Regione Marche: un laboratorio terapeutico di videogiochi ad Ancona</b> <i>Rodolfo Maria Rabboni</i> .....	101
<b>Regione Piemonte: la Struttura Semplice Dipartimentale Dipendenze da Comportamenti</b> <i>Enrico Teta</i> .....	107
<b>Regione Sicilia: Centro Dipendenze senza Sostanze a Palermo</b> <i>Francesca Picone</i> .....	109
<b>Regione Toscana: progetti di prevenzione per promuovere stili di vita salutari</b> <i>Guido Intaschi, Emanuele Palagi, Annamaria Badalotti</i> .....	111
<b>Regione Umbria: un Servizio Aziendale per il trattamento del disturbo da gioco d’azzardo a Perugia</b> <i>Antonella Lucantoni, Glenda Carolina Perna</i> .....	114
<b>Glossario</b> .....	117

## INTRODUZIONE

Adele Minutillo (a), Paolo Berretta (a), Pietro Canuzzi (b), Liliana La Sala (b), Roberta Pacifici (a)

(a) Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) Direzione generale della Prevenzione sanitaria, Ministero della Salute, Roma

La comunità scientifica ha dedicato, negli ultimi anni, molti studi ai fenomeni delle dipendenze comportamentali. Le ricerche sul comportamento di gioco d'azzardo si sono moltiplicate portando in breve tempo al riconoscimento del Disturbo da gioco d'azzardo così come descritto nel DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*). Allo stesso tempo molta attenzione stanno ricevendo quelle che vengono definite dipendenze tecnologiche, come per esempio la dipendenza da Internet anche se non c'è ancora chiarezza sulla definizione del costrutto e sui criteri diagnostici di riferimento.

Tra le dipendenze legate all'uso di Internet, il *Gaming* è stato incluso nell'ICD-11 (*International Classification of Disease, 11<sup>th</sup> revision*) come *Gaming Disorder* ed è riconosciuto come meritevole di futuri studi anche dal DSM-5. Altre forme di dipendenza da Internet che attualmente sono all'attenzione della comunità scientifica sono per esempio la dipendenza da relazioni virtuali, la dipendenza da eccessive informazioni, dai *social network*, e il cybersesso. Un altro costrutto di recente interesse è il ritiro sociale e i suoi legami con le dipendenze da Internet.

La sua stesura, che costituisce la base per la creazione di materiali informativi destinati agli operatori delle risorse territoriali che si occupano di problematiche legate all'uso di Internet, è stata possibile grazie alle attività svolte nell'ambito del progetto "Rete senza fili. Salute e Internet Addiction Disorder (IAD): tante connessioni possibili", realizzato con il supporto tecnico e finanziario del Ministero della Salute nell'ambito del Programma di attività del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) 2018.

Il progetto "Rete senza fili" (<https://retesenzafili.it/>) ha previsto lo sviluppo di attività di *media education* e la creazione di un network per l'incontro tra la domanda e l'offerta dei servizi socio-sanitari che si occupano di problematiche legate all'uso di Internet, reso possibile dal censimento e dalla mappatura delle risorse territoriali che si occupano delle problematiche connesse all'uso di Internet, disponibile all'indirizzo <https://dipendenzaInternet.iss.it/>.

Il progetto è stato coordinato dalla Azienda Sanitaria Locale (ASL) Cuneo 2 Alba-Bra della Regione Piemonte. Le altre Unità Operative sono: il Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'ISS, il Dipartimento delle Dipendenze della ASL Città di Torino (Regione Piemonte), l'Azienda Sanitaria Provinciale 3 Catania della Regione Sicilia, l'Azienda Unità Sanitaria Locale Socio Sanitaria 7 Pedemontana della Regione Veneto, l'Azienda Sanitaria Unica Regionale Area Vasta 2 della Regione Marche e l'Azienda Unità Sanitaria Locale Toscana Nord-Ovest (Zona Versilia) della Regione Toscana.

La prima parte di questo rapporto fornisce una panoramica della letteratura scientifica relativamente ai dati epidemiologici, ove presenti, e ai principali strumenti di screening utilizzati per misurare questi fenomeni, come contributo alla creazione di definizioni condivise e protocolli di ricerca confrontabili.

La seconda parte di questo rapporto illustra le esperienze più significative di alcune Unità Operative del progetto.

La terza parte è dedicata al lavoro svolto da diversi servizi regionali che gentilmente hanno partecipato al Tavolo Tecnico 2 (TT2) per l'implementazione della mappatura delle risorse

territoriali per le problematiche relative all'uso di Internet, nato dalla fusione del Tavolo Tecnico composto dai membri delle Unità Operative e la collaborazione con il Gruppo Interregionale per le dipendenze che gentilmente ha delegato alcuni membri a partecipare alle attività del progetto "Rete senza fili". Il TT2 ha presieduto lo sviluppo delle attività di censimento e mappatura delle risorse territoriali fornendo contributi preziosi alla realizzazione di materiali informativi che hanno rappresentato il valore aggiunto alle azioni progettuali del Centro Nazionale Dipendenze e Doping. Nelle ultime pagine è stato costruito, infine, un glossario su termini più frequentemente impiegati tra gli utilizzatori di Internet, che possa essere di facile consultazione per gli operatori.



**PRIMA PARTE**  
**Panoramica sul fenomeno**  
**delle dipendenze da Internet**



# INTERNET ADDICTION DISORDER

Adele Minutillo, Paolo Berretta

Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

## Definizione

L'*Internet Addiction Disorder* (IAD) ha ricevuto una certa attenzione da parte della comunità scientifica, probabilmente anche a causa dell'aumento esponenziale della tecnologia nella vita quotidiana. Sono quasi 4,54 miliardi le persone che oggi sono connesse a Internet e, circa la metà della popolazione mondiale, 3,8 miliardi sono gli utilizzatori quotidiani dei *social network* (+9% rispetto al 2019). In Italia sono quasi 50 milioni i soggetti online ogni giorno e 35 milioni quelli attivi sui canali *social*. Oltre 80 milioni di smartphone per una popolazione residente di 60 milioni. È di 1 milione la quota delle persone connesse ad Internet per la prima volta nel corso del 2020, un incremento del 2,2% che ci fa superare la soglia dei 50 milioni. Ancora più importante l'aumento sul fronte piattaforme *social*: oltre 2 milioni di nuovi utenti, un incremento quasi del 6% che fa raggiungere quota 41 milioni. Gli smartphone sono presenti nelle tasche e nelle mani del 97% di noi, mentre 3 persone su 4 utilizzano computer desktop o laptop. Lo scenario per quanto riguarda i comportamenti sulle piattaforme *social* mostra un incremento del 4% nelle interazioni, le persone che dichiarano di aver partecipato attivamente al dialogo online, saltando dall'81% del 2020 all'85% nel 2021 (Starri, 2021).

Fin dalla sua comparsa nella letteratura scientifica, questo fenomeno è stato accompagnato da vivaci dibattiti sulla sua definizione e concettualizzazione. Si discute molto sul fatto che le persone siano dipendenti da Internet stessa o dalle attività realizzate nell'ambiente Internet, e se utilizzare il termine dipendenza da Internet o dipendenze da attività online specifiche come il gioco online o la dipendenza dal sesso virtuale (Davis, 2001; Griffiths *et al.*, 2016; Pontes *et al.*, 2015; Starcevic, 2013). Il gruppo di lavoro del DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*) ha esaminato più di 240 articoli trovando similitudini comportamentali tra gioco su Internet, disturbo da gioco d'azzardo e disturbo da uso di sostanze (APA, 2013), ciò ha consentito di inserire, per la prima volta, nella Sezione III "Condizioni che necessitano di ulteriori studi" i criteri diagnostici per il disturbo da gioco su Internet (APA, 2013), anche se viene sottolineato che non esistono evidenze sufficienti per giustificare la sua inclusione nella categoria diagnostica dei disturbi da *addiction*.

La dipendenza da Internet comprende aspetti differenti a seconda del tipo di attività svolta in Rete: sesso virtuale, relazioni virtuali, gioco online (d'azzardo e non), ed è diffusa non solo tra le nuove generazioni, ma in grande misura anche tra adulti e anziani. Il rischio è quello di affrontare tutte le relazioni interpersonali in modo surreale e che il suo sovra-utilizzo per la gestione delle relazioni e delle proprie emozioni, si tramuti in una vera e propria dipendenza (Mizera *et al.*, 2019; Palmer, 2018). In generale, gli autori sembrerebbero d'accordo sul fatto che la dipendenza da Internet si riferisca a qualsiasi comportamento compulsivo correlato alla Rete che provochi difficoltà nello svolgimento dell'attività lavorativa, nei rapporti affettivi, interferendo con lo svolgimento delle attività quotidiane (Shaw & Black, 2008).

L'evidenza suggerisce che la dipendenza da Internet è più diffusa tra i maschi, tra le persone giovani, tra le persone con un reddito più elevato e coloro che mostrano alcuni tratti di personalità come nevroticismo, impulsività, e solitudine. Depressione e ansia sono anche fattori di rischio

comuni per la dipendenza da Internet (Shaw & Black, 2008). Tuttavia, trascorrere una quantità eccessiva di tempo su Internet non indica necessariamente una problematica.

Come accennato, l'appropriata classificazione di IAD è stata discussa più volte nella letteratura di riferimento. Alcuni ricercatori hanno collegato questo fenomeno alle dipendenze da sostanze, raggruppandolo insieme all'uso di droghe sostanze e all'abuso di alcol (Fernández-Aliseda *et al.*, 2020). Altri hanno collegato IAD al disturbo ossessivo compulsivo o ai disordini del controllo degli impulsi (Hollmann *et al.*, 2021). I diversi nomi dati a questo fenomeno danno l'idea dei vari modi in cui è stato considerato: uso compulsivo del computer, uso di Internet patologico, uso problematico di Internet, dipendenza da Internet, *Internet addiction* e anche Internetomania (Kogan *et al.*, 2020). I termini suggeriscono una tensione tra quelli che vedono il disturbo come un coinvolgimento anormale o patologico nell'uso del computer e coloro che si focalizzano specificatamente sull'uso di Internet.

Allo stesso modo, è possibile ritrovare molte definizioni disponibili per IAD. Nella letteratura psichiatrica, alcuni autori hanno descritto una serie di *utilizzatori compulsivi di computer*, l'unico requisito era che i soggetti riconoscessero l'*uso compulsivo del computer*. Altri ricercatori (Shapira *et al.*, 2003) hanno ulteriormente affinato la definizione di *uso problematico di Internet* enumerando criteri operativi che mettano in risalto gli aspetti cognitivi e comportamentali del disturbo, nonché la menomazione caratterizzata da disagio soggettivo e interferenza nel funzionamento sociale o lavorativo. Questi criteri sono stati modellati su quelli sviluppati da McElroy (1994) per lo shopping compulsivo, considerato da molti come un disturbo del controllo impulsivo.

Diversi studiosi affermano tuttavia che la dipendenza da Internet non può essere classificata come uno specifico disturbo psichiatrico, ma deve piuttosto essere considerata come un sintomo psicologico che può manifestarsi nell'ambito di differenti quadri psicopatologici (Volpe *et al.*, 2015; Kuss *et al.*, 2017; Mihilov & Veimelka, 2017).

## Cenni epidemiologici

Sebbene la dipendenza da Internet manchi ancora di criteri diagnostici coerenti, esiste una grande quantità di studi che valutano la sua prevalenza nella popolazione (Cheng & Li, 2014; Li *et al.*, 2018; Shaw & Black, 2008). Alcuni di questi suggeriscono che lo IAD riguardi dallo 0,3% al 38% della popolazione generale (Cash *et al.*, 2012; Moreno *et al.*, 2019). Altri, provenienti dall'Asia, assegnano agli adolescenti maschi una prevalenza dell'8,4% e alle femmine del 4,5% (Rumpf *et al.*, 2013). La differenza ampiamente variabile nei tassi di prevalenza potrebbe dipendere dalle scelte metodologiche diverse degli studi, dalle diverse definizioni utilizzate e dal fatto che questo fenomeno viene studiato in modo diverso nelle differenti culture.

Uno studio risalente a diversi anni fa ha mostrato che la prevalenza in Europa di IAD era tra il 2% e il 17% (Durkee *et al.*, 2012).

Una metanalisi mondiale (Cheng & Li, 2014) ha indicato che il tasso di prevalenza stimato globale era di circa il 6%, con la prevalenza più alta in Medio Oriente (10,9%) e la più bassa nell'Europa settentrionale e occidentale (2,6%). Inoltre, la prevalenza della dipendenza da Internet era più alta per le nazioni con maggiore consumo di tempo nel traffico, con elevati livelli di inquinamento e indicatori coerenti con l'insoddisfazione per la vita in generale.

In uno studio più recente (Laconi *et al.*, 2018) è stata studiata la relazione tra l'uso problematico di Internet (*Problematic Use Internet*, PUI), la quantità di tempo trascorsa online, le attività svolte online e disturbi psichici in 5593 utenti Internet adulti di 9 Paesi europei. Questo studio ha permesso di stimare la prevalenza dell'uso problematico di Internet tra il 14,3% e il 54,9%, con una media del 25%. I risultati hanno anche sottolineato la connessione con alcuni sintomi psicopatologici: gli

utenti di Internet problematici presentavano più sintomi ossessivo-compulsivi, maggiore ostilità, credenze paranoiche, ansia. I soggetti sembravano essere più sensibili, irritabili e impulsivi rispetto agli utenti regolari, il che secondo i ricercatori può indurli a trascorrere più tempo online per mitigare i loro problemi di gestione dei vissuti emotivi poco piacevoli (Laconi *et al.*, 2018).

Più recentemente, è stato stimato che in Europa, le stime di prevalenza di IAD vanno dallo 0,2% all'11,8% per la dipendenza da Internet e dal 2,8% al 25,1% per l'uso a rischio (Rumpf, 2020).

Come accennato, la variabilità dei tassi di prevalenza è dovuta agli strumenti di valutazione, ai gruppi di età, alle regioni oggetto di studio e al fatto che le rilevazioni si sono concentrate solo sui giochi su Internet o su un uso più ampio di diverse applicazioni Internet. I disturbi sono associati al genere maschile, all'età più giovane, ai problemi di salute mentale e alle condizioni sociali sfavorevoli. Le stime della prevalenza nella maggior parte degli studi europei mostrano che proporzioni rilevanti della popolazione soffrono di un uso problematico di Internet, in particolare nelle fasce d'età più giovani (Rumpf, 2020).

È interessante sottolineare che, dal 2012 sono emersi molti studi interculturali sulla dipendenza da Internet, soprattutto nelle regioni interculturali, come l'Europa (Durkee *et al.*, 2012; Tsitsika *et al.*, 2014). Questi studi, basati solitamente sulla popolazione scolastica, hanno evidenziato una prevalenza stimata di *Generalized Internet Addiction* (GIA) tra l'1% e il 4%; la prevalenza è solitamente più alta nei maschi. C'è stato anche un aumento di studi intercontinentali transnazionali (Lopez-Fernandez, 2015) riguardanti Asia, America ed Europa che hanno evidenziato prevalenze più alte nei Paesi asiatici e nei giovani utenti maschi.

Gli studi italiani sulla prevalenza di IAD non sono molti. Una ricerca sommaria in letteratura ha permesso di rintracciare uno studio condotto nel 2012 su 2533 studenti tra i 14 e i 21 anni, afferenti a diversi tipi di scuole secondarie di secondo grado, utilizzando la versione italiana dell'*Internet Addiction Test* (IAT) (Ferraro *et al.*, 2006). Questo studio ha mostrato che lo 0,79% dei rispondenti mostrava un comportamento problematico di uso di Internet, il 5,01% mostrava un comportamento moderatamente problematico e il 94,19% mostrava un comportamento normale con significative differenze di genere e di tipologia di scuola (Poli & Agrimi, 2012). Un altro studio (Bruno *et al.*, 2014) condotto su 1035 studenti tra i 13 e i 22 anni ha mostrato una prevalenza di uso eccessivo di Internet del 3,9%, con i maschi che mostravano una maggiore probabilità di sviluppare un uso patologico di Internet. Le attività più ricorrenti per gli utenti eccessivi erano i giochi online e la comunicazione. Un altro studio (Bianchini *et al.*, 2017) condotto su 1129 studenti di età compresa tra i 15 e i 24 anni ha mostrato una prevalenza per l'utente *medio* del 51%, mentre quella dell'utente *problematico* è stata del 23%. Tra gli studenti che hanno riferito un utilizzo problematico di Internet, 8 mostravano una dipendenza patologica (lo 0,7% dell'intero campione). Sono state riscontrate differenze statisticamente significative rispetto all'età, ma non rispetto al genere. Più recentemente è stato condotto uno studio (Iannitelli *et al.*, 2018) su 200 studenti universitari italiani che ha indicato che il 9% (18 soggetti) ha un rischio moderato di sviluppare la dipendenza da Internet, ma nessun soggetto ha ottenuto un punteggio del test compreso tra 80 e 100. L'uso corretto di Internet è presente nel 23% del campione (46 soggetti), mentre il 68% (136 soggetti) trascorre molto tempo online. Secondo i risultati di questo studio, l'età giovanile è più forte del genere maschile nel determinare il livello di utilizzo problematico di Internet. Inoltre, nelle ragazze giovani sono presenti tassi più elevati di utilizzo problematico di Internet rispetto alle ragazze più grandi, mentre nei soggetti di sesso maschile l'utilizzo problematico di Internet è indipendente dall'età giovanile o dall'età adulta. Lo studio ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*) 2021 che ha interessato i giovani fra i 15 e i 19 anni frequentanti le scuole medie superiori italiane mostra che il 64% dei giovani intervistati ha giocato con i videogiochi almeno una volta nell'ultimo anno (84% tra i ragazzi e 44% tra le ragazze), il 53% ha utilizzato i *social media* per oltre 2 ore al giorno (44% tra i ragazzi e 62% tra le ragazze) (Biagioni & Molinaro, 2021).

In generale, sembrerebbe che circa un terzo degli utenti Internet navigano in Rete come forma di fuga o per cambiare il proprio umore. Gli uomini sono in genere attratti da siti a sfondo sessuale, preferendo stimoli visivi ed esperienze sessuali focalizzate. Le donne invece sembrerebbero più concentrate sulle relazioni e interazioni (Hall, 2021; Wongpakaran *et al.*, 2021; Lin *et al.*, 2021).

## Modelli teorici

### Modello di Young

L'approccio alla dipendenza da Internet di Kimberly Young (1998) è tra quelli più comunemente usati ed è stato sviluppato sulla base dei criteri di gioco d'azzardo patologico nel DSM-IV (Andreoli *et al.*, 2002). Secondo la Young, la dipendenza da Internet è un termine esteso che copre un'ampia varietà di comportamenti e problemi di controllo degli impulsi. Suddivide, quindi, la "dipendenza da Internet" in cinque sottotipi e suggerisce che le persone in genere diventano dipendenti da una particolare applicazione che agisce come un fattore scatenante per l'uso eccessivo di Internet (Young, 1998). I cinque sottotipi di dipendenza da Internet sono (Young, 1999):

- Dipendenza dalle relazioni virtuali (*Cyber-Relational Addiction*), caratterizzata da un'eccessiva tendenza ad instaurare rapporti d'amicizia o amorosi con persone conosciute in Rete principalmente via chat, forum o *social network*. In tale condizione, le relazioni online diventano rapidamente più importanti dei rapporti nella realtà con la famiglia e con gli amici reali.
- Sovraccarico cognitivo (*Information Overload*), caratterizzato da una ricerca ossessiva di informazioni sul web: gli individui trascorrono sempre maggiori quantità di tempo nella ricerca e nell'organizzazione dei dati in Rete.
- Dipendenza dal sesso virtuale (*Cybersexual Addiction*), nella quale si individua un uso compulsivo di siti dedicati alla pornografia e al sesso virtuale. Gli individui sono di solito dediti allo scaricamento e all'utilizzo di materiale pornografico online, sono coinvolti in chat per soli adulti e possono manifestare masturbazione compulsiva.
- *Net Compulsion*, nel quale si evidenziano coinvolgimento eccessivo e comportamenti compulsivi collegati a varie attività online quali il gioco d'azzardo, lo shopping compulsivo, i giochi di ruolo.
- Dipendenza da videogiochi (*Computer Addiction*), caratterizzata dalla pratica ossessiva di giochi attraverso l'uso di *device*. Questi giochi possono essere praticati online e offline e mostrano alcune caratteristiche diverse. I giochi offline vengono solitamente giocati da soli e hanno un punto di partenza e di arrivo definito. Al contrario, nei giochi online, i giocatori possono comunicare tra loro in tempo reale, nonché cooperare o competere. Alcuni obiettivi nei giochi online possono essere raggiunti da soli o insieme ad altri giocatori che lavorano in gruppo. L'online ha preso piede in virtù della sua accessibilità per ogni cultura, età e genere.

### Modello di Suler

Questo modello teorico è stato proposto da John Suler (1999) ed è basato sulla negazione dei bisogni; contempla l'uso, l'abuso e la dipendenza da Internet attraverso la valutazione di otto fattori, illustrati in Tabella 1.

Tabella 1. Fattori concorrenti alla spiegazione della dipendenza da Internet nel modello di Suler (1999)

Fattore	Descrizione
1. Numero e tipi di bisogno che l'attività soddisfa	I bisogni possono essere fisiologici, personali, relazionali o spirituali. Quanto più numerosi sono i bisogni che vengono soddisfatti dall'utilizzo di Internet più questo mezzo diventa essenziale per l'individuo.
2. Sottostante grado di deprivazione	Quanto più un bisogno è stato inibito, negato o trascurato, tanto più intensa è la predisposizione della persona a cercare appagamento ovunque. Poiché Internet è un ambiente diversificato e facilmente accessibile, diventa il "luogo" dove cercare la soddisfazione per il bisogno frustrato, soprattutto se la vita reale non offre possibilità di soddisfazione.
3. Tipologia di attività svolta in Internet	Internet offre una vasta gamma di attività, alcune possono essere svolte da soli come, per esempio, la raccolta di informazioni altre prevedono l'interazione in ambienti interpersonali come alcuni giochi basati sulla competizione o ancora ambienti basati sulla comunicazione sincrona (es. chat) o ancora sulla comunicazione testuale piuttosto che visiva. Gli ambienti che combinano una varietà di caratteristiche possono soddisfare uno spettro più ampio di esigenze e, di conseguenza, possono essere più accattivanti. Ad esempio, le community che coinvolgono giochi e socializzazione, chat ed e-mail, o comunicazione visiva e testuale, possono essere molto accattivanti a molti livelli. Diversi tipi di attività su Internet possono variare notevolmente nel modo in cui influenzano i diversi bisogni.
4. Effetto dell'attività svolta in Internet sul funzionamento individuale nella vita reale	Salute e cura della propria persona, successo sul lavoro, relazioni soddisfacenti con i coetanei, gli amici e la famiglia sono elementi importanti di un funzionamento adattivo. Il grado di compromissione di una o più di queste aree di funzionamento, rivela la profondità della patologia.
5. Percezione soggettiva di disagio	L'aumento dei sentimenti di depressione, frustrazione, disillusione, alienazione, senso di colpa e rabbia possono essere segnali di avvertimento di un uso patologico di Internet. La persona può associare questi sentimenti alla vita virtuale o alla vita reale. Spesso derivano da attività su Internet nelle quali l'individuo non trova soddisfazione ma un aggravamento dei propri bisogni.
6. Consapevolezza dei propri bisogni	Quando le persone comprendono le motivazioni del loro comportamento, sono in grado di resistere all'impulso che li porta all'uso compulsivo di Internet. Attuare i propri bisogni e desideri repressi su Internet è un atteggiamento che sarà ripetuto ciclicamente. D'altro canto, "elaborare" i bisogni sottostanti significa risolvere i conflitti e le privazioni ad essi correlati, in parte, comprendendo (con consapevolezza) cosa comportano tali bisogni. Quindi se la negazione del bisogno suggerisce un comportamento di dipendenza e una mancanza di comprensione dei propri bisogni sottostanti, riconoscere la propria intensa preoccupazione per il cyberspazio può essere un passo verso il recupero e in alcuni casi può essere semplicemente un sano riconoscimento di una passione produttiva.
7. Esperienza e fase di coinvolgimento	I nuovi utenti possono essere affascinanti dalle opportunità offerte dal cyberspazio. La "fase di dipendenza" potrebbe ridursi man mano che cessa l'effetto novità e i doveri del mondo reale richiamano l'attenzione dell'individuo. In alcuni casi, le grandi aspettative per la vita online vengono disattese. I bisogni non vengono soddisfatti e la delusione che ne deriva riporta al mondo "reale". Alcuni utenti Internet esperti hanno anche consapevolezza delle insidie legate per esempio all'anonimato e questa consapevolezza li aiuta a modulare il tempo dedicato a questa attività
8. Equilibrio e integrazione della vita reale con quella virtuale	In condizioni ideali, l'impegno nelle attività online è bilanciato dall'impegno per le attività offline. I due mondi possono integrarsi portando le attività online nel mondo reale (es. incontrare di persona i compagni online oppure discutere della vita online). L'uso patologico di Internet spesso si traduce in una vita online completamente isolata dalla propria vita reale e persino protetta dalle intrusioni percepite dal mondo "reale"

## Modello di Cooper

Nell'ambito degli studi sulla sessualità in Internet, Alvin Cooper (1999) propone un interessante modello secondo cui esistono determinati fattori che potrebbero combinarsi per rendere la Rete un elemento fortemente attraente per ciò che attiene la sessualità. Tre di questi fattori includono l'accesso, la convenienza e l'anonimato (*Access, Affordability, and Anonymity*).

Con il termine accesso si fa riferimento alla facilità con cui si giunge ai contenuti: ci si può collegare da un qualsiasi dispositivo, in qualsiasi luogo e in qualsiasi orario del giorno o della notte. Quindi, ci sono prodotti sempre disponibili per transazioni sociali e/o commerciali, con un potenziale pool di milioni di altri utenti. La convenienza è un costrutto mutuato dall'economia, riferito al fatto che è possibile trovare in Rete molti servizi gratuiti. Infine, l'anonimato, ovvero la convinzione di essere sconosciuti (sia reali che percepiti), che gioca un potente effetto sul comportamento; tra cui il senso di libertà, una maggiore volontà di sperimentare e la capacità di parlare più apertamente.

Il modello ACE (*Anonymity, Convenience, Escape*) di Young (Young *et al.*, 2000), sviluppato per spiegare la dipendenza cybersessuale, è stato proposto come una variante di questo modello.

## Modello di Davis

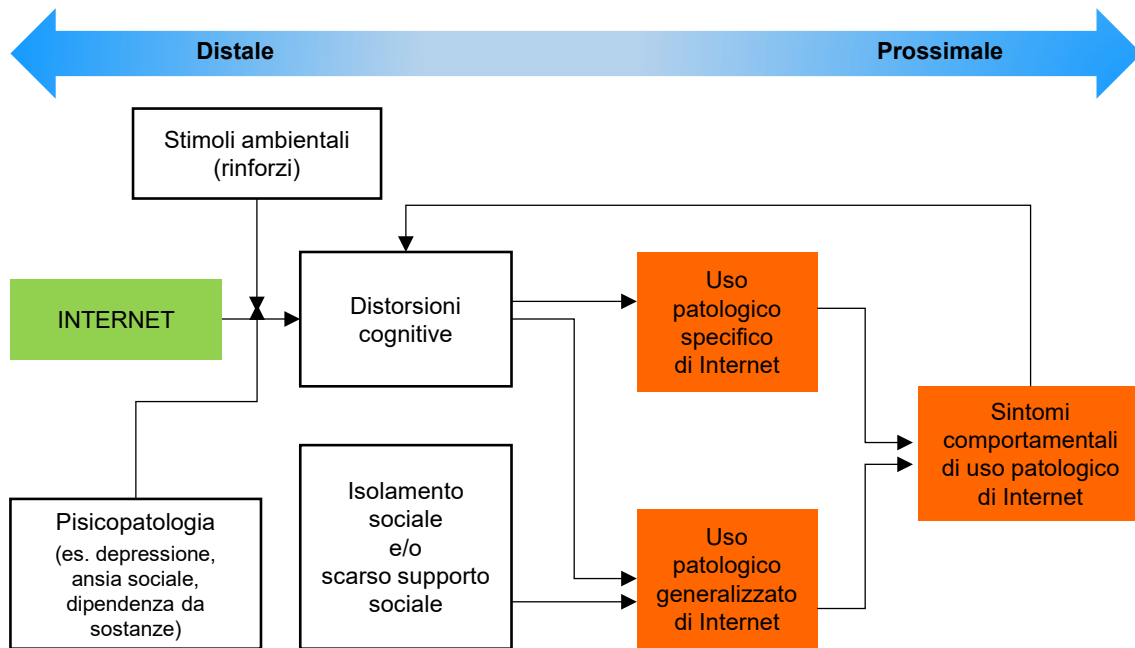
Nella formulazione di questo modello teorico, Richard Davis (2001) si riferisce all'uso problematico di Internet, utilizzando uso patologico di Internet (*Pathological Internet Use, PIU*) piuttosto che dipendenza da Internet, rifacendosi a quanto riportato nel DSM-IV in riferimento al gioco d'azzardo patologico. La sua teoria contempla due tipi di PIU, uno specifico (*Specific Pathological Internet Use, SPIU*) e uno generalizzato (*Generalized Pathological Internet Use, GPIU*). L'uso patologico riguarda quelle persone che dipendono da una caratteristica funzione di Internet. La SPIU è correlata a un solo aspetto ed esiste in modo autonomo dalle funzioni multiple di Internet. La GPIU implica, invece, un uso eccessivo generale e multidimensionale. Spesso, le GPIU possono essere associate all'aspetto sociale di Internet. La necessità di contatto sociale e rinforzo ottenuto online si traduce in un aumento del desiderio di rimanere in una vita sociale virtuale.

In questo modello, l'uso problematico di Internet deriva da cause distali e prossimali, quest'ultime sono rappresentate da una serie di distorsioni cognitive disfunzionali che intensificano o mantengono la risposta disfunzionale (Figura 1). La natura delle concause distali viene spiegata, invece, all'interno di un quadro diatesi-stress. Secondo questo quadro, il comportamento anomalo è il risultato di una vulnerabilità individuale (diatesi) e di un evento della vita (stress).

Nel modello cognitivo-comportamentale proposto, la psicopatologia esistente è la diatesi e l'introduzione di Internet o l'uso di una nuova tecnologia è l'evento stressante. Questo modello suggerisce che la psicopatologia sia una causa necessaria distale dei sintomi della PIU. In altre parole, deve essere presente o deve essersi verificato uno stato di psicopatologia affinché si manifestino i sintomi della PIU. L'esposizione alle tecnologie è una causa necessaria distale dei sintomi di PIU. Di per sé, l'esperienza di queste tecnologie non mitiga i sintomi, tuttavia come fattore che contribuisce, l'evento è un catalizzatore per il processo di sviluppo di PIU.

Un fattore chiave nell'esperienza su Internet e delle nuove tecnologie ad esso associate è il rinforzo che un individuo riceve dall'evento. Quando un individuo prova inizialmente una nuova funzionalità della Rete, viene amplificata la risposta che ne deriva. Se il feedback è positivo, l'individuo è ancor più determinato nel continuare l'attività. L'individuo è quindi condizionato a svolgere l'attività con maggior frequenza per ottenere la stessa risposta, rispetto a quella associata all'evento iniziale.





**Figura 1. Modello cognitivo-comportamentale dell'uso patologico di Internet (liberamente tradotto da Davis, 2001)**

Questo condizionamento continua finché il soggetto non cerca ulteriori nuove tecnologie, con l'obiettivo di ottenere una reazione fisiologica simile. Il presupposto di questo modello è anche quello che si verifichi uno spostamento associativo nel normale processo di condizionamento. Secondo i principi di base del condizionamento, qualsiasi stimolo associato allo stimolo condizionato primario è suscettibile di rinforzo secondario. Pertanto, l'attuale modello di PIU suggerisce che stimoli come il suono di un computer che si connette a un servizio online, la sensazione tattile di digitare su una tastiera e persino l'odore del proprio ufficio o luogo principale di utilizzo di Internet possono provocare una risposta condizionata. Il modello proposto suggerisce che i rinforzi secondari agiscono come segnali situazionali che rafforzano lo sviluppo dei sintomi del PIU e contribuiscono al mantenimento dei sintomi associati.

Per quanto riguarda le cause prossimali, il fattore chiave di questo modello cognitivo-comportamentale è la presenza delle distorsioni cognitive disfunzionali, considerate cause prossimali poiché sono sufficienti a causare l'insieme dei sintomi associati al PIU. Le distorsioni cognitive disfunzionali riguardanti il PIU possono essere suddivise in due sottotipi principali: pensieri sul sé e pensieri sul mondo.

I pensieri sul sé sono guidati da uno stile cognitivo *ruminativo*. Gli individui che tendono a "ruminare" sperimentano PIU più gravi e prolungate. La ruminazione implica pensare costantemente ai problemi associati all'uso di Internet da parte dell'individuo, piuttosto che permettersi di lasciarsi distrarre da altri eventi nella propria vita. La ruminazione include risposte come cercare costantemente di capire perché si sta abusando di Internet, leggere di PIU o parlare con i propri amici dell'abuso di Internet. La ruminazione interferisce con la ricerca di un'efficace risoluzione dei problemi interpersonali. Inoltre, la ruminazione egocentrica porta un individuo a richiamare ricordi più rinforzati su Internet, mantenendo così il circolo vizioso di PIU. Altre distorsioni cognitive sul sé includono insicurezza, bassa autoefficacia e autovalutazione negativa.

L'individuo ha una visione negativa di sé stesso e utilizza Internet per ottenere risposte più positive dagli altri in modo non minaccioso. Esempi di distorsioni cognitive sul sé possono includere pensieri come "Sono bravo solo su Internet", "Sono inutile offline, ma online sono qualcuno" oppure "Sono un fallito quando sono offline".

Le distorsioni cognitive sul mondo implicano la generalizzazione di eventi specifici alle tendenze globali in una sorta di "tutto o niente" nel quale l'individuo è convinto che Internet è l'unico posto nel quale viene rispettato e/o amato. Queste distorsioni del pensiero si attivano automaticamente ogni volta che è disponibile uno stimolo associato a Internet e il loro risultato è un SPIU o un GPIU.

I sintomi del PIU sono simili a quelli esposti in altri studi, anche se l'attenzione è concentrata sui sintomi cognitivi, ossia i pensieri ossessivi su Internet, il ridotto controllo degli impulsi, l'incapacità di interrompere l'uso di Internet e, soprattutto, il pensiero che Internet sia l'unico amico dell'uomo. Altri sintomi di PIU includono pensare a Internet mentre si è offline, anticipare il tempo online futuro e spendere grandi quantità di denaro su Internet. Un individuo con PIU trascorre meno tempo a svolgere attività altrimenti piacevoli rispetto a prima dell'inizio della PIU. Quello che prima era divertente per loro, dopo non lo è più. Un'ulteriore complicazione sorge quando la persona si estranea dagli amici, a favore delle conoscenze online. Questo comportamento problematico mantiene il circolo vizioso del PIU, in quanto l'individuo diventa socialmente isolato. Infine, le persone con PIU hanno un senso di colpa per l'utilizzo che fanno della tecnologia. Spesso mentono ai loro amici su quanto tempo trascorrono online e considerano l'utilizzo di Internet un segreto da custodire bene senza dividerlo con l'esterno. Pur comprendendo che ciò che stanno facendo non è del tutto socialmente accettabile, non possono fermarsi. Ciò si traduce in una diminuzione dell'autostima e ulteriori sintomi di PIU.

## Il lavoro di Caplan

Successivamente al lavoro di Davis (2001) appena descritto, Scott Caplan (2010) ha proposto un'integrazione, combinando gli elementi di questo modello con gli studi intrapresi sulle interazioni sociali online e l'uso non autoregolamentato di Internet.

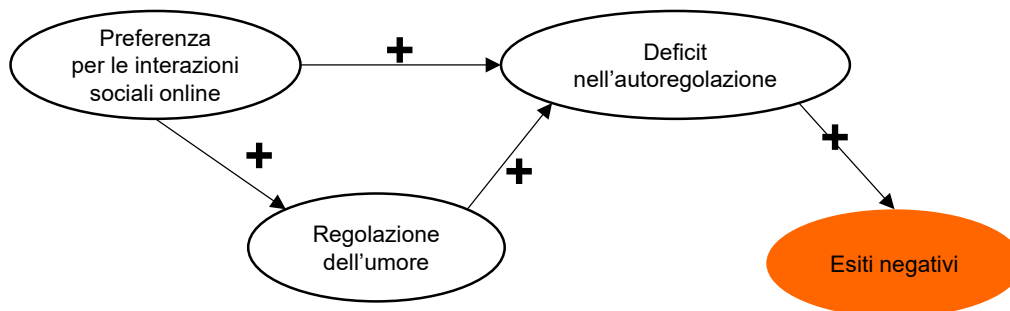
Nella formulazione di Davis (2001) è uno stato psicopatologico preesistente a predisporre gli individui a sviluppare le distorsioni cognitive e i comportamenti disadattivi legati a Internet. Davis introducendo il suo modello ha anche identificato diversi costrutti cognitivi e comportamentali specifici, associati agli esiti negativi dell'uso di Internet: preferenza per l'interazione sociale online, alterazione dell'umore, preoccupazione cognitiva e comportamento compulsivo.

Caplan stesso definisce la preferenza per l'interazione sociale online (*Preference for Online Social Interaction*, POSI) come un costrutto cognitivo di differenza individuale caratterizzato dalle credenze che si è più sicuri, più efficaci, più sicuri e più a proprio agio con le interazioni e le relazioni interpersonali online, rispetto alle tradizionali attività sociali *face to face* e sostiene che le persone sole, socialmente ansiose o che hanno abilità sociali carenti, possono anche sviluppare un POSI elevato poiché percepiscono l'interazione online come meno minacciosa e si percepiscono come socialmente più efficaci quando interagiscono con gli altri in modalità online (Caplan, 2003, 2005, 2007).

In accordo con la letteratura di riferimento, Caplan sostiene che POSI è una componente importante di GPIU che può aiutare a spiegare perché alcuni individui mostrano altri indicatori di uso problematico; come utilizzare Internet per la regolazione dell'umore e avere un'autoregolazione carente. Sulla regolazione dell'umore, Caplan sostiene che gli individui socialmente ansiosi possono preferire l'interazione online perché rappresenta un modo per mitigare la loro ansia riguardo all'autorappresentazione nelle situazioni interpersonali. Questo dato è confermato anche dal lavoro di Larose *et al.* (2001) sul modello socio-cognitivo dell'uso

non regolamentato di Internet. Studio nel quale si sottolinea anche il ruolo della regolazione dell'umore nello sviluppo di un'autoregolazione carente dell'uso di Internet, definita dagli autori stessi come “uno stato in cui l'autocontrollo cosciente è relativamente diminuito”. Nello specifico, l'autoregolamentazione carente si riferisce all'incapacità di monitorare adeguatamente il proprio uso, giudicare i propri comportamenti di utilizzo e regolare il proprio modello di utilizzo. Di conseguenza, un'autoregolamentazione carente dell'uso di Internet può comportare delle forti difficoltà nella vita dell'individuo.

L'autoregolamentazione carente è concettualmente utile per spiegare GPIU, poiché rappresenta un costrutto di ordine superiore che riflette l'interazione tra sintomi comportamentali compulsivi e sintomi cognitivi ossessivi di GPIU. La manifestazione cognitiva di un'autoregolazione carente implica una preoccupazione per Internet, mentre l'uso compulsivo di Internet è un aspetto comportamentale di un'autoregolamentazione carente. In definitiva, il modello proposto da Caplan sostiene che, quando gli individui preferiscono l'interazione online, è più probabile che utilizzino la comunicazione mediata dal computer per regolare il loro umore. In effetti, uno dei motivi per cui alcune persone potrebbero preferire l'interazione sociale online è perché aiuta ad alleviare lo stress strettamente connesso agli incontri nella vita reale. Ad esempio, le persone che mostrano un POSI elevato possono cercare di mitigare lo stress, che sperimentano nelle tradizionali situazioni *face to face*, con l'interazione sociale online. Questo perché le caratteristiche della comunicazione interpersonale danno a una persona maggiore controllo e fiducia nell'autopresentazione. Inoltre, le persone che hanno un POSI elevato possono essere particolarmente propense a cercare fonti di supporto e sociale utilizzando il computer per alleviare il disagio affettivo. In altre parole, il POSI può portare un individuo a utilizzare Internet, piuttosto che il tradizionale comportamento *face to face* quando cercano conforto e compagnia dai membri della loro rete di supporto (Figura 2).



**Figura 2. Modello per Uso problematico generalizzato di Internet di Caplan (liberamente tradotto da Caplan, 2010)**

## Modello di Griffiths

Mark Griffiths (2005), formulando il modello delle sei componenti, ha suggerito che le dipendenze comportamentali mostrano una serie di atteggiamenti comuni: salienza, modificazione dell'umore, tolleranza, astinenza, conflitto e ricaduta. La salienza si riferisce al fatto che quella particolare attività diventa l'occupazione più importante nella vita della persona e domina il suo pensiero (preoccupazioni e distorsioni cognitive), i suoi sentimenti (*craving*) e il suo comportamento (deterioramento del comportamento socializzato). Ad esempio, anche se la persona non è effettivamente coinvolta nel comportamento, ci penserà fino alla prossima volta in cui potrà metterlo in atto. La modificazione dell'umore si riferisce all'esperienza soggettiva che le persone riferiscono

come conseguenza dell'impegno in quella particolare attività (cioè sperimentano un *ronzio* eccitante oppure una sorta di intorpidimento emotivo), che può avere la capacità di ottenere diversi effetti di modifica dell'umore, in momenti diversi anche nell'arco della stessa giornata. Come se quel comportamento servisse per produrre un cambiamento affidabile e coerente nel loro stato d'animo, una strategia di *coping* per "automedicare" e sentirsi meglio. La tolleranza si riferisce al processo per cui sono necessarie quantità crescenti di quella attività per ottenere gli stessi effetti. L'esempio classico di tolleranza è il bisogno crescente del consumatore di eroina di aumentare la dose per ottenere lo stesso tipo di sensazione. Tra le dipendenze comportamentali l'esempio più calzante è la tolleranza del giocatore d'azzardo che può comportare che lo stesso aumenti gradualmente l'importo giocato, oppure che trascorra periodi sempre più lunghi a praticare questa attività, per sperimentare un effetto di modifica dell'umore che è stato inizialmente ottenuto con un'attività di gioco più contenuta. I sintomi di astinenza si riferiscono a stati di sensazione spiacevoli e/o effetti fisici che si verificano quando la particolare attività viene interrotta o ridotta improvvisamente. Questi effetti possono essere psicologici (es. estremi sbalzi d'umore e irritabilità) o fisiologici (es. nausea, sudorazione, mal di testa, insonnia e altre reazioni legate allo stress). La componente "conflitto" si riferisce ai contrasti fra colui che sta vivendo la dipendenza comportamentale e coloro che lo circondano (conflitto interpersonale) o dall'interno dell'individuo stesso (conflitto intrapsichico) circa l'attività che lo sta coinvolgendo eccessivamente. La scelta continua di piacere e sollievo a breve termine porta al disprezzo delle conseguenze negative e dei danni a lungo termine che a sua volta aumenta l'apparente necessità dell'attività di dipendenza, come strategia di *coping*. Queste persone solitamente finiscono per compromettere le loro relazioni personali (partner, figli, parenti, amici, ecc.), la loro vita lavorativa o educativa (a seconda dell'età) e le altre attività sociali e ricreative. Il conflitto intrapsichico può anche essere sperimentato come da una parte la consapevolezza di essere fortemente coinvolti nel comportamento e dall'altra la volontà di voler ridurre o interrompere. La scoperta di non essere in grado di interrompere quel comportamento potrebbe far sperimentare all'individuo una perdita soggettiva di controllo. Infine, la ricaduta si riferisce alla tendenza a tornare ai modelli precedenti di una particolare attività e anche ai modelli più estremi di comportamento, anche dopo diverso tempo di astinenza da quel modo di agire. In conclusione, secondo questo modello, le dipendenze comportamentali derivano sempre da un'interazione tra diversi fattori biologici, psicologici e sociali che interagiscono anche con le caratteristiche dell'attività stessa (caratteristiche strutturali). Questi fattori evidenziano i processi interconnessi e l'integrazione tra differenze individuali (cioè fattori di vulnerabilità personale), caratteristiche situazionali, caratteristiche strutturali e il conseguente comportamento di dipendenza. Ciascuno di questi tre insiemi generali di influenze (cioè individuale, strutturale e situazionale) può essere ulteriormente suddiviso a seconda del tipo di dipendenza.

## Modello di Cantelmi e Talli

Questo modello denominato "speculare" (Cantelmi & Talli, 2007) presuppone che l'aumento progressivo delle esperienze in Rete, parallelamente all'uso sempre maggiore di servizi e strumenti online conduca all'uso patologico aumentando il tempo che l'utente dedica alle attività online. L'ossessività che caratterizza il suo agire tende a circoscriversi su temi specifici della Rete, come sesso, azzardo, ecc. Gli autori individuano quattro fasi evolutive che conducono l'utente a divenire progressivamente dipendente dalla Rete: fase d'ingresso, fase di uso della Rete; fase di abuso; fase di dipendenza nelle quali l'individuo modifica man mano il rapporto con Internet.

Nella fase d'ingresso, l'utente entra in contatto con la Rete, solitamente attraverso il web o la posta elettronica, disorientato e curioso di una nuova esperienza. Le relazioni con gli altri diventano secondarie rispetto alla "fascinazione tecnologica" della Rete. Nella fase di uso,

L'utente è diventato abile nell'usare un'ampia varietà di strumenti e servizi ed è consapevole che ci sono una serie di rischi nella pratica delle attività online e la Rete viene percepita come un mezzo di comunicazione. Nella fase di abuso, l'utente inizia a selezionare servizi e strumenti che possano dargli maggiore soddisfazione, aumenta il tempo dedicato a queste attività e stabilisce un rapporto con Internet che gli autori definiscono "uomo-macchina-uomo". Nella fase di dipendenza, l'utente restringe ulteriormente l'ambito di utilizzo della Rete, dedicando il suo tempo di permanenza a pochissime applicazioni e servizi e sul piano relazionale anche se interagisce con altre persone queste vengono percepite come oggetti di piacere.

## Aspetti diagnostici

IAD è una condizione relativamente nuova e i criteri per diagnosticarlo sono stati sviluppati solo negli ultimi 17 anni. Questa entità diagnostica ha attirato l'attenzione di un numero crescente di studiosi poiché sempre più pazienti una sintomatologia clinica derivante da un uso scorretto di Internet. Poiché non c'è attualmente consenso sui criteri diagnostici per questa condizione in campo accademico e clinico, l'inclusione della diagnosi di disturbo da uso di Internet rimane controversa e richiede ulteriori ricerche (Wen-Yu *et al.*, 2015; Van Rooji *et al.*, 2014).

Come accennato, l'approccio alla dipendenza da Internet di Young è il più noto e il più comunemente usato, ed è stato sviluppato sulla base dei criteri diagnostici per il gioco d'azzardo utilizzati nel DSM-IV. La sua prima proposta diagnostica (Young, 1996) è stata sviluppata grazie all'ausilio di un questionario di otto *item*, l'*Internet Addiction Diagnostic Questionnaire* (IADQ). La presenza di cinque o più criteri, che saranno descritti nel paragrafo successivo, è stata utilizzata per identificare gli utenti dipendenti da Internet (Young, 1998).

Shapira *et al.* (2003) hanno proposto delle riflessioni per l'uso problematico di Internet, basandosi sui criteri per i disturbi del controllo degli impulsi come descritti nel DSM-IV. Gli autori hanno, pertanto, suggerito come criteri diagnostici per l'uso problematico di Internet i seguenti:

- A) La presenza di una preoccupazione non adattativa per l'uso di Internet, come indicato da almeno uno dei seguenti: 1. preoccupazioni per l'uso di Internet vissute come irresistibili; 2. uso eccessivo di Internet per periodi di tempo più lunghi del previsto.
- B) L'uso di Internet o la preoccupazione per il suo utilizzo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.
- C) L'uso eccessivo di Internet non è legato esclusivamente a episodi di ipomania o mania e non è meglio giustificato da altri disturbi dell'Asse I del DSM-IV.

I Criteri A dovrebbero includere la presenza di preoccupazione per l'uso di Internet o l'uso eccessivo di Internet per periodi più lunghi del previsto, mentre le disabilità funzionali dovrebbero definire i Criteri B e le diagnosi di esclusione dovrebbero definire i Criteri C.

Un altro approccio che ha trovato seguito nella comunità scientifica è stato proposto da Beard (2005) che ha presentato cinque criteri diagnostici nell'identificazione del disturbo da dipendenza da Internet nella popolazione generale che prendono in considerazione:

- 1. la preoccupazione per l'uso di Internet;
- 2. il bisogno di utilizzare Internet con maggiori quantità di tempo per ottenere soddisfazione;
- 3. l'aver compiuto sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o interrompere l'uso di Internet;
- 4. l'aver sperimentato stati depressivi o irritabilità legati ai tentativi di controllare l'uso di Internet;
- 5. non riuscire a controllare il tempo dedicato a questa attività.

Inoltre, Beard (2005) suggerisce che almeno uno dei seguenti deve essere presente in una diagnosi di disturbo da dipendenza da Internet:

- mettere a rischio una relazione significativa, un lavoro, o lo studio a causa di Internet;
- mentire ai familiari o in generale alle persone per nascondere il proprio coinvolgimento in Internet;
- utilizzare Internet come modo per sfuggire ai problemi o per alleviare l'umore disforico (es. senso di colpa, ansia, depressione, impotenza).

Utili criteri clinici sono stati proposti anche da Block (2008), che associa la dipendenza da Internet a: (a) maggiori sentimenti di rabbia, ansia o tristezza quando Internet non è accessibile (*craving*); (b) necessità di trascorrere più ore sui dispositivi Internet per provare piacere o far fronte alla disregolazione dell'umore (tolleranza); (c) scarso rendimento scolastico o rendimento professionale; e d) isolamento o ritiro sociale.

## Strumenti di screening ricorrenti nella letteratura

Come appena accennato, Young (1996) ha sviluppato uno strumento per diagnosticare l'uso problematico di Internet chiamato *Internet Addiction Diagnostic Questionnaire* (IADQ), che elenca otto criteri di dipendenza in cui la persona:

1. è preoccupata per Internet;
2. avverte la necessità di passare sempre più tempo su Internet per ottenere soddisfazione;
3. compie tentativi senza successo di controllare, ridurre o interrompere l'uso di Internet;
4. prova ansia e depressione nel ridurre o interrompere l'uso di Internet;
5. rimane su Internet molto più a lungo di quanto previsto;
6. mette in pericolo i contatti personali, il lavoro, lo studio, la carriera;
7. nasconde la verità sulla dipendenza da membri della famiglia e aiutare i professionisti;
8. usa Internet per sfuggire al problema.

Sulla base di questo strumento, è stata sviluppata la versione più comunemente utilizzata del questionario per la misurazione della dipendenza da Internet, l'*Internet Addiction Test* (IAT) (Young, 1998).

Lo IAT è una scala di 20 elementi che misura la presenza e la gravità della dipendenza da Internet (Young, 1998). Questo test è stato progettato come strumento di ricerca e diagnostico, basato sul criterio DSM-IV per la diagnosi patologica del gioco d'azzardo. Lo IAT è uno strumento di misurazione dei sintomi per la dipendenza da Internet. La dipendenza da Internet è qui definita come un comportamento compulsivo online che causa ostacoli alle normali interazioni sociali e aumenta anche lo stress quotidiano e sentimenti di solitudine, ansia e depressione. Il test misura il grado di coinvolgimento nelle attività online utilizzando le risposte sulla scala di tipo Likert a cinque punti e classifica il comportamento di dipendenza in quattro categorie: mancanza di dipendenza, lievi segni di dipendenza, segni moderati di dipendenza e comportamento di dipendenza grave. Gli studi hanno confermato che IAT è una misura affidabile che copre le caratteristiche chiave dell'uso patologico di Internet. Il questionario ha mostrato una buona affidabilità in diversi Paesi e con diverse popolazioni (inglese, cinese, francese, finlandese, tedesco, italiano, greco, arabo e portoghese). Tuttavia, alcuni autori hanno messo in dubbio la qualità delle sue proprietà psicometriche e la sua capacità di distinguere tra *dipendenti* e *non dipendenti* sulla base dei punteggi cut-off stabiliti (Jelenchick *et al.*, 2012). Lo IAT è stato sviluppato come strumento unidimensionale per valutare la dipendenza da Internet, ma validazioni successive hanno mostrato una struttura fattoriale con due, tre o sei dimensioni (Fernández-Villa *et al.*, 2015). Le differenze metodologiche di queste validazioni (dimensione del campione, tipo di popolazione campionata, metodo statistico utilizzato,

ecc.) rendono difficile stabilire un confronto o sapere quale sia la migliore soluzione fattoriale (Fernández-Villa *et al.*, 2015).

Altri strumenti, citati frequentemente nelle revisioni sistematiche, sono il Questionario sull'uso problematico di Internet (*Problematic Internet Use Questionnaire*, PIUQ) (Demetrovics *et al.*, 2008) e la Scala per l'Uso Compulsivo di Internet (*Compulsive Internet Use Scale*, CIUS) (Meerkerk *et al.*, 2009).

Il PIUQ è composto da 30 *item*. L'analisi dell'attendibilità sui 30 elementi originali ha portato a un  $\alpha$  di Cronbach di 0,91. L'analisi fattoriale ha consentito di individuare 3 fattori che spiegano il 41,96% della varianza. Il primo fattore comprendeva 11 *item* ed è stato chiamato *Scala dell'ossessione*; riguarda, da un lato, l'impegno mentale con Internet, ovvero sognare ad occhi aperti, fantasticare molto su Internet, aspettare la prossima volta per essere online e, dall'altro, ansia, preoccupazione, e depressione causata dalla mancanza di utilizzo di Internet. Il secondo fattore include 10 *item* ed è stato chiamato *Scala dell'abbandono*, riguarda l'abbandono delle attività quotidiane e dei bisogni essenziali. Sono stati inclusi elementi sulla diminuzione dell'importanza delle faccende domestiche, del lavoro, dello studio, dell'alimentazione, delle relazioni con i partner e di altre attività e dell'abbandono di queste attività a causa di un maggiore utilizzo di Internet. Il terzo fattore comprende 8 *item* ed è stata chiamata *Scala del disturbo del controllo* poiché si riferisce alle difficoltà nel controllare il tempo dedicato all'uso di Internet.

Esistono validazioni in diversi Paesi (Aivali *et al.*, 2021; Burkauskas *et al.*, 2020; Lin & Kim, 2020). Inoltre, il PIUQ ha 2 versioni brevi: il PIUQ-9 (Koronczai *et al.*, 2011) e il PIUQ-SF-6 (Demetrovics *et al.*, 2016). Il PIUQ-9 ha una struttura bifattoriale: un fattore "problema generale" e due fattori specifici: "ossessione" e "disordine negligenza + controllo". La gravità della PIU viene valutata attraverso una scala Likert a cinque punti, che va da "mai" a "sempre/quasi sempre". Il punteggio complessivo del questionario varia da 9 a 45. Un punteggio più alto indica un rischio più elevato di PIU (Koronczai *et al.*, 2011).

La CIUS è stata costruita per misurare la severità dell'uso compulsivo di Internet e si origina dall'analisi dei criteri per il Disturbo Ossessivo-Compulsivo, sulla letteratura per le dipendenze comportamentali e sulla ricerca qualitativa condotta tra coloro che si autodichiaravano dipendenti da Internet. La CIUS è composta da 14 *item* con punteggi su una scala a 5 punti: 0, mai; 1, raramente; 2, qualche volta; 3, spesso; and 4, molto spesso. La consistenza interna in termini  $\alpha$  di Cronbach è alta (0,89). Dalla CIUS esistono validazioni in altri Paesi come ad esempio la Francia, l'Arabia Saudita, la Croazia e il Giappone (Meerkerk *et al.*, 2009; Khazaal *et al.*, 2011; Khazaal *et al.*, 2012; Jovičić Burić *et al.*, 2021; Yasuma *et al.*, 2021).

Tra gli strumenti disponibili per l'Italia, oltre alla IAT, vi è Uso, Abuso e Dipendenza da Internet (UADI) (Del Miglio *et al.* 2001) che valuta il rischio di sviluppare un abuso di Internet, la componente psicologica connessa all'uso della Rete da parte degli utenti e alcune variabili psicopatologiche correlate a tale utilizzo eccessivo. Nel 2005 è stata inoltre proposta una versione dell'UADI per adolescenti che ha ridotto gli *item* a 27 e modificato leggermente le dimensioni indagate dallo strumento (Baiocco *et al.*, 2005). Una rapida ricerca nella letteratura scientifica non ha consentito di rintracciare altri studi di validazione per la popolazione italiana di strumenti di screening per l'IAD.

## Aspetti eziologici

Le persone sviluppano la dipendenza da Internet per una serie di motivi diversi. Il più delle volte, l'impulso all'uso compulsivo di Internet è il risultato del desiderio di gestire sensazioni spiacevoli come depressione, ansia, stress o solitudine. Alcuni si sentono socialmente poco

competenti nel mondo reale e si rivolgono all'interazione con i *social media* come mezzo per sentirsi vicini alle persone, mentre altri possono perdersi online nel tentativo di sentirsi temporaneamente meglio. In generale, alcune cause di dipendenza da Internet includono:

- a) Utilizzo di Internet come automedicazione per un disturbo di salute mentale (ansia, depressione, ecc.) oppure per gestire l'ansia o altri disturbi sociali. Infatti, alcune persone provano ansia quando si trovano faccia a faccia con gli altri o soffrono di altri disturbi sociali che rendono loro difficile interagire nella vita reale ma più facile interagire online. L'interazione online con l'altro diventa un modo per sentirsi meno soli;
- b) Dipendenza dall'informazione. Alcune persone hanno un'intensa fame di conoscenza e Internet fornisce accesso immediato a quantità pressochè illimitate di informazioni;
- c) Passaggio da una dipendenza "terrestre" a una online. Molte persone che soffrono di una dipendenza per lo shopping nel mondo reale o il gioco d'azzardo sposteranno le loro dipendenze a una versione online come il gioco d'azzardo su Internet o lo shopping eccessivo online.

A tutt'oggi non si conoscono ancora le cause che determinano l'insorgenza dello IAD. Questo disturbo è caratterizzato da più fattori che vi contribuiscono: neurobiologici, individuali, ambientali, ecc. (Griffiths, 2005; Sharifat *et al.*, 2021; Sepede *et al.* 2021).

## Fattori neurobiologici

Alcune evidenze scientifiche suggeriscono che se si soffre di disturbo da dipendenza da Internet, la struttura del cervello è simile a quella di coloro che soffrono di una dipendenza da sostanza (Hou *et al.*, 2021). Diversi studi (Volkow *et al.*, 1997a, 1997b), infatti, hanno rilevato che si possono verificare reazioni chimiche nel nostro organismo, non solo indotte dall'assunzione di sostanze, ma anche a seguito della messa in atto di comportamenti. I livelli di dopamina possono aumentare non solo in seguito all'assunzione di alcol o di sostanze stupefacenti, ma anche in associazione al gioco d'azzardo, mangiando del cioccolato o ricevendo un abbraccio o una parola di gratificazione. La dipendenza da Internet, quindi, si potrebbe spiegare come provocata da determinate reazioni emotive legate alle attività online.

Altre evidenze suggeriscono una modificazione strutturale del cervello, dimostrando una modificazione della quantità di materia grigia e bianca nella regione prefrontale del cervello (Wee *et al.*, 2014; Sepede *et al.*, 2021). Quest'area cerebrale è associata al ricordo di dettagli, all'attenzione, alla pianificazione e priorità dei compiti. Questi studi sembrano suggerire che una delle cause del disturbo da dipendenza da Internet sia da imputare al fatto che i cambiamenti strutturali nella regione prefrontale del cervello sono dannosi per la capacità di dare priorità alle attività quotidiane, come se le attività svolte in Internet diventassero prioritarie rispetto a quelle attività quotidiane basilari della vita.

Altre evidenze ancora suggeriscono il legame tra le dipendenze, comportamentali e da sostanza, e il centro del piacere del cervello (Cash *et al.*, 2012). Le dipendenze innescano un rilascio di dopamina per promuovere l'esperienza piacevole. Nel tempo, è necessaria sempre più attività per indurre la stessa risposta piacevole, creando una dipendenza. Le attuali conoscenze neurobiologiche portano a ipotizzare l'esistenza di un disequilibrio tra il sistema della serotonina e della dopamina, mediatori fondamentali per la regolazione dei comportamenti come la disinibizione comportamentale e il meccanismo di gratificazione. La serotonina regola prevalentemente l'inibizione comportamentale e l'aggressività, mentre la dopamina è collegata ai meccanismi di piacere/gratificazione e a quei comportamenti di attivazione della curiosità e ricerca delle novità (Cash *et al.*, 2012).



Gli individui predisposti per lo IAD potrebbero non avere un numero adeguato di recettori dopaminergici oppure avere una quantità insufficiente di serotonina/dopamina. Per tale motivo, avrebbero difficoltà a sperimentare normali livelli di piacere in attività che la maggior parte delle persone troverebbe gratificanti. Per aumentare il piacere, queste persone cercano molto probabilmente un maggior coinvolgimento al fine di stimolare il rilascio di dopamina nel *nucleus accubens* (prosencefalo), coinvolto nel circuito della gratificazione. In questo modo, ottengono effettivamente una maggior gratificazione, ma con il passare del tempo, queste alterazioni tenderebbero a cronicizzarsi, costruendo una nuova anomala, stabile e resistente condizione di non-equilibrio (Cash *et al.*, 2012; Qiaolei *et al.*, 2013; Park *et al.*, 2017; Bozoglan, 2018).

L'individuo che ha sviluppato la dipendenza da Internet potrebbe mostrare livelli di dopamina e serotonina carenti rispetto alla popolazione generale. Questa carenza chimica potrebbe richiedere all'individuo di impegnarsi in più comportamenti per ricevere la stessa risposta piacevole rispetto agli individui che non soffrono di comportamenti di dipendenza da Internet.

## Fattori individuali

Non è stato identificato nessun disturbo di personalità che in forma consistente possa essere associato allo IAD, anche se diversi studi riportano diagnosi associate come disturbi d'ansia, dell'umore, del controllo degli impulsi. Come per altre dipendenze, anche lo IAD sembra manifestarsi più facilmente in individui con bassa autostima, difficoltà sociali, marcata sensibilità interpersonale, modalità di pensiero ossessiva e comportamenti compulsivi. Le personalità più vulnerabili sono caratterizzate da tratti ossessivo-compulsivi e/o tendenti al ritiro sociale. Per loro, lo IAD rappresenta un comportamento di evitamento attraverso il quale evitano di affrontare le proprie problematiche esistenziali (Cash *et al.*, 2012). Le predisposizioni alla dipendenza da Internet sono anche legate all'ansia e alla depressione. Spesso, gli individui che soffrono di ansia o depressione, si rivolgono a Internet per alleviare questi stati di disagio (El-Khoury *et al.*, 2021; Arsenakis *et al.*, 2021). Allo stesso modo, gli individui timidi e quelli con imbarazzo sociale potrebbero anche essere a maggior rischio di soffrire di dipendenza da Internet (Ang *et al.*, 2018; Spensieri *et al.*, 2019).

Un ruolo determinante è svolto anche dalle distorsioni cognitive inerenti il sé che includono la messa in dubbio delle proprie capacità, un basso livello di auto efficacia e una bassa autostima. L'individuo che ha una visione negativa di sé utilizza Internet per ottenere delle risposte positive dagli altri in modo protetto e non minaccioso (Young & Nabuco, 2010).

## Fattori ambientali

Oltre alla presenza di psicopatologie preesistenti, Young *et al.* (1999), dopo aver condotto una estesa ricerca empirica sulla natura dello IAD, hanno definito alcuni elementi tipici e facilitanti l'insorgenza di psicopatologie legate all'uso di Internet: eventi di vita sfavorevoli che vedono Internet come via di fuga o di sfogo, condotte a rischio come riduzione delle esperienze di vita e di relazione reali, potenzialità psicopatologiche proprie della Rete quali l'anonimato, che permette di auto-attribuirsi specifiche fisiche e caratteriali spesso distanti da quelle reali e sentimenti di onnipotenza.

Tra i fattori ambientali, la crescente disponibilità di personal computer e gli intrattenimenti offerti da Internet possono fungere da rinforzo positivo per compiere più frequentemente la medesima attività al fine di raggiungere una reazione fisiologica simile. Inoltre, l'esperienza gratificante si intensifica quando combinata con l'innalzamento e la stimolazione del tono dell'umore. Esempi possono essere rappresentati dalla pornografia (gratificazione tramite la

stimolazione sessuale), dai giochi (gratificazione per il tramite dell'identificazione con un eroe) e chat (soddisfazione che deriva dal senso di appartenenza sperimentato dalle persone) (Fata, 2012).

Gli effetti variabili di rinforzo della dipendenza da Internet sono un'altra causa di questo comportamento. Secondo la teoria del programma di rinforzo a rapporto variabile (*Variable Ratio Reinforcement Schedule*, VVRRS) (Cash *et al.*, 2012), il motivo per cui si innesca la dipendenza da Internet è perché gli utenti sperimentano più livelli di ricompensa quando utilizzano varie applicazioni informatiche (Dong *et al.*, 2013; Liu *et al.*, 2015; Hou *et al.*, 2021).

## Segni e sintomi della dipendenza da Internet

La sintesi della letteratura fino a qui presentata ci consente di delineare possibili segni e sintomi della dipendenza da Internet che tra l'altro sono simili a quelli di altre dipendenze comportamentali.

Coloro che soffrono di dipendenza da Internet tendono a dare la priorità all'uso di Internet rispetto a tutte le altre attività della vita quotidiana e possono evitare le interazioni sociali per poter rimanere più tempo online. Alcuni tratti che può essere utile individuare per ipotizzare la dipendenza da Internet sono:

1. preoccuparsi per Internet, come pensare alle attività che saranno svolte la prossima volta che l'individuo sarà online;
2. preoccuparsi del tempo trascorso online;
3. sentire il bisogno di trascorrere più tempo online per raggiungere la stessa quantità di soddisfazione;
4. tentare ripetutamente e senza successo di ridurre l'uso di Internet;
5. provare sensazioni di irritabilità, depressione e malumore quando l'uso di Internet è limitato;
6. utilizzare Internet per periodi di tempo più lunghi del previsto;
7. mettere a rischio un lavoro o una relazione per poter utilizzare Internet;
8. mentire sulla quantità di tempo che trascorri online;
9. affidarsi a Internet per regolare o migliorare il proprio umore.

Altre manifestazioni emotive possono includere: senso di colpa, ansia, sbalzi di umore, paura, sensazione di solitudine, euforia quando si usa il computer. Inoltre, possono presentarsi: incapacità di completare altre attività importanti a causa del troppo tempo trascorso online, incapacità di dare priorità o mantenere gli orari, isolamento, perdita di piacere o noia verso le altre attività, perdita del senso del tempo quando si utilizza Internet (Demirtaş *et al.*, 2021).

I sintomi fisici del disturbo da dipendenza da Internet possono includere: mal di schiena, sindrome del tunnel carpale, mal di testa, insonnia, cattiva alimentazione (non mangiare o mangiare eccessivamente per non allontanarsi dal computer) con conseguente perdita o aumento di peso, scarsa igiene personale (es. non fare il bagno per rimanere online), dolore al collo, occhi secchi e altri problemi di vista (Demenech *et al.*, 2021; Foltran-Mescollotto *et al.*, 2021).

## Sintomi di astinenza

Esistono evidenze scientifiche a sostegno del fatto che un individuo dipendente da Internet può sperimentare significativi cambiamenti psicologici quando interrompe la propria attività online. Sebbene queste evidenze scientifiche siano scarse, hanno consentito di identificare i

seguenti sintomi: irrequietezza, irritabilità, tristezza, malumore, crescenti sentimenti di ansia, *craving*, depressione e pensieri suicidi (Stevens *et al.*, 2020; Ohayon *et al.*, 2021). Queste evidenze vanno, inoltre, a corroborare quanto proposto nel modello sindromico della dipendenza comportamentale (Shaffer *et al.*, 2004) secondo cui l'interruzione di un comportamento compulsivo, provoca nei soggetti dei sintomi fisici molto simili a quelli manifestati dagli utilizzatori di sostanze in crisi di astinenza. La ricerca neurobiologica, tra l'altro, ha individuato che i circuiti neuronali implicati nel processo di *craving*, vengono attivati oltre che dalla semplice interazione farmaco-recettore che si realizza quando siamo in presenza di una sostanza abusata, anche da stimoli precedentemente neutri che acquisiscono una significatività oggettiva per il soggetto (Shaffer, 1997).

## Dipendenza da Internet e uso di sostanze

La dipendenza da Internet condivide molti degli stessi tratti e sintomi del disturbo da uso di sostanze (*Substance Use Disorder*, SUD). Coloro che soffrono di dipendenza da Internet possono attuare anche altri comportamenti che aumentando il rischio di abuso di sostanze (Van Rooij *et al.*, 2014). Ad esempio, coloro che trascorrono più tempo su Internet per raggiungere la stessa quantità di soddisfazione possono anche consumare quantità maggiori di alcol per inseguire un maggiore livello di euforia.

Tuttavia, esistono anche chiare differenze tra il SUD e le dipendenze comportamentali. Forse la differenza principale è che le sostanze forniscono, per definizione, input fisiologici al di là di ciò che il corpo può produrre attraverso il solo comportamento. Esiste un serio dibattito sulla somiglianza dei criteri diagnostici per le dipendenze comportamentali e il SUD rispetto soprattutto ai criteri di tolleranza e ritiro. Alcuni sostengono che le dipendenze comportamentali mostrano astinenza e tolleranza (Demetrovics *et al.*, 2012; Griffiths, 2005; Petry *et al.*, 2014) anche se la loro manifestazione è spesso molto diversa da quella della tolleranza e dell'astinenza associate ai SUD.

Alcuni sintomi della dipendenza da Internet come la depressione e il dolore al collo possono anche aumentare il rischio di abuso di sostanze quando le persone usano droghe e alcol come strategie per la gestione dello stress.

## DIPENDENZA DALLE RELAZIONI VIRTUALI

Adele Minutillo, Paolo Berretta

Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

### Introduzione

Le relazioni online consentono alle persone di interagire con i dispositivi tecnologici in qualsiasi momento della giornata. Questa attività permette anche di camuffarsi dietro molteplici identità, atteggiamento che pone il soggetto in contrasto con la maggior parte delle relazioni interpersonali che sarebbero ostacolate da obblighi lavorativi, domestici, faccende quotidiane e altre responsabilità. Nelle persone con questa dipendenza è presente una forte pulsione per stabilire relazioni attraverso i *social network*, siti di incontri, le chat che sovente pregiudica la volontà di costruire nella realtà dei legami stabili (Asghari, 2018). La distanza fisica e l'anonimato consentono una versione virtuale del proprio io, sicuramente più accattivante rispetto a quella reale. Situazione che di fatto incuriosisce e coinvolgere gli altri utenti. Ciò determina che gli stessi soggetti che hanno difficoltà di interazione con gli altri nella vita reale, risultando spesso goffi e insicuri, in Rete riscuotano successo, con centinaia di seguaci e amici virtuali (Portelli & Papantuono, 2017). Altri soggetti, invece, vedono nella Rete la possibilità di esplorare ed esprimere aspetti della propria personalità che vengono invece controllati e inibiti nella vita reale.

L'analisi seppur sommaria della letteratura scientifica non consente di condividere dati di prevalenza e/o strumenti di screening per questo costrutto. Tema che appare relativamente poco studiato se non in associazione con i costrutti di *social media addiction* e cyberbullismo, lasciando intuire un forte interesse della comunità scientifica sulle correlazioni tra questi costrutti. Forniremo, quindi, nei prossimi paragrafi alcune informazioni circa l'uso dei *social media* analizzando in particolare la *social networking addiction* che rientra probabilmente nella categoria della dipendenza da relazioni virtuali, dato che lo scopo principale e la motivazione principale per utilizzare i siti di *social network* è stabilire e mantenere relazioni sia online che offline (Griffiths *et al.*, 2014) senza tralasciare il cyberbullismo e i fenomeni emergenti delle *social challenge*, *sexting* e *morphing*.

### Social Media Addiction

Si stima che siano 4,66 miliardi le persone che nel globo accedono ad Internet, con un incremento del 7,3% (o 316 milioni) rispetto a gennaio 2020. La penetrazione Internet mondiale si attesta al 59,5%, valore che potrebbe essere sottostimato a causa delle difficoltà legate al corretto tracciamento degli utenti Internet legate alla pandemia da COVID-19. Inoltre, sono 4,20 miliardi gli utenti delle piattaforme *social*, con un incremento del 13% (490 milioni di persone) rispetto all'anno precedente. La penetrazione delle piattaforme *social* si attesta quindi al 53% della popolazione mondiale (Starri, 2021).

Il tempo speso sulle piattaforme *social* continua a crescere anche se in misura più contenuta rispetto agli ultimi anni, attestandosi a 2 ore e 25 minuti al giorno con sostanziali differenze da Paese a Paese, per esempio la popolazione delle Filippine è connessa ai *social* per 4 ore e 15 minuti al giorno e quella del Giappone 51 minuti al giorno (Starri, 2021).

L'utente medio passa online circa 7 ore al giorno, con un aumento di oltre un quarto d'ora al giorno rispetto alla rilevazione del 2020 (Starri, 2021).

Il 98% degli utenti attivi su una piattaforma *social*, lo è anche su almeno un'altra: l'84% degli utenti TikTok tra i 16 e i 64 anni dichiara di usare anche Facebook, mentre il 95% degli utenti Instagram nella stessa fascia d'età dichiara di usare anche YouTube (Starri, 2021). È la fascia più senior a registrare le crescite relative più ampie su diverse delle piattaforme più seguite: su Facebook, ad esempio, gli ultra sessantacinquenni sono aumentati del 25% rispetto al 2020, quasi il doppio rispetto alla media che si attesta al 13%; anche su Snapchat è osservabile un incremento del 25%, ma negli ultimi 3 mesi. In particolare, considerando la fascia dai 50 anni in su raggiungibile tramite annunci pubblicitari (adv), gli uomini sono addirittura cresciuti del 33%.

In Italia, sono oltre 1 milione le persone che si sono connesse ad Internet per la prima volta nel corso del 2020, con un incremento del 2,2%, che fa superare la soglia dei 50 milioni di utenti Internet (Starri, 2021). È stato possibile osservare anche l'aumento dell'utilizzo delle piattaforme *social*: oltre 2 milioni di nuovi utenti, con un incremento quasi del 6% che fa raggiungere quota 41 milioni utenti *social*. Gli italiani sono connessi per oltre 6 ore al giorno ad Internet, e passano quasi due ore sui *social* (il 98% da dispositivi mobili), mentre continuano ad essere rilevanti i periodi che gli italiani passano a fruire di contenuti audio (una persona su 4 ascolta regolarmente i podcast) e *gaming* (oltre 4 persone su 5 giocano, a prescindere dai *device* preferiti), anche grazie agli incrementi nelle velocità medie di connessione pari al 11% per il mobile e il 29% per il fisso (Starri, 2021). L'85% ha dichiarato di aver partecipato attivamente al dialogo online (era l'81% nel 2020).

Nel complesso, sembrerebbe che le donne usano Internet per i *social network* e per rafforzare le relazioni preesistenti, mentre i maschi usano i siti di *social network* per flirtare e fare nuove amicizie. Per riassumere, mentre le donne sono più inclini a stabilire relazioni informatiche online, i maschi sono più inclini alla dipendenza (Wenliang *et al.*, 2019).

## Dipendenza dai *social media*

Nell'ultimo decennio è notevolmente aumentata l'osservazione della dipendenza da Internet e dei fenomeni connessi all'utilizzo delle piattaforme digitali. Incominciano ad esser numerosi i lavori che evidenziano i tanti punti di contatto fra l'uso smodato della tecnologia e i disturbi psichiatrici (Ortiz *et al.*, 2021). Inoltre, l'uso dei *social network* con le attività associate come il postare status, il pubblicare foto o controllare gli aggiornamenti (anche altrui) è diventata un'attività assai diffusa per ampi segmenti della popolazione. Sebbene l'uso dei *social media* non abbia, nella maggior parte dei casi, caratteristiche di problematicità, c'è una piccola percentuale di utenti che diventa dipendente dalle piattaforme, facendone un uso eccessivo e/o compulsivo. Recenti studi condotti in Nord America stimano che fra 5 e il 10% della popolazione rientra nei criteri di accertamento della dipendenza da *social media* (Choi *et al.*, 2019).

Nell'ultimo decennio è notevolmente aumentata l'osservazione della dipendenza da Internet e dei fenomeni connessi all'utilizzo delle piattaforme digitali. Incominciano ad esser numerosi i lavori che evidenziano i tanti punti di contatto fra l'uso smodato della tecnologia e i disturbi psichiatrici (Ortiz *et al.*, 2021).

Nello specifico, si tratta una dipendenza comportamentale che si caratterizza per un bisogno incontrollabile di accedere ad informazioni o veicolare dei propri contenuti verso terzi, in una maniera talmente tanto compulsiva da compromettere gli altri ambiti di vita quotidiana (Hawi & Samaha, 2017). In accordo con il modello bio-psicosociale delle sei componenti per l'eziologia delle dipendenze (Griffiths, 2005) e il modello della sindrome della dipendenza (Shaffer *et al.*,

2004), è plausibile che le persone dipendenti dall'uso dei *social* sperimentino sintomi simili a quelli delle dipendenze da sostanze o altri comportamenti (Echeburua & de Corral, 2010).

Queste riflessioni hanno implicazioni significative per la pratica clinica, perché a differenza del trattamento per altre dipendenze, l'obiettivo del trattamento della dipendenza da *social network* non può essere l'astinenza totale dall'uso di Internet di per sé, poiché è un elemento integrante della cultura professionale e del tempo libero di oggi (Kuss & Griffiths, 2011). Invece, l'obiettivo finale della terapia è *in primis* l'uso controllato di Internet e delle sue rispettive funzioni, in particolare delle applicazioni *social networking*, e in seconda battuta la prevenzione delle ricadute utilizzando strategie sviluppate nell'ambito delle terapie cognitivo-comportamentali (Echeburua & de Corral, 2010). In generale sono 3 i modelli che spiegano la *social media addiction* (Turel & Serenko, 2012):

- Modello cognitivo-comportamentale: il *social networking* eccessivo deriva da cognizioni disadattive ed è amplificato da vari fattori ambientali, e alla fine porta a comportamenti legati ai *social network* compulsivi e/o che creano dipendenza.
- Modello di abilità sociali: il *social networking* eccessivo riguarda quelle persone che hanno scarsa capacità di auto-rappresentazione e preferiscono la comunicazione virtuale alle interazioni faccia a faccia, ciò porta a un uso compulsivo e/o che crea dipendenza dai *social network*.
- Modello socio-cognitivo: il *social networking* problematico sorge a causa dell'aspettativa di risultati positivi, combinata con l'autoefficacia di Internet e l'autoregolamentazione di Internet carente, che alla fine portano a comportamenti di *social networking* compulsivi e/o di dipendenza.

Sulla base di questi tre modelli, Xu e Tan (2012) suggeriscono che la transizione dall'uso dei *social network* normale a quello problematico si verifica quando il *social networking* è visto dall'individuo come un meccanismo fondamentale (o addirittura esclusivo) per alleviare lo stress, la solitudine o depressione. I due professori dell'Università di Singapore sostengono che le persone che si impegnano frequentemente nei *social* sono poi apatici nella socializzazione immanente. A questi soggetti, l'uso ininterrotto dei *social* fornisce da un lato delle ricompense continue (es. autostima, soddisfazione) ma dall'altro una serie di problemi, come l'ignorare le relazioni in ambito familiare, amicale o lavorativo. Situazioni che possono quindi esacerbare gli stati d'animo degli individui coinvolti. Di conseguenza, quando gli utenti dei *social* ripetono questo modello ciclico per alleviare i loro stati d'animo, aumenta il loro livello di dipendenza psicologica.

Diversi studi a carattere neurologico hanno dimostrato che i fenomeni di dipendenza dai *social media* possono tra l'altro essere attribuiti al meccanismo di rilascio di dopamina (Buran *et al.*, 2020; Macit *et al.*, 2018). In particolare, è stato dimostrato che il flusso costante di *retweet*, *like* e condivisioni generi nell'area della ricompensa del cervello lo stesso tipo di reazione chimica osservata con le sostanze d'abuso (Sherman *et al.*, 2018).

È stata dimostrata anche la correlazione tra la *social media addiction* e altri disturbi psichiatrici. Uno studio condotto su 23.533 adulti tra i 16 e gli 88 anni ha esaminato le correlazioni tra i sintomi del disturbo da deficit di attenzione/iperattività (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, ADHD), il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC), l'ansia, la depressione e l'uso compulsivo dei *social media* e dei videogiochi (Andreassen *et al.*, 2016a), evidenziando tutte correlazioni positive.

## Cenni epidemiologici

Gli studi epidemiologici sono relativamente recenti e restituiscono quadri di dati non sempre organici. Uno studio statunitense ha rilevato che le persone che hanno visitato qualsiasi sito di *social media* almeno 58 volte a settimana avevano 3 volte più probabilità di sentirsi socialmente isolate e depresse rispetto a coloro che hanno utilizzato i *social media* meno di 9 volte a settimana (Shakya & Christakis, 2017).

Una sommaria analisi della letteratura rivela una notevole variabilità tra gli studi nei tassi di prevalenza (es. Wang *et al.*, 2019), fino ad arrivare a studi che presentano prevalenze di dipendenza dai *social media* di oltre il 40% (es. Busalim *et al.*, 2019). Questa variabilità è confermata da una recentissima metanalisi (Cheng *et al.*, 2021) che ha coinvolto 63 campioni indipendenti (34.798 intervistati) provenienti da 32 nazioni, in sette regioni del mondo e che ha mostrato variazioni nella prevalenza tra gli studi dovuta al fatto che vengono utilizzati schemi di classificazione diagnostica diversi. La stima della prevalenza aggregata era del 5% per gli studi che adottavano classificazioni monotetiche rigorose, era invece del 13% per gli studi che adottavano classificazioni politetiche rigorose. La stima di prevalenza saliva al 25% per gli studi che adottano un cut-off per classificazioni di livello moderato o politetiche. Inoltre, i confronti interculturali hanno rivelato che la stima della prevalenza aggregata ottenuta nelle nazioni che enfatizzano l'interdipendenza degli esseri umani all'interno del gruppo, ponendo come priorità la finalità del gruppo sulle finalità dell'individuo è doppia rispetto a quella ottenuta nelle nazioni nelle quali l'autonomia dell'individuo ha grande valore rispetto alla società (rispettivamente 31% vs. 14%). Questa metanalisi indica che sia lo schema di classificazione utilizzato che i fattori culturali dovrebbero essere considerati quando si interpretano i risultati della prevalenza sulla dipendenza dai *social media*.

Molti studi sono dedicati alle classi di età più giovani e prendono in considerazione i fattori di rischio connessi all'uso dei *social media* che riguardano, soprattutto tra i giovani, fenomeni come il cyberbullismo, le *social challenge*, il *sexting* e il *morphing* che illustreremo brevemente nei prossimi paragrafi, dopo una breve disamina dei principali strumenti di screening per la *social media addiction* riportati dalla letteratura di riferimento.

## Strumenti di screening ricorrenti in letteratura

In letteratura è possibile rintracciare diversi studi che hanno utilizzato la *Bergen Social Media Addiction Scale* (BSMAS) (Andreassen *et al.*, 2017) che è un adattamento della *Bergen Facebook Addiction Scale* (BFAS) ed è composta da 6 *item*, costruiti sulla base del modello delle sei componenti dell'*addiction* (Griffiths, 2005).

Altri strumenti ricorrenti sono:

- *Social Network Addiction Scale* (SNAddS-6S) (Cuadrado *et al.*, 2020);
- *Social Networking Addiction Scale* (Shahnawaz & Rehman, 2020);
- *Social Media Disorder scale* (SMD) (Boer *et al.*, 2021);
- *Social Media Addiction Questionnaire* (SMAQ) (Hawi & Samaha, 2017);
- *Social Media Addiction Scale* (SMAS) (Tutgun-Ünal & Deniz, 2015).

Per quanto è nella conoscenza di chi scrive, tra gli strumenti descritti esiste solo la validazione italiana della BSMAS (Monacis *et al.*, 2017).

## Cyberbullismo

L'avvento di Internet ha avuto un enorme impatto sul modo in cui le persone affrontano le loro relazioni, ampliando in modo esponenziale le possibilità di socializzazione, di informazione ecc. tuttavia, ha portato con sé anche effetti negativi, tra cui il cyberbullismo. Al momento, non esiste una definizione unificata di cyberbullismo (Kwan *et al.*, 2020). Nella comunità scientifica tra le definizioni più usate troviamo quella che descrive il cyberbullismo come qualsiasi comportamento messo in atto attraverso i media elettronici o digitali da individui o gruppi che comunicano ripetutamente messaggi ostili o aggressivi volti a infliggere danno o disagio agli altri (Tokunaga, 2010).

In generale, la vittima si trova generalmente a dover fare i conti con pesanti vessazioni e intimidazioni telematiche, attacchi verso i propri profili virtuali e prese in giro sul proprio aspetto fisico e/o caratteriale. Coloro che lo attuano sono solitamente convinti del fatto di agire in una dimensione più libera che garantisce loro protezione e anonimato. Il cyberbullismo si manifesta in comportamenti diversi, come per esempio mandare messaggi online violenti e volgari mirati a suscitare battaglie verbali in un forum (*flaming*); spedire ripetutamente messaggi insultanti mirati a ferire qualcuno; utilizzare mail e messaggistica istantanea per sparlare di qualcuno per danneggiare gratuitamente e con cattiveria la sua reputazione; farsi passare per un'altra persona per spedire messaggi o pubblicare testi repressibili; ottenere la fiducia di qualcuno con l'inganno per poi pubblicare o condividere con altri le informazioni confidate via mezzi elettronici; escludere deliberatamente una persona da un gruppo online per provocare in essa un sentimento di emarginazione; utilizzare molestie e denigrazioni ripetute e minacciose mirate a incutere paura (*cyberstalking*); diffondere pubblicamente via Internet i dati personali e sensibili (*doxing*).

Questo fenomeno può avere un impatto terribile sulla salute psico-fisica degli adolescenti, nei casi più gravi, può portare a stati d'ansia, depressione e tendenze suicide; senza considerare che alcuni adolescenti potrebbero intraprendere azioni violente per vendicarsi.

I numeri provenienti da sette Paesi in Europa indicano che la percentuale di bambini che hanno subito bullismo online, in una fascia d'età compresa fra gli 11 e i 16 anni, è aumentata dal 7% del 2010 al 12% del 2014 (UNESCO, 2019).

Dal 2002 negli Stati Uniti il Cyberbullying Research Center ha raccolto dati da oltre 25.000 studenti evidenziando, nel 2018, un tasso di vittimizzazione pari al 33,8% (Hinduja & Patchin, 2018). Questo importante lavoro ha messo in evidenza la natura e la grande diffusione del cyberbullismo tra gli adolescenti. Tuttavia, è meno chiaro se il cyberbullismo si verifichi tra diverse fasce di età, se ci sono ulteriori differenze etniche e di genere.

### Cyberbullismo e *gaming*

Una relazione sulla quale gli esperti si stanno focalizzando è la relazione tra il cyberbullismo e i giochi online, che sono diventati una delle attività ricreative più popolari tra i giovani.

Diversi studi (Pisarska *et al.*, 2021; Richard *et al.*, 2021; Cagirkan *et al.*, 2021; Huang *et al.*, 2021) hanno identificato un'associazione tra l'aumento del tempo trascorso a giocare ai videogiochi e la vittimizzazione scolastica/cyberbullismo tra i giovani. Questi studi hanno ipotizzato che i videogiochi possano essere usati come una forma di regolazione delle emozioni e di fuga per alcuni giovani che sperimentano più frequentemente la vittimizzazione del bullismo. Inoltre, altre ricerche (Huang *et al.*, 2021) hanno scoperto un'associazione tra l'uso frequente di videogiochi e un aumento della perpetrazione del cyberbullismo (o dell'essere sia vittima che perpetratore di bullismo), all'interno e all'esterno degli ambienti di gioco online. Nello specifico,



alcuni studi hanno dimostrato la relazione positiva tra il comportamento di videogiochi problematico e la vittimizzazione del bullismo.

È possibile che la relazione tra vittimizzazione del bullismo e il comportamento problematico di videogiochi sia mediata dalla presenza di difficoltà psicologiche, poiché è stato riscontrato che problemi di esternalizzazione e interiorizzazione mediano pienamente la relazione tra la vittimizzazione del bullismo e una serie di altri comportamenti di dipendenza, tra cui l'alcol, cannabis, uso di sigarette e gioco d'azzardo.

Nel 2020 l'American Psychological Association ha pubblicato un report nel quale parlava degli effetti negativi sui ragazzi dei videogiochi violenti (APA, 2020) e alcune metanalisi multiple (Anderson *et al.*, 2010) suggeriscono una connessione abbastanza chiara tra videogiochi violenti e comportamenti aggressivi. Le posizioni critiche di alcuni ricercatori hanno messo in dubbio le metodologie utilizzate e le interpretazioni statistiche, sottolineando che gli effetti osservati sono stati relativamente piccoli (Ferguson, 2007; Ferguson & Kilburn, 2009; Hilgard *et al.*, 2017). Alla luce dei fatti ci sono state alcune ricerche che hanno mostrato che coloro che giocano a videogiochi violenti hanno maggiori probabilità di essere coinvolti nel bullismo (Hamer *et al.*, 2013), mentre altre analisi non trovano tale effetto (Ferguson *et al.*, 2017).

## **Social challenge**

La popolarità dei *social* e la possibile ribalta mediatica che essi producono, ha portato allo sviluppo di una nuova moda fra i giovani, le sfide online. Mentre molte di queste *challenge* possono risultare anche divertenti e spensierate e non comportano l'uso di parti del corpo per completare la sfida, altre sono dannose ed estremamente pericolose coinvolgendo il proprio corpo o parti del corpo a cui viene inflitta una lesione per completare la sfida (Mahadevaiah *et al.*, 2018). Tra quest'ultime la cronaca italiana ha riportato casi di *Blue Whale Challenge* tra i giovani. Altre sfide dannose che è possibile rintracciare nel web sono la sfida del sale e del ghiaccio, durante la quale i partecipanti versano il sale, di solito sul braccio, ponendo sopra del ghiaccio. La sfida consiste nel resistere il più tempo possibile alla sensazione di bruciore, simile al congelamento; la sfida della cannella che consiste nel filmarsi mentre si mangia un cucchiaino di cannella in polvere in meno di 60 secondi senza bere nulla. La sfida è difficile e comporta notevoli rischi per la salute perché la cannella può provocare grosse difficoltà respiratorie; il gioco del soffocamento comporta l'applicazione di pressione o costrizione al collo o al torace attraverso lo strangolamento o l'auto-strangolamento per limitare l'afflusso di ossigeno al cervello. Questo atto inizialmente da una sensazione di euforia ma immediatamente dopo si può verificare la perdita di coscienza e la morte se la costrizione o la pressione non vengono rimosse dal collo in tempo.

Le *social challenge* devono essere condivise sui *social media*, prevedono quindi la registrazione di un video con smartphone o con una *webcam*, mentre si completa la sfida per poi condividere la clip su diversi canali. La creazione di App per la condivisione di mini-video come Snapchat o TikTok ha consentito alle sfide online di raggiungere la popolarità tra i giovani in brevissimo.

Le *social challenge* rappresentano un modo di socializzare, con la forte sensazione di sentirsi parte di una comunità mondiale. Per interagire, i giovani duettano nei video lasciandosi il testimone dell'azione. Inoltre, le sfide online aiutano i giovani ad esprimersi, mettersi alla prova nella creazione di video e mostrare le proprie capacità. D'altro canto, potrebbero sentirsi spinti a partecipare alle sfide online perché tutti gli amici lo fanno; le sfide potrebbero essere il grimaldello per scardinare la timidezza o l'isolamento e diventare parte del gruppo che nel caso dei *social network* è il mondo vero e proprio e questo potrebbe portare i giovani a cercare invano

l'approvazione di massa. Infine, il fatto che altre persone possano apprezzare e condividere i video di sfide, può alimentare le dipendenze dai *social media*.

Le sfide online diventano altresì pericolose quando entra in campo il bisogno di attenzione e di visibilità. I giovani, infatti, spesso vogliono distinguersi dalla massa e le sfide pericolose forniscono un mezzo per attirare l'attenzione della gente. Con la quantità di intrattenimento disponibile gratuitamente online, c'è la costante ricerca di spingersi sempre più lontano, di essere sempre più estremi nel duello ingaggiato. Sono, inoltre, pericolose se il tratto di impulsività è particolarmente evidente. Gli adolescenti sono spesso attratti da sfide rischiose. Parte dell'essere un adolescente è testare i confini, sperimentare e prendere decisioni impulsive. Le sfide pericolose possono essere attrattive semplicemente per questi motivi. Infine, le sfide online possono essere utilizzate come un modo per non piegarsi alle regole imposte dai loro genitori, su come condurre la loro vita.

## **Sexting**

Il *sexting*, termine che unisce la parola sesso in inglese (*sex*) e sms (*texting*), è l'invio messaggi elettronici con delle allusioni a sfondo erotico. Uno scambio fra utenti che avviene principalmente attraverso telefoni cellulari, ma anche tramite e-mail o *webcam*. Per alcune persone è un modo per esplorare la sessualità, l'altrui fiducia, i confini di un gioco virtuale e l'intimità. Tuttavia, in alcuni casi, il *sexting* viene utilizzato per prevaricare, ricattare o sfruttare (Agustina & Gómez-Durán, 2012; Döring, 2014; Gámez-Guadix *et al.*, 2015).

I *sext* possono includere parole, foto o video come:

- messaggio o post scritto con un linguaggio sessuale;
- foto/video nudi o seminudi;
- foto/video di atti sessuali;
- foto/video catturati dallo schermo registrati dalla webcam;
- chat dal vivo con qualcuno in webcam che attua atti sessuali.

A livello statistico non è quantificabile l'esatta prevalenza dei soggetti che si dedicano al *sexting*. Ciò potrebbe essere determinato dalla privacy che ammantava di un'aurea di riservatezza questi comportamenti, dai rapidi progressi della tecnologia o dalla mancanza di una definizione esaustiva che spieghi alcuni fattori, come il picco dello sviluppo sessuale o l'impulsività. I giovani, in quanto popolazione maggiormente vulnerabile, hanno una scarsa consapevolezza circa i rischi e le conseguenze derivanti dal *sexting*, come la vergogna e il senso di colpa, gli approcci sessuali precoci, il bullismo, l'incarcerazione, l'abuso di sostanze psicoattive, la depressione e il suicidio (Ahern & Mechling, 2013).

## **Morphing**

Il *morphing* è una tecnica che permette di trattare le immagini con un elaboratore, mutandole gradualmente da una forma iniziale ad una di arrivo, con un effetto di trasformazione del tutto credibile e naturale. Prima del *morphing* digitale, venivano utilizzate diverse tecniche simili ad una dissolvenza abbinata (un cambiamento graduale tra due immagini senza deformare le forme).

Si sta diffondendo tra i giovani il fenomeno di utilizzare le App di *morphing* dal proprio smartphone per modificare significativamente i tratti del volto e per alcuni sta diventando un

comportamento problematico, anche se è difficile rintracciare studi scientifici in grado di condividere risultati robusti e affidabili.

Gli algoritmi per lo sviluppo di questo effetto continuano a migliorare e oggi con poche istruzioni da parte dell'utente i programmi possono trasformare automaticamente le fotografie in ciò che si desidera. Avere a disposizione degli strumenti in grado di stravolgere con facilità e rapidità le sembianze di una persona significa dover cominciare ad avere a che fare con un nuovo livello di realtà percepita, aprendo la discussione sulle eventuali differenze tra identità reale e identità virtuale e al di là delle implicazioni pratiche, questo fenomeno può essere il primo passo verso dei veri e propri furti di identità. La possibilità di giocare con corpi e immagini a nostra insaputa trasforma utenti anonimi in minacce sparse per tutto il globo.

## SOVRACCARICO COGNITIVO

Paolo Berretta, Adele Minutillo

Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità

La crescente necessità di utilizzare strumenti digitali può creare un sovraccarico cognitivo che può avere un impatto negativo sul benessere psicofisico delle persone. Disagio che si riverbera sia in ambito personale che lavorativo. È probabile che negli ultimi 2 anni a causa della pandemia da COVID-19, un determinato numero di persone subisca maggiore stress e sovraccarico a causa dell'aumento improvviso e inaspettato uso di strumenti digitali per gestire il flusso di lavoro (Schmitt *et al.*, 2021). La crescente necessità di utilizzare strumenti digitali può introdurre cambiamenti nelle routine di lavoro o aspettative di dover lavorare più a lungo e più velocemente (Karr-Wisniewski & Lu, 2010). Questi sentimenti di stress e sovraccarico dall'organizzazione del lavoro principalmente attraverso le tecnologie digitali possono, a loro volta, avere un impatto negativo sulla produttività e sul benessere (Eppler & Mengis, 2004). I fattori predittivi di sovraccarico cognitivo sono molteplici e spesso intrecciati fra loro. Ad influenzare il sovraccarico ci sono variabili individuali (cognizioni, atteggiamenti, livelli di frustrazione, abilità tecniche, autoefficacia), fattori situazionali (difficoltà del compito, limiti di tempo, supporto tecnico) e aspetti relativi ai media (tecnologici e sociali) (Schmitt *et al.*, 2017).

Ricevere troppi stimoli può sfociare in una vera e propria dipendenza. Al pari di una bulimia informativa, per molti è complicato affrancarsi da questo flusso ininterrotto di comunicazioni, anche quando ciò che troviamo non è di stretto interesse. Questo comportamento può condurre a una sorta di ansia "informativa", ossia il divario tra ciò che si è capito e ciò che, invece, si pensa di aver capito (Wurman, 1991).

Alcuni ricercatori hanno notato che i lavoratori spesso sperimentano un sovraccarico di informazioni. Questo avviene ogni volta che hanno difficoltà ad assorbire e assimilare le informazioni che ricevono per completare in modo efficiente un'attività; il motivo risiede probabilmente nel fatto che si sentono oppressi, stressati e sopraffatti (Farhoomand & Drury, 2002).

Nel 2008 durante il Web 2.0 Expo di New York, Clay Shirky, uno dei più influenti scrittori americani, ha spiegato che il sovraccarico di informazioni nell'era moderna è una conseguenza di un problema più profondo, ovvero il *fallimento del filtro* (Asay, 2015), in cui gli esseri umani continuano a condividere eccessivamente le informazioni tra loro. Ciò è dovuto al rapido aumento delle App e all'accesso wireless quasi sempre illimitato. Nell'era dell'informazione moderna, il sovraccarico è vissuto come flussi di informazioni distraenti e ingestibili (come lo spam e-mail, le notifiche e-mail, i messaggi istantanei, i tweet e gli aggiornamenti di Facebook nel contesto dell'ambiente di lavoro). In tale contesto i *social media* hanno giocato un ruolo determinante, aggiungendo tasselli di sovraccarico di informazioni *social*, su piattaforme come Facebook o Instagram, con la tecnologia che di pari passo sta cambiando per servire la nostra cultura socio-digitale.

Man mano che le persone visualizzano crescenti quantità di informazioni, sotto forma di notizie, e-mail, post di blog, stati di Facebook, Tweet, post di Tumblr e altre nuove fonti di informazioni, diventano veri e propri *editor*. In sostanza dei *gatekeeper* e aggregatori di informazioni (Kovach, 2010).

Il tema che desta più preoccupazione nel dibattito pubblico è che enormi quantità di informazioni possano distrarre e avere un impatto negativo sulla produttività, sul processo

decisionale e sul controllo cognitivo. Un'altra problematica di cui si dibattuto recentemente è la contaminazione di informazioni utili con altre che potrebbero non essere del tutto accurate (inquinamento delle informazioni).

Tra le cause del sovraccarico cognitivo, probabilmente vi è la rapida crescita di nuove informazioni prodotte, nota anche come giornalismo di asserzione, che è una cultura della notizia continua in cui viene attribuito un premio alla velocità con cui le notizie possono essere pubblicate; questo porta a un vantaggio competitivo nella cronaca giornalistica, ma incide anche sulla qualità delle notizie riportate. Inoltre, l'avvento di Internet ha facilitato la duplicazione e trasmissione dei dati su Internet, aumentato i canali disponibili di informazioni in entrata (come smartphone, e-mail, messaggistica istantanea, RSS ossia *Really Simple Syndication*, uno dei più popolari formati per la distribuzione di contenuti Web), consentito di visualizzare una quantità sempre crescente di informazioni storiche.

A causa della pandemia di COVID-19, in Europa circa il 40% dei lavoratori dipendenti ha dovuto lavorare da casa nel corso del 2020 (Milasi *et al.*, 2020). Sebbene il lavoro agile possa anche aver consentito una certa flessibilità, autonomia e creatività, molte persone lo hanno percepito più stressante rispetto al lavoro in presenza, poiché hanno subito un sovraccarico di tecnologia (Haufe, 2020). In molti hanno dichiarato di sentirsi soffocati dall'uso di strumenti digitali; situazione che può comportare un'elaborazione inefficace delle informazioni, confusione, perdita di controllo, stress psicologico (Eppler & Mengis, 2004) o persino un aumento dei sintomi depressivi (Reinecke *et al.*, 2017) con conseguenze ancora più gravi per la salute mentale tenuto conto del periodo pandemico.

Diversi studi hanno evidenziato come il sovraccarico cognitivo può anche portare al rifiuto o all'evitamento dell'uso di tali prodotti e strumenti (Lee *et al.*, 2016). Le ricerche epidemiologiche hanno anche dimostrato che il sovraccarico è determinato principalmente da un ambiente di comunicazione digitale opprimente, che influenza negativamente la produttività (Karr-Wisniewski & Lu, 2010) e la soddisfazione (Tarafdar *et al.*, 2010). Considerando l'ubiquità e la necessità degli strumenti digitali durante l'apice della pandemia di COVID-19, vi è motivo di ritenere che il sovraccarico cognitivo sia un fattore che contribuisce alla riduzione della produttività e del benessere della persona.

## CYBERSEX

Paolo Berretta, Adele Minutillo

Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

### Introduzione

Il termine *cybersex* è stato coniato per riferirsi ad attività online nelle quali Internet viene utilizzato per raggiungere gratificazione sessuale attraverso esperienze erotiche e interattive (Döring, 2009). L'esperienza del sesso online include non solo il prendere visione di materiale, ma anche comprare prodotti da negozi specializzati, cercare informazioni di natura sessuale, contattare prostitute, fare esperienze di sesso virtuale (Döring, 2009). In questo contesto le caratteristiche di Internet quali anonimato, economicità e accessibilità promuovono attività legate al *cybersex* poiché la Rete diventa l'alternativa "sicura" rispetto ai rapporti interpersonali (Cooper, *et al.*, 1999). Non è possibile definire una linea di demarcazione tra normalità e patologia, piuttosto è opportuno descrivere il fenomeno del sesso online immaginando un *continuum* che va da una modalità adattiva a una problematica (Cooper *et al.*, 1999); lungo questo *continuum* è possibile identificare 3 profili di utenti:

- a) Ricreativi: utilizzano il web a scopo ludico e ricreativo;
- b) Compulsivi: manifestano tratti sessuali compulsivi e sperimentano conseguenze negative a seguito dell'uso della Rete;
- c) A rischio: persone che non avrebbero mai sviluppato un comportamento di dipendenze se non ci fosse stato l'avvento di Internet.

Allo stato attuale non si può parlare ancora di una vera e propria patologia, non essendo questa dipendenza stata inserita nel DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*). La difficoltà nella definizione è dovuta al fatto che da una parte la dipendenza da sesso online è in parte sovrapponibile alla dipendenza da Internet; dall'altra il comportamento è strettamente legato e può essere spiegato come forma di dipendenza da sesso declinata in un contesto specifico: il web (Young, 1999).

### Cenni epidemiologici

Nella revisione di Wéry e Billieux (2017) si evidenzia che i tassi di prevalenza di *cybersex use* variano considerevolmente tra gli studi dal 33% al 75%. Tuttavia, la maggior parte degli studi inclusi in quella revisione utilizzava campioni piccoli o non rappresentativi. Sebbene un ampio corpus di ricerche suggerisca un'associazione positiva tra *cybersex use* e conseguenze negative e sintomi di dipendenza, non c'è ancora consenso riguardo al concetto e alla diagnosi di dipendenza o compulsione da cybersesso (Grubbs *et al.*, 2015; Wéry & Billieux, 2017). I dati epidemiologici disponibili in questa revisione riportano uno studio (Cooper *et al.*, 2002), nel quale è stata identificata una prevalenza del 9,6% sulla base del tempo eccessivo trascorso online e delle preoccupazioni auto-segnalate sul cybersesso; un altro studio (Daneback *et al.*, 2006) ha riportato un tasso di prevalenza di cybersesso problematico del 5,6% utilizzando la *Sexual Compulsivity Scale* (Kalichman & Rompa, 1995). Più recentemente, Ross *et al.* (2012) hanno riscontrato una prevalenza del 4,9% nelle donne e del 12,9% negli uomini per alcuni problemi sessuali su Internet

(utilizzando un punteggio a cutoff  $\geq 2$ ) e una prevalenza dell'1,8% delle donne e del 4,9% degli uomini per gravi problemi sessuali su Internet (utilizzando un punteggio di cutoff di  $\leq 4$ ). Infine, Rosser *et al.* (2014) hanno scoperto che il 7% degli individui in un campione di uomini che hanno rapporti sessuali con uomini sono caratterizzati da ossessioni e mancanza di controllo riguardo al consumo di media sessualmente esplicito.

## Strumenti di screening ricorrenti in letteratura

Sono state sviluppate misure ben validate per la valutazione degli aspetti relativi alla dipendenza dalla pornografia su Internet (Cacioppo *et al.*, 2018), tra questi i più ricorrenti in letteratura sono:

- *Cyber-Pornography Use Inventory* (CPUI) (Grubbs *et al.* 2010);
- *Compulsive Pornography Compulsion* (CPC) (Noor *et al.* 2014);
- *Hypersexual Behavior Inventory* (Reid *et al.*, 2011);
- *Compulsive Sexual Behavior Inventory* (Coleman *et al.* 2001);
- *Sexual Addiction Screening Test-Revised* (SAST-R) (Carnes *et al.* 2010);
- *Internet Sex Screening Test* (Delmonico & Miller 2003);
- *Index of Problematic Online Experiences* (Mitchell *et al.*, 2009);
- *Pornography Consumption Inventory* (Reid *et al.*, 2010).

Questi strumenti sono stati ben documentati come utili per misurare l'ipersessualità generale e in particolare si sono focalizzati ampiamente sulla dipendenza dalla pornografia su Internet (Grubbs *et al.*, 2010), ad eccezione del *Cyber-Pornography Use Inventory* (CPUI) (Grubbs *et al.*, 2010). Tra i limiti individuati una riflessione è che questi gli strumenti sono spesso troppo lunghi per un uso funzionale e un punteggio veloce.

Una revisione sistematica del 2014 (Eleuteri *et al.*, 2014) riporta alcuni strumenti di screening utilizzati per indagare le attività sessuali online e i problemi legati a queste condotte (*Online Sexual Problems*; OSP) (Eleuteri *et al.*, 2014). Tra questi, quelli dedicati esclusivamente a OSPo oltre ai già citati CPUI e al SAST-R, vi sono:

- *Internet Sex Screening Test* (ISST) (Delmonico, 1997);
- *Online Sexual Experience Questionnaire* (Shaughnessy *et al.*, 2011);
- *Internet Addiction Test – Sex* (IATsex) (Brand *et al.*, 2011);
- *Internet Usage Scale for Sexual Purposes-Modified* (Velezmoro *et al.*, 2012);
- *Sexual Dependency Inventory – Revised* (SDI-R) (Green *et al.*, 2012).

Un limite questi strumenti appena descritti è che sono basati su affermazioni fatte direttamente dai soggetti; pertanto, potrebbero essere influenzati dai vissuti emozionali dei soggetti rispetto all'oggetto dell'indagine (senso di colpa, vergogna, ecc.).

Una rapida analisi della letteratura ha consentito di rintracciare uno studio di validazione della forma italiana dell'*Hypersexual Behavior Inventory* (Ciocca *et al.*, 2020); purtroppo non sono stati rintracciati studi di validità per la popolazione italiana degli altri strumenti citati.

## Limiti degli studi

Un importante limite degli studi attuali, ad eccezione di quello condotto da Ross *et al.* (2012), è che non hanno preso in considerazione i diversi tipi di attività sessuali online. Ad esempio, è

stato dimostrato che guardare la pornografia è l'attività sessuale maggiormente correlata con esiti negativi e sintomi di dipendenza (Ross *et al.*, 2012; Wéry *et al.*, 2016).

Di conseguenza, questo risultato indica che gli studi dovrebbero essere condotti utilizzando strumenti di screening comparabili e considerando il tipo di attività online in cui le persone sono coinvolte. Studi epidemiologici e quasi-epidemiologici hanno anche sottolineato che il cybersesso problematico è spesso associato a depressione, ansia, difficoltà relazionali / di intimità, problemi professionali e finanziari, isolamento interpersonale, una diminuzione della soddisfazione sessuale, una diminuzione dell'interesse per la sessualità offline, diminuzione della funzione erettile nelle relazioni fisiche, comportamenti sessuali e sentimenti di vergogna o senso di colpa. Gli studi esistenti hanno quindi sottolineato che il cybersesso problematico è spesso associato ad altri disturbi psichiatrici ed è correlato a esiti negativi e compromissione funzionale (es. intimità e problemi sessuali, difficoltà professionali e finanziarie).

La conseguenza della mancanza di criteri riconosciuti per definire il cybersesso disfunzionale è l'assenza di dati di prevalenza validi. Pertanto, è impossibile confrontare i risultati ottenuti nei pochi studi disponibili a causa di discrepanze teoriche e metodologiche tra loro, ad esempio, per quanto riguarda i criteri diagnostici o gli strumenti di screening utilizzati (Griffiths, 2012; Karila *et al.*, 2014; Wéry *et al.*, 2014).



# NET COMPULSION

Paolo Berretta, Adele Minutillo  
 Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

## Introduzione

Le manifestazioni di *Net Compulsion* riguardano il coinvolgimento eccessivo e i comportamenti compulsivi collegati a varie attività online quali il gioco d'azzardo, lo shopping compulsivo, i giochi di ruolo. Di seguito saranno presentate riflessioni sul disturbo da shopping compulsivo online come esempio di questo gruppo di manifestazioni lasciando ampio spazio alla descrizione del disturbo da gioco su Internet con lo scopo di illustrare i principali risultati degli studi della comunità scientifica.

## Shopping compulsivo online

A differenza di altre manifestazioni che si sono originate con l'avvento delle nuove tecnologie, esistono studi risalenti a molti anni fa sul disturbo da shopping compulsivo offline (*Buying Shopping Disorder*, BSD). La sua definizione si riferisce a una estrema preoccupazione per lo shopping e l'acquisto, a impulsi all'acquisto vissuti come irresistibili e ricorrenti eccessi di acquisto disadattivi che portano a disagio e instabilità.

Il BSD è citato nel DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*) come un esempio dei comportamenti impulsivi dei disturbi della personalità borderline e nell'ICD-11 (*International Classification of Disease, 11<sup>th</sup> revision*) è nella categoria "Altri disturbi del controllo degli impulsi specificati" (WHO, 2021). Al momento, il BSD non è classificato come una condizione di salute mentale a parte.

In generale, negli ultimi trent'anni il BSD è stato considerato come un sottotipo dei disturbi ossessivo-compulsivi, ovvero un disturbo del controllo degli impulsi, o come una dipendenza comportamentale e con l'avvento delle nuove tecnologie sono iniziati anche gli studi sullo shopping compulsivo praticato online.

Poiché l'*e-commerce* è un terreno estremamente ricco di opportunità da cogliere, il BSD tradizionale (al dettaglio) spesso migra proprio verso l'online. Internet offre una vasta gamma di informazioni sugli acquisti e l'accesso simultaneo a molti *e-shop*, soddisfacendo così le aspettative di ricompensa immediata, miglioramento emotivo e d'identità.

Diversi studi hanno mostrato che alcuni aspetti specifici di Internet come la disponibilità, l'anonimato, l'accessibilità e la facilità di spendere denaro contribuiscono allo sviluppo di un sottotipo online di BSD (Kukar-Kinney *et al.*, 2009; Dittmar *et al.*, 2007). Analogamente al disturbo da gioco d'azzardo e al disturbo da gioco che possono essere entrambi suddivisi in categorie offline e online (WHO, 2021), il BSD si potrebbe identificare con dei comportamenti che si verificano principalmente su Internet oppure offline. La questione se il disturbo da acquisto compulsivo online possa svilupparsi indipendentemente dal disturbo da acquisto compulsivo offline o come "traslazione" sulle piattaforme *e-commerce* dello stesso comportamento compulsivo rimane ancora senza risposta a causa della ricerca limitata sugli acquisti problematici online. Entrambe le prospettive sono concepibili e studi futuri dovrebbero esaminare quale

approccio potrebbe rivelarsi più utile dal punto di vista clinico con opzioni di trattamento specifiche e risultati migliori (Müller *et al.*, 2021).

I dati empirici riguardanti la prevalenza di BSD online, tra i pazienti con BSD (Müller *et al.*, 2019), mostrano come lo shopping online sia prevalente tra i pazienti in cerca di trattamento con BSD offline, lasciando presupporre che il disturbo da shopping compulsivo online potrebbe essere associato a una maggiore gravità del BSD offline. Inoltre, la ricerca futura dovrebbe affrontare le caratteristiche sottostanti del BSD offline rispetto a quello online. Anche in correlazione con le variabili sociodemografiche, psicopatologiche.

## **Strumenti di screening ricorrenti in letteratura**

Per quanto a nostra conoscenza, non esistono molti strumenti per valutare lo shopping compulsivo online, fatta eccezione per uno studio (Zhao *et al.*) che ha validato la *Online Shopping Addiction Scale*, composta da 18 *item* con una buona consistenza interna ( $\alpha$  di Cronbach 0,90).

Tuttavia, vale la pena citare la *Bergen Shopping Addiction Scale* (Andreassen *et al.*, 2016b), progettata per misurare il criterio fondamentale e le componenti della dipendenza da shopping. La scala è composta da 28 *item*, 4 per ciascuno dei sette criteri di dipendenza elencati nel DSM-IV-TR (APA, 2000). La scala mostra una buona validità e affidabilità. Inoltre, una scala dello *Shorter PROMIS* (Christo *et al.*, 2003) è stata modificata aggiungendo i termini *Internet* o *online*. La scala composta da 10 *item* si è dimostrata ragionevolmente affidabile (Laconi *et al.*, 2015). In un altro studio (Montag *et al.*, 2015) è stata utilizzata la versione breve della *Gaming Addiction Scale* (Lemmens *et al.*, 2009) per costruire specifiche scale tra cui quella dedicata allo shopping compulsivo online scambiando la parola gioco in ogni elemento con shopping. La scala di 7 *item* ha mostrato un'elevata coerenza interna. Non sono stati rintracciati studi dedicati alla validazione italiana di strumenti per lo shopping compulsivo online.

## COMPUTER ADDICTION

Adele Minutillo, Paolo Berretta

Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

*Computer Addiction*, nella definizione di Young (1999), si riferisce alla pratica ossessiva di giochi che possono essere praticati online e offline. I giochi offline vengono solitamente giocati da soli e hanno un punto di partenza e di arrivo definito. Al contrario, nei giochi online, i giocatori possono comunicare tra loro in tempo reale, nonché cooperare o competere. Alcuni obiettivi nei giochi online possono essere raggiunti da soli o insieme ad altri giocatori che lavorano in gruppo.

Solo recentemente come vedremo nei prossimi paragrafi, la comunità scientifica ha raggiunto un accordo sui criteri diagnostici per questa entità e si sono moltiplicati gli studi epidemiologici. Di seguito sarà presentata una sintesi della letteratura su questi aspetti.

### Disturbo da gioco su Internet

Il disturbo da gioco su Internet (*Gaming Disorder*, GD) è stato incluso nella Sezione III “Condizioni che necessitano di ulteriori studi” del DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*) e viene descritto come l’uso persistente e ricorrente di Internet per partecipare a giochi, spesso con altri giocatori, che porta a compromissione o disagio clinicamente significativi per un periodo di 12 mesi (APA, 2013).

I criteri proposti riguardano la preoccupazione circa i giochi su Internet, sintomi di astinenza, tolleranza, tentativi infruttuosi di limitare le attività, perdita di interesse verso le altre attività, uso continuativo ed eccessivo dei giochi su Internet, aver ingannato gli altri circa la quantità di tempo passato a giocare in Internet, l’uso di questa attività per eludere o mitigare stati d’animo avvertiti come spiacevoli, aver messo a repentaglio le sfere significative della vita (lavoro, affetti, studio) a causa della partecipazione ai giochi su Internet (APA, 2013). È, inoltre, specificato che sono inclusi solo i giochi svolti su Internet ma non legati al gioco d’azzardo, poiché il gioco d’azzardo online è incluso nella categoria Disturbo da gioco d’azzardo. Viene anche escluso l’uso di Internet per l’esecuzione di attività ricreative o utili allo svolgimento di un’attività economica o di una professione, sono esclusi anche i siti a contenuto sessuale. Infine, viene specificato che il disturbo da gioco su Internet può essere lieve, moderato o grave in relazione al disturbo delle normali attività (APA, 2013).

L’ICD-11 descrive il GD prevalentemente online come caratterizzato da un modello di comportamento di gioco persistente o ricorrente (“gioco digitale” o “videogioco”) che è principalmente condotto su Internet e si manifesta con:

- controllo alterato sul gioco (es. inizio, frequenza, intensità, durata, termine, contesto);
- maggiore priorità data al gioco nella misura in cui il gioco ha la precedenza su altri interessi della vita e attività quotidiane; e
- continuazione o *escalation* del gioco nonostante il verificarsi di conseguenze negative.

Il modello di comportamento è di gravità sufficiente da provocare una compromissione significativa del funzionamento personale, familiare, sociale, educativo, lavorativo o di altre aree importanti. Il comportamento di gioco può essere continuo, episodico o ricorrente.

Il comportamento di gioco così come altre caratteristiche deve essere normalmente evidente per un periodo di almeno 12 mesi affinché venga assegnata una diagnosi, sebbene la durata richiesta possa essere ridotta se tutti i requisiti diagnostici sono soddisfatti e i sintomi sono gravi (WHO, 2021).

Il GD coinvolge più spesso specifici giochi su Internet, ma può coinvolgere anche giochi computerizzati non su Internet, sebbene questi ultimi siano stati meno studiati.

## Cenni epidemiologici

Negli ultimi decenni, un certo numero di gruppi di ricerca, in particolare in Europa e in Asia, ha compiuto sforzi sostanziali per definire la prevalenza del GD. Le stime di prevalenza appaiono a volte non coerenti a causa delle differenze metodologiche negli studi. Tra le revisioni sistematiche degli ultimi cinque anni, una (Mihara & Higuchi, 2017) ha esaminato 37 studi trasversali e 13 studi longitudinali realizzati in tutto il mondo (nessuno studio italiano), evidenziando sostanzialmente le difficoltà maggiori nella comparazione degli studi che hanno riguardato i diversi strumenti di rilevazione (screening test) utilizzati, la metodologia di rilevazione (in classe, telefonica, online, per posta), la numerosità del campione (sono stati scartati gli studi con meno di 300 soggetti). Il disegno sperimentale ha posto, per l'analisi dei dati in 30 studi, il giocatore vs. il non giocatore. I risultati hanno mostrato che la prevalenza di GD sulla popolazione generale variava da 0,7% a 27,5%. Inoltre, nei maschi variava da 2,0% a 22,7% mentre nelle femmine da 0% a 14,9%. In tutti gli studi, ad eccezione di uno studio coreano, le prevalenze dei maschi erano maggiori di quelle delle femmine. La prevalenza negli adolescenti variava tra 1,3% a 1,9% mentre tra gli adulti variava tra 0,3% e 27,5%. Negli studi su popolazione adulta la prevalenza decresceva all'aumentare dell'età. L'analisi di questi studi ha consentito di individuare i fattori associati al GD che sono: fattori relativi al gioco (tempo dedicato, frequenza e tipologia di gioco); fattori demografici e familiari (relazioni interpersonali e sociali, rendimento scolastico, amici con GD); personalità e comorbidità psichiatriche (es. iperattività e disturbi dell'attenzione, aggressività).

Una revisione sistematica (Feng *et al.*, 2017) sulla prevalenza di GD, ha esaminato 27 studi e riportato stime di prevalenza che vanno dallo 0,7% al 15,6% tra i bambini in età scolare. Gli autori hanno concluso che la prevalenza media dal 1998 al 2016 non sembrava essere aumentata in termini di prevalenza nella misura in cui è aumentato l'uso di Internet. Una metanalisi (Fam, 2018), che ha riguardato 16 studi sugli adolescenti, ha riportato che la stima della prevalenza aggregata era del 4,6%, incluso il 6,8% tra i maschi. Le analisi dei sottogruppi hanno indicato che le stime di prevalenza tendevano ad essere più alte tra gli studi più vecchi (pre-2000) con campioni più piccoli ( $N < 1000$ ) condotti in Asia e per gli studi che impiegavano misurazioni adattate dai criteri del gioco d'azzardo patologico del DSM-IV.

Una metanalisi più recente (Stevens *et al.* 2021) mostra una prevalenza mondiale del disturbo da gioco del 3,05%. Questa percentuale è stata aggiustata all'1,96% considerando solo gli studi che soddisfacevano criteri di campionamento più rigorosi (es. campionamento casuale stratificato). Tuttavia, queste stime erano associate a una variabilità significativa legata allo strumento di screening e alla metodologia di campionamento. Anche in questo caso è stata evidenziata una prevalenza maggiore tra i maschi (Stevens, 2021).

## Strumenti di screening ricorrenti in letteratura

La ricerca epidemiologica sui giochi problematici e su GD è stata spesso criticata a causa delle forti limitazioni metodologiche degli studi legati soprattutto alle tecniche di campionamento, e

reclutamento dei soggetti. Tuttavia, le proprietà psicometriche degli strumenti di misurazione negli studi hanno ricevuto meno attenzione (King *et al.*, 2020). Una rapida lettura della letteratura di riferimento lascia intuire il proliferare di studi con dati di prevalenza discordanti e in alcuni casi con uno scostamento del 15-20% che sembrano non essere logici, sollevando preoccupazioni sulla validità degli strumenti e sui rischi associati come i falsi positivi (King *et al.*, 2020). Una recente revisione sistematica (King *et al.*, 2020) degli strumenti utilizzati per il GD ha fornito una panoramica e un confronto tra 32 strumenti analizzando la loro attendibilità e validità.

I risultati di questa revisione mettono in evidenza che si stanno moltiplicando gli studi su GD soprattutto in Europa e in Asia. Nella maggior parte degli studi considerati (320) sono stati utilizzati gli 8 strumenti che forniscono una copertura totale dei criteri DSM-5 e ICD-11:

- *Petry Internet Gaming Disorder* (Petry *et al.*, 2013);
- *Internet Gaming Disorder Scale - Short-Form con 9 item* (IGDS9-SF) (Pontes & Griffiths, 2015);
- *Personal Internet Gaming Disorder Evaluation* (PIE-9) (Pearcy *et al.*, 2016);
- *Ten-Item Internet Gaming Disorder Test* (IGDT-10) (Király *et al.*, 2017);
- *Structured Clinical Interview for Internet Gaming Disorder* (SCI-IGD) (Koo *et al.*, 2017);
- *Clinical Video game Addiction Test* (C-VAT 2.0) (van Rooij *et al.*, 2017);
- *Internet Game Use-Elicited Symptom Screen* (IGUESS) (Jo *et al.*, 2018);
- *Diagnostic Interview for Internet Addiction* (DIA) (Ryu *et al.*, 2019).

Un altro importante elemento di riflessione è che dal 2013 ad oggi sono stati creati sedici strumenti specifici; tuttavia, molti gruppi di ricerca hanno invece optato per strumenti che precedono il DSM-5. In particolare, le misure YIAT e YDQ sono state utilizzate in numerosi studi condotti in Cina e Corea del Sud, in particolare quelli che comportano interviste cliniche per determinare l' idoneità alla valutazione e/o agli interventi di neuroimaging.

Tra gli strumenti validati in Italia troviamo la *Game Addiction Scale* per adolescenti (Costa *et al.*, 2020) e la IGDS9-SF (Monacis *et al.*, 2016). È stato anche pubblicato uno studio sulla validazione italiana di *Assessment of Internet and Computer game Addiction scale* (AICAs-Ita) (Peracchia *et al.*, 2018)

## TRATTAMENTI DELLE PROBLEMATICHE DA INTERNET

Paolo Berretta, Adele Minutillo

Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

### Evidenze scientifiche sui trattamenti

L'analisi sommaria della letteratura sui trattamenti disponibili per le problematiche legate all'uso di Internet è un percorso difficile che porta a scarsi risultati. Poche evidenze descrivono, tra i trattamenti efficaci, le terapie comportamentali e cognitive che aiutano a modificare comportamenti e pensieri dannosi soggiacenti all'uso compulsivo di Internet a cui dedicheremo un paragrafo più avanti.

Un primo dibattito interessante riguarda la necessità del trattamento. È possibile rintracciare diversi studi che suggeriscono che il disturbo da dipendenza da Internet sia una “malattia di moda” con buone probabilità che si risolva spontaneamente attraverso, per esempio, l'utilizzo di un comportamento autocorrettivo. I comportamenti correttivi includono software che controllano l'uso di Internet e i tipi di siti che possono essere visitati, partendo dal presupposto che nella nostra società la pratica dell'astinenza totale dal computer non è un metodo di correzione efficace. L'attività fisica è stata anche indicativa dell'efficacia nell'aumentare i livelli di serotonina e nella diminuzione della dipendenza da Internet (Zalewska *et al.*, 2021; Han *et al.*, 2021; Demenech *et al.*, 2021).

Altri studi puntano l'attenzione sulla farmacoterapia, sostenendo che i farmaci sono efficaci nel trattamento del disturbo da dipendenza da Internet, perché se si soffre di questa condizione, è probabile che si soffra anche di una condizione sottostante di ansia e depressione. Alcuni studi (Santos *et al.*, 2015) hanno dimostrato che farmaci per la cura dell'ansia e gli antidepressivi possono avere effetto sulla quantità di tempo trascorso su Internet, in alcuni casi diminuendo i tassi da 35+ ore a settimana a 16 ore a settimana (Camardese *et al.*, 2015; Przepiorka *et al.*, 2013; Łukawski *et al.*, 2019).

Sono stati impiegate diverse classi di farmaci quali gli stabilizzatori dell'umore e i modulatori glutamatergici e antagonisti degli oppioidi che, in combinazioni personalizzate, hanno mostrato una buona efficacia nella riduzione della sintomatologia e nel controllo del *craving*. Sono stati usati con buoni risultati gli antidepressivi di tipo SSRI, a causa della frequente comorbidità dell'*Internet Addiction Disorder* (IAD) con depressione e ansia (Cash *et al.* 2012). Nella maggior parte dei casi si suggerisce un approccio multimodale, inquadrando la terapia farmacologica in una cornice psicoterapeutica (Young & de Abreu, 2011), considerando che usualmente le patologie legate all'utilizzo di Internet possono venire suddivise in due tipologie: quelle basate sul piacere e quelle basate su un meccanismo di tipo ossessivo-compulsivo (Cagnoni & Nardone, 2002). Nel primo caso, il paziente, durante il percorso psicoterapeutico, vive esperienze emozionali che, sbloccando le rigidità interne, lo indirizzano verso una nuova visione della realtà, modificando il rituale piacevole di cui il soggetto non riesce a fare a meno. Il terapeuta potrebbe suggerire il rituale stesso, cambiandone la struttura per es. inserire nel virtuale un po' di realtà oppure chiedendo al paziente di far partecipare attivamente un familiare alla navigazione online.

Nel caso in cui sia presente un meccanismo di tipo ossessivo-compulsivo si seguirà una logica differente. In questo caso il soggetto è vittima delle sue strategie di controllo. Il compito che si

potrebbe suggerire è di eseguire il rituale in modo più gravoso, confinandolo in un determinato spazio e tempo. Si tratta quindi di opporre al rituale un contro-rituale che ne riduca l'effetto (Cagnoni & Nardone, 2002).

Da un punto di vista farmacologico, sono stati impiegate diverse classi di farmaci quali gli stabilizzatori dell'umore e i modulatori glutamatergici e antagonisti degli oppioidi che, in combinazioni personalizzate, hanno mostrato una buona efficacia nella riduzione della sintomatologia e nel controllo del *craving*. Sono stati usati con buoni risultati gli antidepressivi di tipo SSRI, a causa della frequente comorbidità dello IAD con depressione e ansia (Cash *et al.* 2012). Nella maggior parte dei casi si suggerisce un approccio multimodale, inquadrando la terapia farmacologica in una cornice psicoterapeutica (Young & de Abreu, 2011).

Nel caso in cui la dipendenza abbia coinvolto negativamente la famiglia, può essere introdotta la terapia familiare. Infatti, quando il problema è agli esordi si manifesta in minori, bambini e adolescenti, si opera sempre con i genitori per valutare il significato del sintomo e concordare gli interventi psicoeducativi più opportuni.

La terapia permette alla famiglia di essere co-protagonista del cambiamento e supportare la motivazione del soggetto ad affrontare e risolvere la dipendenza.

I gruppi di supporto sono una valida alternativa terapeutica soprattutto in quelle situazioni in cui la dipendenza da Internet sia stata prodotta da mancanza di supporto all'interno della rete sociale di appartenenza (Young & de Abreu, 2011).

## Terapia cognitivo-comportamentale

In generale, la terapia cognitivo-comportamentale (*Cognitive-Behaviour Therapy*, CBT) aiuta a modificare i pensieri e comportamenti compulsivi negativi destrutturando le distorsioni cognitive sostituendole con pensieri costruttivi per l'individuo.

Il modello di Davis (2001) costituisce il punto di riferimento per la CBT nel trattamento dell'IAD. L'utilizzo della CBT è giustificato dai buoni risultati che si sono ottenuti con questa psicoterapia nel trattamento dei disturbi del controllo degli impulsi, del disturbo da gioco d'azzardo, dello shopping compulsivo, della bulimia nervosa e del disturbo da *binge eating*.

La Young (1999) ha individuato alcune strategie di trattamento per analogia con quelle con cui si affrontano le dipendenze da sostanze. Inizialmente, viene proposta una riorganizzazione del tempo trascorso in Rete prevedendo l'utilizzo di fattori esterni per bloccare l'attività online. Per esempio, sapendo di dover andare al lavoro alle 8, si prescrive di connettersi in Rete alle 7, lasciando così al soggetto poco tempo disponibile per navigare. Altra strategia è quella di dare al soggetto come obiettivo un numero massimo di ore di connessione giornaliera da controllare tramite un diario, fissando con una sveglia vicina al PC l'orario limite di connessione per avere uno stimolo esterno che favorisce il rispetto della prescrizione. Si può poi indicare al soggetto di sostituire l'attività online che più lo vede coinvolto con un'altra attività, sempre online, che non lo ha ancora condotto ad una vera e propria dipendenza.

Il *focus* della CBT è portare alla luce le distorsioni cognitive del soggetto durante l'esposizione allo stimolo, provarle, esasperarle per destrutturarle e, infine, lavorare sulla ristrutturazione cognitiva. Le componenti comportamentali della CBT per il trattamento dell'IAD includono: il diario per registrare l'uso di Internet, una lista dei pensieri e delle sensazioni provate attraverso tutti i cinque sensi durante l'attività online, l'astinenza da Internet per un definito periodo di tempo mostrando che non accade nulla di negativo, fare osservare le proprie reazioni cognitive verso la Rete tramite esposizioni multiple alle varie funzioni Internet, favorire l'auto-motivazione del soggetto facendo scrivere su dei memo (*reminder card*), da leggere periodicamente nel corso della

giornata, cinque problemi che l'utilizzo eccessivo di Internet ha causato al soggetto e cinque benefici che otterrebbe risolvendo la sua dipendenza dalla Rete. Al paziente, viene poi insegnata la tecnica del rilassamento progressivo autoindotto da mettere in atto per contrastare l'attivazione fisiologica conseguente all'attività in Rete. L'introduzione di esercizi fisici e attività sportive può poi compensare la riduzione di dopamina legata all'IAD e favorire l'efficacia delle tecniche CBT sul disturbo.

Un presupposto fondamentale della CBT è che i comportamenti disfunzionali siano in buona parte frutto di errati o mancati apprendimenti e quindi possano essere corretti con tecniche specifiche e riacquisiti in modo che essi siano più funzionali per l'individuo. Tali comportamenti disfunzionali possono, quindi, essere modificati con procedure sia cognitive che comportamentali.

La CBT, inoltre, sembrerebbe aiutare il paziente a capire quali sono le variabili che innescano, facilitano e mantengono il comportamento che andrebbe modificato, per esempio, attraverso la tecnica dell'analisi funzionale l'individuo impara a riconoscere quali sono i fattori che attivano la messa in atto dei comportamenti disfunzionali e a fronteggiarli; impara quindi a lavorare sulle conseguenze del suo comportamento che spesso si rivelano rinforzanti e quindi forti fattori di mantenimento e ostacolo al trattamento. Inoltre, attraverso strategie di fronteggiamento quali *problem solving*, abilità di *coping* adattive, rilassamento, il paziente è in grado di aumentare le proprie abilità cognitive e comportamentali aumentando così il proprio livello di autostima e autoefficacia. Tutto ciò permette al paziente sia di incrementare le proprie motivazioni al cambiamento rispetto ai comportamenti disfunzionali, sia di possedere maggiori strategie efficaci per raggiungere e mantenere l'astinenza.

Un'esperienza interessante (Orzack *et al.*, 2006) ha visto l'utilizzo della terapia cognitiva di gruppo per trattare 35 soggetti affetti da uso problematico di Internet (*Pathological Internet Use*, PIU) in associazione a disturbi d'ansia o disturbi depressivi. Il protocollo della terapia di gruppo era organizzato intorno alle 6 fasi del processo motivazionale: premeditazione, meditazione, determinazione, azione, mantenimento, ricaduta (eventuale). Nel protocollo erano anche incluse delle tecniche per incoraggiare i pazienti a sviluppare delle strategie di *problem solving*. Dopo 16 incontri i pazienti avevano riportato un miglioramento significativo della qualità di vita e una diminuzione significativa dei sintomi depressivi (Orzack *et al.* 2006). Tuttavia, gli autori riportano la mancanza di una riduzione significativa del PIU spiegandola con un'inappropriata valutazione della patologia in fase di *assessment*.

Young (2007) ha utilizzato la terapia cognitiva per trattare 114 soggetti affetti da PIU in uno studio longitudinale organizzato in 12 sessioni con un follow-up dopo 6 mesi. I risultati sembrano suggerire che dopo 8 incontri i soggetti erano in grado di gestire in maniera meno disfunzionale le situazioni a rischio (ansia, solitudine, tristezza) e che queste capacità erano mantenute anche dopo 6 mesi dalla fine del trattamento.

Le tecniche di intervento riportate più spesso sono: Psicoeducazione, Analisi funzionale, ABC (*Antecedent, Belief, Consequence*). L'ABC è una tecnica cognitiva proposta da Albert Ellis, nella quale l'*Antecedent* è lo stimolo di partenza, che in terapia è una situazione problematica in cui la sofferenza emotiva si è presentata in maniera particolarmente vivida e concreta. Per lo più si tratta di situazioni apparentemente comuni come guidare l'auto, parlare in pubblico. I *Belief* sono i pensieri, le convinzioni che il paziente ha utilizzato per valutare (positivamente o negativamente) l'*Antecedent*, e le *Consequence* riguardano le emozioni, i comportamenti e le azioni che derivano dagli antecedenti e dalle credenze.

Altre tecniche di intervento citate più spesso sono: il Riconoscimento, espressione e gestione delle emozioni, Registrazione dei pensieri, Ristrutturazione cognitiva dei pensieri disfunzionali, Training di assertività, Tecniche per aumentare autostima e autoefficacia, Potenziamento delle capacità comunicative, Colloquio motivazionale, Diario giornaliero delle ore passate in Internet,



Gestione dello stress, Training di rilassamento, Identificazione dei triggers, Individuazione delle “decisioni irrilevanti”, Training di autocontrollo, Individuazione delle conseguenze negative e positive, Sviluppo di appropriate modalità comportamentali, Aumento delle attività piacevoli, Controllo degli stimoli automatici, Abilità di dilazione delle risposte, Tecniche di esposizione *Problem solving*.

# PREVENZIONE DELLA DIPENDENZA DA INTERNET

Adele Minutillo, Paolo Berretta

Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

## Introduzione

La letteratura sulla prevenzione della dipendenza da Internet è scarsa (Vondráčková & Gabrhelík, 2016).

C'è un urgente bisogno di introdurre e implementare nuovi programmi per diverse popolazioni a rischio, condurre ricerche ben progettate e pubblicare dati di efficacia.

Lo sviluppo di interventi di prevenzione dovrebbe mirare principalmente ai bambini e adolescenti a rischio di dipendenza da Internet ma anche genitori, insegnanti, coetanei e altri che fanno parte del percorso formativo e dell'ambiente di bambini e adolescenti a rischio di dipendenza da Internet.

Revisioni sistematiche su questa tematica hanno evidenziato che la maggior parte degli studi pubblicati riguardavano percorsi di prevenzione universale oppure selettiva e indicata (Vondráčková & Gabrhelík, 2016; King *et al.*, 2018; Lee *et al.*, 2019).

Le definizioni di prevenzione universale, selettiva, indicata sono disponibili in un lavoro di Gordon (1983), il quale ha proposto una classificazione della prevenzione basandosi sui costi e sui benefici dell'erogazione dell'intervento alla popolazione target.

Dal suo punto di vista, la prevenzione universale include strategie che possono essere offerte all'intera popolazione, basate sull'evidenza che è probabile che forniscano qualche beneficio a tutti, i quali superano chiaramente i costi e i rischi di conseguenze negative.

La prevenzione selettiva si riferisce a strategie mirate a sottopopolazioni identificate come ad alto rischio di un disturbo.

La prevenzione indicata include strategie mirate a individui identificati come più vulnerabili.

Le strategie di prevenzione selettiva e indicata potrebbero comportare interventi più intensivi e quindi comportare costi maggiori per i partecipanti, poiché il loro rischio e quindi il potenziale beneficio della partecipazione sarebbero maggiori.

Successivamente, l'Institute of Medicine di Washington (IOM, 1994) ha sottolineato l'importanza di inserire la prevenzione in un contesto più ampio, comprendendo anche gli interventi di reinserimento.

Sviluppi ulteriori hanno portato gli studiosi a concludere che la promozione della salute mentale dovrebbe essere riconosciuta come una componente importante dello spettro di interventi sulla salute mentale, che può fungere da fondamento sia per la prevenzione che per il trattamento dei disturbi (Figura 1).

Un altro elemento importante nella trattazione del tema della prevenzione è il contesto nel quale erogare l'intervento: individuo, famiglia, scuola, lavoro, comunità.

E, come sarà discusso più avanti, l'orientamento attuale della prevenzione è progettare ed erogare interventi di prevenzione multimodali che coinvolgano diversi target e diversi contesti.



**Figura 1. Spettro dei possibili interventi per la salute mentale**  
(liberamente tradotto da National Research Council and Institute of Medicine, 2009)

## Prevenzione universale

La maggior parte degli studi sullo IAD concordano sul fatto che gli interventi di prevenzione dovrebbero concentrarsi principalmente sulle fasce di età più giovani, fondamentalmente per due ragioni. In primo luogo, durante l'infanzia e l'adolescenza, l'individuo è in una sorta di formazione continua, acquisisce informazioni dalla famiglia (es. il sistema di valori), dalla scuola e dalla società. In secondo luogo, in questi due periodi della vita, sono stati evidenziati in diversi studi i più alti tassi di prevalenza di dipendenza da Internet (Šmahel *et al.*, 2009).

Per questi motivi, i programmi di prevenzione dovrebbero essere implementati contemplando la famiglia e l'ambiente scolastico, con particolare attenzione alle scuole primarie che sono spesso in prima linea nell'identificazione di comportamenti potenzialmente pericolosi per la vita (Jang & Ji, 2012; Lan & Lee, 2013; Throuvala *et al.*, 2019). Young (2010), d'altra parte, sottolinea il potenziale per la prevenzione della dipendenza da Internet sul lavoro per i dipendenti che utilizzano regolarmente questo strumento, poiché l'esposizione continuata può essere un fattore di rischio nello sviluppo della dipendenza.

In questo contesto, si darà spazio ai programmi di prevenzione nell'ambiente famiglia e nell'ambiente scuola, destinando ad altra sede la trattazione della prevenzione nei luoghi di lavoro.

## Prevenzione selettiva e indicata

Vi sono soggetti ad alto rischio per la presenza di specifici fattori biopsicosociali e fattori legati ai modelli di utilizzo di Internet per i quali sono stati proposti approcci di prevenzione selettiva e indicata. I fattori di rischio riscontrati in letteratura sono sintetizzati nella Tabella 1.

**Tabella 1. Fattori di rischio per la dipendenza da Internet**

Fattori di rischio	Descrizione
Psicopatologici	ADHD ( <i>Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder</i> ), disturbi depressivi e ansiosi, e fobia sociale, o sintomi ossessivi compulsivi
Caratteristiche di personalità	iperattività e impulsività, alta ricerca di novità e bassa dipendenza dalla ricompensa, introversione, bassa coscienziosità e gradevolezza e alto nevroticismo/bassa stabilità emotiva, ostilità o basso livello di autocontrollo e autoregolazione
Caratteristiche fisiologiche	battito cardiaco e risposta respiratoria più forti e una temperatura periferica più debole
Modelli di utilizzo di Internet	un gran numero di ore trascorse online, coinvolgimento in diversi videogiochi o uso eccessivo di Internet nei fine settimana
Fattori socio-demografici	genere o condizione economiche della famiglia svantaggiose
Situazione attuale	solitudine e stress o affiliazione con coetanei che hanno livelli più bassi di accettazione sociale o giovani situati in una classe con livelli più alti di dipendenza da Internet

## Interventi di prevenzione

L'enfasi sui fattori protettivi ricorre negli studi dedicati ai programmi di prevenzione di IAD erogati nell'ambiente scuola. Questi interventi tendono a evidenziare la promozione di variabili psicologiche come l'autostima e l'autoefficacia oppure sono focalizzati sulla valorizzazione delle competenze che possono rivelarsi utili per prevenire la dipendenza da Internet come l'autocontrollo e la gestione delle emozioni e l'interazione sociale (Shek *et al.*, 2016), sottolineando, al tempo stesso, la necessità di valutare attentamente le variabili intervenienti che potrebbero influenzare gli effetti del programma (Walther *et al.*, 2014).

L'evidenza suggerisce che l'età giovane è tra i fattori di rischio con maggiore associazione con IA e supporta la necessità di includere alcune variabili intrapersonali nella progettazione degli interventi, tra queste ricorrono il controllo e la regolazione delle emozioni (es. rabbia), le caratteristiche individuali quali aggressività e propensione alla dipendenza e la scarsa gestione dello stress (*coping*). Inoltre, compaiono spesso variabili quali resilienza, adattamento socioemotivo (Throuvala *et al.*, 2019).

Inoltre, elementi che provengono dagli studi clinici suggeriscono di utilizzare negli interventi di prevenzione un approccio che rafforzi i fattori protettivi e minimizzi i fattori di riduzione del danno, per esempio si suggerisce di introdurre l'insegnamento di tecniche sulla gestione dell'attenzione, dando spazio alla formazione per comprendere l'impatto delle problematiche legate a quel comportamento. Inoltre, viene suggerito di lavorare sul monitoraggio dei genitori verso i propri figli, sulle strategie di restrizione e/o astensione dal comportamento (Throuvala *et al.*, 2019).

Gli interventi che prevedono il coinvolgimento della famiglia e dell'ambiente scolastico sembrerebbero essere gli approcci più efficaci rispetto agli interventi che si concentrano esclusivamente sugli adolescenti (Tsitsika *et al.*, 2013; Vondráčková *et al.*, 2016; Romano, 2014), soprattutto perché la promozione della salute è sempre più percepita in un contesto ecologico, con l'individuo in relazione all'ambiente, alla famiglia, alla comunità. Tuttavia, spesso gli interventi di prevenzione non considerano i fattori protettivi quali il rapporto soddisfacente genitori-adolescenti, l'impatto del monitoraggio dei genitori e della loro vicinanza ai figli (Ding *et al.*,

2017; Lin *et al.*, 2009; Soh *et al.*, 2014). D'altro canto, anche studi condotti sull'efficacia dei trattamenti dimostrano che l'approccio multimodale (colloqui motivazionali, coinvolgimento della famiglia, terapia individuale e di gruppo) è più efficace per le persone con IA (Cash *et al.*, 2012).

In questo senso, la famiglia è stata proposta per essere il focus delle strategie di prevenzione, utilizzando approcci basati sulla famiglia, sull'educazione dei genitori, su iniziative per migliorare la capacità di comunicazione con gli adolescenti, sulla promozione di una sana interazione per aiutare la famiglia a ridurre i comportamenti disadattativi (Throuvala *et al.*, 2019).

In generale, gli interventi di prevenzione della dipendenza da Internet ricorrenti nella letteratura di riferimento possono essere raggruppati in: (a) interventi basati sull'informazione; (b) interventi "complessi"

Le revisioni sistematiche (Vondráčková & Gabrhelík, 2016; King *et al.*, 2018) riportano più frequentemente interventi di prevenzione che si focalizzano sul miglioramento di specifiche abilità, analizzando, inoltre, le caratteristiche dei programmi di prevenzione nell'ambito della dipendenza da Internet e della dipendenza da gioco su Internet. Si riporta una sintesi nelle pagine seguenti.

Gli interventi per migliorare le abilità specifiche sono suggeriti per due target: (a) individui a rischio di dipendenza da Internet, (b) altri affettivamente significativi, in particolare genitori, insegnanti e coetanei.

Rispetto al primo punto, le competenze specifiche per prevenire la dipendenza da Internet possono essere suddivise in quattro aree fondamentali:

1. abilità associate all'autocontrollo del comportamento o all'astinenza da applicazioni online che creano dipendenza e la capacità di identificare i pensieri disadattivi connessi al comportamento di dipendenza;
2. abilità associate alla gestione dello stress e delle emozioni, per esempio lo sviluppo di strategie individuali di *coping*, miglioramento della capacità di regolare ed elaborare le emozioni, diminuzione dell'ostilità, incoraggiamento dei tratti positivi della personalità e aumento dell'autostima;
3. abilità associate a situazioni interpersonali: la diminuzione della sensibilità interpersonale, il rafforzamento dell'intelligenza emotiva, il rafforzamento della competenza sociale con lo scopo di rafforzare le regole di equità e tolleranza all'interno del gruppo di classe nelle scuole, la capacità di comunicare faccia a faccia e svolgere attività di gruppo e attività del tempo libero con i coetanei;
4. abilità associate alla propria routine quotidiana e all'uso del tempo libero, per esempio, mantenere un programma di sonno adeguato, svolgere attività di gruppo e attività del tempo libero, incoraggiare la partecipazione a attività creative, esplorative e attività salutari.

Alcuni ricercatori hanno rilevato una correlazione tra lo stile genitoriale e lo sviluppo della dipendenza da Internet, sottolineando la necessità di lavorare non solo con individui vulnerabili ma anche con le persone affettivamente significative, in particolare i genitori (Gray *et al.*, 2015; Chen, Lee, & Yuan, 2013; Zhou & Fang, 2015).

Le abilità di base sulle quali concentrarsi negli interventi con i genitori sono sinteticamente raggruppabili in:

- a) abilità che incoraggiano relazioni più strette, in particolare il miglioramento della comunicazione genitore-figlio, la quantità di tempo trascorso con i loro figli, la comprensione dei bisogni dei loro figli e il miglioramento della salute mentale dei genitori;
- b) abilità connesse al monitoraggio dell'uso di Internet, come la comprensione dei bisogni dei propri figli in merito all'utilizzo di Internet, la conoscenza e la consapevolezza delle attività online dei propri figli e il monitoraggio dell'uso di Internet da parte dei più giovani.

I genitori potrebbero stabilire delle norme per regolare il tempo che i figli possono dedicare alle attività online, sottolineando quando stanno eccedendo nell'uso, senza fissare limiti di tempo rigorosi (van den Eijnden *et al.*, 2010). Potrebbero utilizzare Internet insieme ai figli e creare dei momenti di discussione sull'utilizzo di questo strumento (Xiuqin *et al.*, 2010), progettando, se necessario, delle strategie restrittive (Kalmus *et al.*, 2013; Xiuqin *et al.*, 2010), stabilendo insieme ai propri figli delle norme di utilizzo che coerentemente dovrebbero essere adottate anche da loro (Liu *et al.*, 2012). È possibile ritrovare nella letteratura di riferimento, linee di intervento dedicate agli insegnanti su come condurre efficaci interventi di prevenzione (Walther *et al.*, 2014) per i quali si preferisce però rimandare al lavoro svolto nell'ambito del progetto "Rete senza fili" (<https://retesenzafili.it/>), sviluppato e adattato al contesto socioculturale italiano.

È bene sottolineare che spesso sono carenti le prove di efficacia degli interventi di prevenzione (*studi di outcome*) e sono tre le questioni principali che sembrano compromettere i risultati dell'intervento e che sarebbe necessario tenere in considerazione nella fase di progettazione: i) la diversità degli strumenti di screening e l'assenza di criteri diagnostici condivisi in seno alla comunità scientifica; ii) limitazioni metodologiche nella progettazione ed esecuzione dei programmi e iii) l'uso di Internet e la riduzione del tempo di gioco come principali variabili di esito negli studi di prevenzione della dipendenza da Internet (la maggior parte degli studi riguardano le attività di *gaming*). Rispetto a quest'ultimo punto, la riduzione del tempo dedicato a Internet come risultato di un'attività di prevenzione ha il presupposto intrinseco che l'uso di questo strumento sia negativo, mentre ci sono prove degli effetti benefici (Colder Carras *et al.*, 2017; Griffiths *et al.*, 2017). In questo senso, ciò che sarebbe necessario fare nella progettazione di un intervento di prevenzione è determinare esattamente quali attività dovrebbe essere limitata e poiché l'astinenza non è una soluzione praticabile sarebbe importante esaminare i fattori motivazionali e di riduzione del danno (Xu *et al.*, 2012).

## **Interventi basati sull'informazione**

La maggior parte degli interventi di prevenzione della dipendenza da Internet si basa sull'erogazione di informazioni di base, con particolare riferimento alle conseguenze negative dell'uso di questo strumento (Alavi *et al.*, 2012; Kwon, 2011). Solitamente, vengono invitati nelle scuole gli esperti che illustrano agli studenti le nozioni principali riguardanti la dipendenza da Internet, fornendo consigli su come gestirne l'uso. Di recente sono stati pubblicati dati di efficacia di quattro interventi di prevenzione di questa tipologia (Korkmaz & Kiran-Esen, 2012; Walther *et al.*, 2014; de Leeuw *et al.*, 2010; Turel *et al.*, 2015) che, seppur con risultati e caratteristiche diverse hanno mostrato evidenza di efficacia, soprattutto quelli che erogando informazioni hanno previsto il coinvolgimento del gruppo dei pari oppure basando l'intervento sull'uso consapevole delle tecnologie e sulla alfabetizzazione mediatica.

## **Interventi complessi**

Gli interventi singoli si concentrano su un singolo tipo di comportamento a rischio, ad esempio la dipendenza da Internet, mentre gli interventi complessi si concentrano su diversi tipi di comportamenti a rischio contemporaneamente oppure diversi tipi di ambienti rilevanti per il comportamento a rischio, solitamente la famiglia, i coetanei, la scuola, il lavoro e la comunità (Frangos & Sotiropoulos, 2010; Hur, 2006; Jang *et al.*, 2008). Esistono evidenze robuste che confermano l'ipotesi che la riduzione del comportamento a rischio in un'area possa ridurre il comportamento a rischio in altre aree (es. Cuijpers, 2002; Miovský *et al.*, 2011).

Si riportano due interessanti esperienze di interventi complessi che soddisfano entrambi gli aspetti della complessità, ovvero un focus su vari tipi di comportamenti a rischio e su diverse tipologie di setting (livello individuale, familiare, comunitario), che riportano anche dati sull'efficacia dell'intervento.

Busch *et al.* (2013) descrivono un intervento scolastico volto a promuovere la salute nelle scuole secondarie dei Paesi Bassi. È stata condotta una rilevazione su 336 studenti tra i 15 e i 16 anni, divisi in gruppo sperimentale e di controllo. Gli interventi sono stati realizzati su quattro livelli: (a) applicazione di politiche scolastiche sane (non fumare o vietare l'uso di droghe e bevande alcoliche); (b) attività genitoriali con i ragazzi con il coinvolgimento dei primi alla creazione di un ambiente scolastico sano; (c) lo sviluppo attivo delle abilità di vita negli studenti; (d) interventi degli esperti sanitari locali per fornire agli insegnanti informazioni di base sulle aree della promozione della salute. I risultati evidenziano il successo degli interventi nella modifica dei comportamenti di salute degli studenti in molte aree (fumo, uso eccessivo di alcol e droghe, sedentarietà comportamento e bullismo) ma non ha avuto effetto sull'uso eccessivo di Internet, compreso il gioco online.

Shek *et al.* (2011) hanno sviluppato il Project P.A.T.H.S. (*Positive Adolescent Training through Holistic Social Programmes*), un programma di sviluppo giovanile positivo che consiste in 120 unità didattiche progettate con riferimento ai 15 costrutti di sviluppo giovanile positivo identificati nei programmi di sviluppo giovanile positivi di successo. Successivamente, è stato sviluppato un nuovo curriculum con ulteriori 60 unità didattiche con riferimento specifico a cinque grandi questioni dello sviluppo adolescenziale (abuso di sostanze, problema della sessualità, dipendenza da Internet, bullismo e questioni di denaro e successo). Oltre agli studenti, i destinatari degli interventi sono stati le famiglie e le scuole.

In sintesi, l'approccio che sembrerebbe maggiormente efficace è di natura olistica e multicomportamentale. Inoltre, i programmi di prevenzione dovrebbero affrontare i problemi di salute correlati, condividere obiettivi comuni (es. sviluppare capacità di rifiuto, gestire le emozioni, considerare le conseguenze a lungo termine e aumentare la consapevolezza della percezione del rischio) ed erogare interventi nei quali le aree a rischio rilevanti (es. comportamenti a rischio come l'uso di droghe e alcol, il gioco d'azzardo e il gioco) possano essere integrate tematicamente fornendo un curriculum di prevenzione più ampio che porta anche vantaggi in termini di rendimento scolastico come accade nel Project P.A.T.H.S. (Shek *et al.*, 2011) e nel programma multidipendenza B.E.S.T (*Behavioral, Emotional, Social, and Thinking competencies*), che mira a promuovere le competenze comportamentali, emotive, sociali e di pensiero negli studenti della scuola primaria. Il programma è stato sperimentato su 382 studenti di scuola primaria di Hong Kong. Sono state adottate diverse strategie di valutazione per valutare il programma. In primo luogo, è stata condotta una valutazione oggettiva dei risultati adottando un gruppo di controllo sperimentale pre-test-post-test non equivalente per esaminare il cambiamento negli studenti. In secondo luogo, per valutare le percezioni degli studenti sul programma, è stata condotta una valutazione soggettiva dei risultati. I risultati della valutazione sono sostanzialmente convergenti e suggeriscono che i giovani adolescenti hanno beneficiato della partecipazione al programma (Shek *et al.*, 2016).

Una prima limitazione condivisa dei programmi di prevenzione erogati nell'ambiente scuola è la mancanza di dati di valutazione d'efficacia (Throuvala *et al.*, 2019); l'altra riguarda la difficoltà pratica nel promuovere la prevenzione selettiva per adolescenti a rischio e/o dipendenti (Throuvala *et al.*, 2019). Una sfida interessante per i ricercatori è valutare il ruolo che la scuola potrebbe svolgere in futuro come parte di un approccio sistemico globale all'IA, co-attendendo alle specifiche esigenze di prevenzione o terapeutiche per gli adolescenti a rischio (Throuvala *et al.*, 2019).

## FENOMENO DEL RITIRO SOCIALE

Adele Minutillo

Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

### Definizione

Dagli anni '70 del secolo scorso in poi in Giappone è emersa una peculiare forma di ritiro sociale chiamata *hikikomori*; una parola nipponica che deriva dal verbo *hiki*, che significa tornare indietro, e *komoru* che significa entrare (Furuhashi *et al.*, 2013).

Il disturbo colpisce principalmente quegli adolescenti o giovani adulti che vivono a casa dei genitori, isolati dal mondo. Chiusi nelle loro camere da letto per giorni, mesi o addirittura anni, questi ragazzi rifiutano la comunicazione con l'esterno e addirittura anche con la loro famiglia; usano Internet in maniera compulsiva e si attivano solo per affrontare i loro bisogni fisici primari. Molti giovani che presentano sintomi di *hikikomori*, trascorrendo più di 12 ore al giorno davanti al computer sono soggetti a rischio di assuefazione da Internet e fra essi circa il 10% risponde ai criteri diagnostici per lo sviluppo di una dipendenza (Stip *et al.*, 2016).

Il concetto di *hikikomori* presenta una serie di criticità, prime fra tutte l'assenza di una definizione chiara del problema e un consenso condiviso sui criteri diagnostici rappresentato nei diversi studi (Li *et al.*, 2015).

L'*hikikomori* sembrerebbe una risposta specifica del contesto giapponese al cambiamento sociale, ma allo stesso tempo appare come un fenomeno emergente anche in altre culture (Stip, 2016). Diversi ricercatori hanno proposto una distinzione fra giovani con sintomi di *hikikomori* primario e giovani con sintomi di *hikikomori* secondario (Suwa & Suzuki, 2013; Li & Wong, 2015), anche se emergono solo poche evidenze rispetto a questa distinzione (Stip *et al.*, 2016). L'*hikikomori* primario non presenterebbe palesi disturbi psichiatrici, al contrario, l'*hikikomori* secondario mostrerebbe uno di questi. La letteratura di riferimento indica un numero sostanziale di *hikikomori* secondari nelle rispettive popolazioni studiate, probabilmente a causa dei punti di reclutamento dei soggetti (servizi di salute mentale, ecc.). Al contrario, l'*hikikomori* primario può essere identificato principalmente attraverso nuovi studi dedicati rivolti verso questo target (Wong, *et al.*, 2019). Inoltre, il concetto principale di *hikikomori* rimane scarsamente definito e non standardizzato nei diversi studi e fra i Paesi.

Un altro quadro teorico (Li *et al.*, 2015) descrive i giovani che adottano tale pratica in funzione delle diverse interazioni: fattori individuali, familiari, scolastici e sociali. Ciò avviene attraverso differenti processi di ritiro sociale. Alcuni giovani possono mancare di autonomia a causa della genitorialità iperprotettiva e/o dell'eccessiva dipendenza finanziaria. Altri possono sperimentare incertezza esistenziale a causa della discrepanza tra le aspettative dei genitori per il successo e i reali risultati ottenuti. Tuttavia, finora nessuno studio ha esaminato questi meccanismi sottostanti.

Per arginare la confusione semantica che circonda la definizione di *hikikomori*, è stato recentemente proposto un nuovo criterio diagnostico internazionale (Kato *et al.*, 2020a), secondo il quale *hikikomori* è una forma di ritiro sociale patologico o distacco sociale la cui caratteristica essenziale è l'isolamento fisico nella propria casa. Dunque, la persona deve soddisfare i seguenti criteri: 1) marcato isolamento sociale nella propria abitazione; 2) isolamento sociale continuo per almeno 6 mesi; 3) significativa compromissione funzionale o disagio associato all'isolamento sociale. Gli individui con una durata di ritiro sociale continuo di almeno 3 (ma non 6) mesi



dovrebbero essere identificati come “pre-*hikikomori*”. Inoltre, è possibile classificare l’*hikikomori* come *lieve* se l’individuo lascia la stanza 2-3 giorni a settimana, *moderato* se lascia la stanza 1 giorno a settimana o meno, o *grave* se i tempi rispecchiano quanto precedentemente descritto.

Gli individui che escono di casa frequentemente (4 o più giorni/settimana), per definizione, non soddisfano i criteri per l’*hikikomori*. L’età di comparsa di questa problematica è solitamente nel corso dell’adolescenza o la prima età adulta. Tuttavia, non è raro che avvenga dopo la terza decade di vita, con la diagnosi che si estende anche a casalinghe e anziani (figure che soddisfano i criteri appena esposti).

In questa nuova definizione, viene posta al centro, come caratteristica distintiva dell’*hikikomori*, l’abitudine a rimanere confinati in casa e vengono eliminati due tratti ritenuti non più caratterizzanti quali l’evitare le relazioni sociali e il criterio di esclusività rispetto ad altri disturbi psichiatrici. Secondo gli autori infatti, il requisito “evitare relazioni sociali” è poco utile, poiché nelle interviste somministrate, gli individui riferiscono di avere pochi incontri (significativi) e poca interazione col prossimo, ma non affermano di evitare l’interazione sociale. Kato *et al.* (2020a) eliminano gli altri disturbi psichiatrici come criterio di esclusione per l’*hikikomori*, sottolineando che è possibile che l’*hikikomori* coesista con una varietà di disturbi psichiatrici. Infine, suggeriscono di valutare attentamente il disagio o la compromissione funzionale considerando che l’assenza di relazioni dell’individuo sia necessaria affinché l’*hikikomori* sia una condizione patologica, il disagio soggettivo potrebbe essere un elemento non presente. Infatti, le persone con *hikikomori* potrebbero sentirsi soddisfatte del loro ritiro sociale, in particolare nella fase iniziale della condizione, usata come via di fuga da realtà dolorose. Il disagio, legato soprattutto a vissuti di solitudine, sembrerebbe comparire nelle fasi successive (Kato *et al.*, 2020a).

## Cenni epidemiologici

Il primo studio (Koyana *et al.*, 2010) a riportare la prevalenza nel corso della vita di *hikikomori* ha mostrato che la prevalenza una tantum di *hikikomori* era di circa l’1% tra i residenti della comunità di età compresa tra 20 e 49 anni. In particolare, la prevalenza nel corso della vita di *hikikomori* tra gli intervistati ventenni era alta, circa il 2%, che è molto simile alla prevalenza riportata da un precedente studio su studenti delle scuole superiori e persone di età compresa tra 20 e 29 anni in una zona rurale (Kim *et al.*, 2002).

Una recente revisione sistematica ha sottolineato una mancanza di dati robusti sulla prevalenza della sindrome di *hikikomori* sia nella popolazione generale sia e nella popolazione psichiatrica (Pozza *et al.*, 2019).

Sono disponibili dati di prevalenza per il Giappone e pochissimi casi studio in altri Paesi asiatici ed europei (Yong *et al.*, 2019). In questi casi studio (ad eccezione del caso italiano) tutti gli individui erano uomini di età compresa tra 14 e 30 anni, con età di esordio del ritiro sociale patologico compresa tra 11 e 25 anni. Le ricerche condotte su popolazione psichiatrica in diversi Paesi (Spagna, Francia, Ucraina, USA) mostrano evidenze simili (Wu *et al.*, 2019).

## Diagnosi

La diagnosi differenziale tra *hikikomori* e altri disturbi psichiatrici potrebbe essere difficoltosa soprattutto nelle fasi iniziali, poiché molti dei sintomi possono essere presenti in diverse

condizioni, come per esempio l'isolamento, il deterioramento sociale, la perdita di impulso, l'umore disforico, i disturbi del sonno e la riduzione della concentrazione (Stip *et al.*, 2016). Gli studi osservazionali disponibili e i recenti rapporti in letteratura sembrano concordare su un'elevata percentuale di comorbidità con schizofrenia, altri disturbi psicotici e disturbi dell'umore o d'ansia, come la depressione maggiore e la fobia sociale (Kato *et al.*, 2011; Koyama *et al.*, 2010; Kondo *et al.*, 2013; Nagata *et al.*, 2013). Altri hanno suggerito disturbi dello spettro autistico, disturbi della personalità, come disturbi schizoidi o evitanti, o abuso di cannabis con sindrome amotivazionale e dipendenza da Internet (Li *et al.*, 2015; Kato *et al.*, 2012).

## Possibili cause

Come accennato nei precedenti paragrafi, l'*hikikomori* è un fenomeno multidimensionale ad etiologia multifattoriale derivando da fattori individuali (es. esperienze traumatiche precoci, personalità introversa) e dal contesto in cui si vive (relazioni con i genitori, basso rendimento scolastico, ecc.), senza dimenticare possibili spiegazioni socioculturali tra cui il progresso tecnologico, i cambiamenti nel modo di comunicare tra persone dovuti all'avvento di Internet potrebbero tutti avere un ruolo nell'emergenza dell'*hikikomori* (Koyana *et al.*, 2010; Harding, 2018),

Secondo alcuni (Suwa & Suzuki, 2002), l'*hikikomori* è più frequente nei maschi e si verifica soprattutto durante la pubertà e l'adolescenza.

## Fattori di rischio

I fattori di rischio più noti per l'*hikikomori* sono la presenza di un disturbo psichiatrico, disturbo dello sviluppo, disturbi legati alla dipendenza da sostanze o comportamentali (incluso l'abuso di Internet e del gioco) e contesti psicosociali poveri. Vari fattori di rischio che emergono dalla letteratura sono universali tra le regioni dell'Asia orientale, incluso il genere maschile, l'attaccamento insicuro e le condizioni psichiatriche (Wong *et al.*, 2019).

## Trattamento e prevenzione

In generale, l'obiettivo di un intervento terapeutico è quello di rompere l'isolamento e spingere la persona a adottare un ruolo attivo nella società (frequenza a scuola o integrazione nel mondo del lavoro).

La presa in carico dell'*hikikomori* deve prevedere l'accoglienza, una visita medica iniziale per verificare se siano presenti malattie psichiatriche. In questo caso, vengono proposti trattamenti clinici differenziati in funzione della situazione clinica, che vanno dal ricovero in ospedale al trattamento ambulatoriale integrando le cure farmacologiche con percorsi di psicoterapia, quando necessario. Ciò può avvenire in caso di gravi disturbi concomitanti quali depressione, schizofrenia e fobia sociale. Interventi psicologici e psicosociali sono necessari nel caso di disturbi dello sviluppo o della personalità. Anche se molte persone descritte come *hikikomori* hanno altre malattie psichiatriche, riconoscere e trattare solo questi disturbi potrebbe non essere sufficiente.

Servizi di ascolto e supporto, psicoterapia individuale o di gruppo (terapia comportamentale e familiare) volti alla risoluzione delle difficoltà della persona nei rapporti con i membri della

famiglia, i compagni di scuola e i colleghi hanno mostrato risultati promettenti, seppur non ancora definitivi. Una delle maggiori difficoltà risiede nella bassa aderenza al trattamento. Considerando che in molti casi è necessario un intervento di lunga durata, è infatti difficile riuscire a ottenere dal paziente una adesione continua alle cure e, quindi, il ripristino di una piena partecipazione alla vita sociale. Altri tipi di servizi offerti a giovani con, o a rischio di, *hikikomori* in Giappone sono rappresentati da terapie-assistite con gli animali (*pet therapy*), agricoltura sociale e terapie online (Wong *et al.*, 2019).

Molti genitori di ragazzi che si autoescludono dalla vita sociale non cercano l'aiuto del medico, rendendo così difficile anche il censimento delle persone in questa condizione e ritardando l'inizio delle cure. Poiché l'*hikikomori* deriva da un malfunzionamento della comunicazione tra società, famiglia, scuola e individuo, le azioni di prevenzione dovrebbero riguardare non solo la persona malata ma anche tutti i contesti di vita in cui è inserita. Famiglia e scuola soprattutto dovrebbero educare i ragazzi a essere socialmente competenti, ossia in possesso di quelle capacità di ragionamento, linguaggio ed emotive necessarie per instaurare relazioni con gli altri e con l'ambiente circostante.

Un approccio educativo (es. corsi alla genitorialità, training sull'intelligenza emotiva) indirizzato sia ai giovani malati che ai loro genitori, nelle fasi iniziali del comportamento di ritiro, è considerato da alcuni la chiave per affrontare questa condizione. Un maggiore supporto sociale (incluse visite a casa) dovrebbe essere fornito nel caso di abbandono scolastico, così come nel delicato momento della transizione scuola-lavoro.

## Similitudini e differenze con la dipendenza da Internet

L'avvento di Internet con le conseguenti modifiche al modo in cui le persone interagiscono con e all'interno della società possono anche essere fattori importanti che contribuiscono all'*hikikomori*. Una preferenza per la comunicazione online può svolgere un ruolo nello sviluppo del ritiro sociale in alcuni individui (Suwa & Sukuzi, 2013).

Il ritiro sociale patologico può creare dipendenza da Internet così come l'uso di Internet può causare l'*hikikomori* (Kato *et al.*, 2020).

*Hikikomori* e dipendenza da Internet sono entrambi costrutti di recente studio da parte della comunità scientifica le cui caratteristiche sono ancora in via di definizione.

L'uso problematico di Internet potrebbe esordire prima dell'adolescenza mentre *hikikomori* sembra manifestarsi in adolescenza avanzata o in giovane età adulta.

Nella dipendenza da Internet, i fattori soggettivi (es. autostima, difficoltà emotive, controllo degli impulsi, ecc.) sembrano essere fattori di rischio maggiori di quelli interpersonali (es. ansia sociale, relazioni problematiche con i coetanei, difficoltà nella relazione con i genitori, funzionamento familiare, ecc.) (Koo *et al.*, 2014). Di contro, i fattori interpersonali sono stati riportati in modo più coerente nell'*hikikomori* (Stip *et al.*, 2016).

È stato suggerito che entrambe le condizioni rappresentino una risposta dissociativa a stati emotivi dolorosi (Tao *et al.*, 2010, Taylor, 2006).

I due costrutti condividono una perdita di interesse per la scuola o il lavoro e difficoltà nei rapporti interpersonali. Una differenza tra *hikikomori* e dipendenza da Internet, indipendentemente dalla definizione, sarebbe l'insistenza sulla tolleranza e sui sintomi di astinenza in quest'ultimo e la presunzione che il danno funzionale derivi dal problema della dipendenza e non viceversa. Le due sindromi si sovrappongono certamente in alcuni casi, come la perdita di interesse per altre attività, l'uso di Internet per sfuggire all'umore disforico e la compromissione funzionale (Stip *et al.*, 2016).

Nel caso della dipendenza da Internet, i criteri suggeriscono che i comportamenti sono egodistonici e quindi portano alla sofferenza, il che non è necessariamente il caso degli *hikikomori* che possono vedere il loro comportamento come parte della loro identità (egosintonico). È possibile in molti casi di *hikikomori* diagnosticare in comorbilità il disturbo da dipendenza da Internet. Tuttavia, come accennato in precedenza, molti *hikikomori* utilizzano effettivamente Internet in modo adattivo per le interazioni sociali poiché consente loro di identificarsi con altri in situazioni simili e quindi di mantenersi in qualche modo collegati al mondo esterno.

In un recente studio giapponese (Tateno *et al.*, 2020), a 478 studenti universitari è stato chiesto di completare un questionario che consisteva in domande su dati demografici, sull'uso di Internet compresi gli aspetti problematici, misurati con lo IAT (*Internet Addiction Test*) e il SAS-SV (*Smartphone Addiction Scale-Short Version*) e sul ritiro sociale misurato con l'HQ-25 (*Hikikomori Questionnaire*). Gli autori hanno studiato la differenza e la correlazione dei risultati tra due gruppi in base allo scopo dell'uso di Internet o al punteggio totale di ciascuna scala di autovalutazione, come screening positivo o negativo per il rischio di dipendenza da Internet, dipendenza da smartphone, o *hikikomori*. I risultati hanno mostrato una tendenza secondo cui i maschi preferivano utilizzare Internet per giocare, mentre le femmine utilizzavano Internet principalmente per i *social network* tramite smartphone e il punteggio SAS-SV medio era più alto nelle femmine. I confronti tra giocatori e utenti di *social media*, in base allo scopo principale dell'uso di Internet, hanno mostrato che i giocatori utilizzavano Internet più a lungo e avevano punteggi IAT e HQ-25 medi significativamente più alti. Per quanto riguarda il tratto *hikikomori*, i soggetti ad alto rischio di *hikikomori* su HQ-25 avevano avuto un tempo di utilizzo di Internet più lungo e punteggi più alti sia su IAT che su SAS-SV. Le analisi di correlazione hanno rivelato che i punteggi HQ-25 e IAT avevano una relazione relativamente forte, sebbene HQ-25 e SAS-SV ne avessero uno moderatamente debole.

In conclusione, la letteratura scientifica di riferimento mostra che la dipendenza da Internet e l'*hikikomori* sono due costrutti che necessitano sicuramente di ulteriori studi per comprendere al meglio le eventuali correlazioni.

## BIBLIOGRAFIA DELLA PRIMA PARTE

- Agustina JR, Gómez-Durán EL. Sexting: Research criteria of a globalized *social* phenomenon. *Arch Sex Behav* 2012;41:1325-8.
- Ahern NR, Mechling B. Sexting: serious problems for youth. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2013;51(7):22-30.
- Aivali P, Efthymiou V, Tsitsika AK, Vlachakis D, Chrousos GP, Kanaka-Gantenbein C, Bacopoulou F. Validation of the Greek version of the Problematic Internet Use Questionnaire - Short Form (PIUQ-SF-6). *EMBnet J* 2021;26:e978.
- APA. *APA resolution on violent video games*. Washington, DC: American Psychological Association; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.apa.org/about/policy/resolution-violent-video-games.pdf>; ultima consultazione 6/12/2021.
- Anderson CA, Shibuya A, Iori N, Swing EL, Bushman BJ, Sakamoto A, Rothstein HR, Saleem M. Violent video game effects on aggression, empathy, and prosocial behavior in eastern and western countries: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 2010;136(2):151-73.
- Andreassen CS, Billieux J, Griffiths MD, Kuss DJ, Demetrovics Z, Mazzoni E, Pallesen S. The relationship between addictive use of *social* media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychol Addict Behav* 2016a;30(2):252-62.
- Andreassen CS, Griffiths MD, Pallesen S, Bilder RM, Torsheim T, Aboujaoude E. The Bergen shopping addiction scale: reliability and validity of a brief screening test. *Front Psychol* 2016b;6:1374.
- Andreassen CS, Pallesen S, Griffiths MD. The relationship between addictive use of *social* media, narcissism, and self-esteem: Findings from a large national survey. *Addict Behav* 2017;64:287-93.
- Andreoli V, Cassano GB, Rossi R (Ed.). *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. 2<sup>a</sup> ed. Milano: Elsevier; 2002.
- Ang CS, Chan NN, Lee CS. Shyness, Loneliness Avoidance, and internet addiction: what are the relationships? *J Psychol* 2018;2;152(1):25-35.
- Arsenakis S, Chatton A, Penzenstadler L, Billieux J, Berle D, Starcevic V, Viswasam K, Khazaal Y. Unveiling the relationships between cyberchondria and psychopathological symptoms. *J Psychiatr Res* 2021;143:254-61.
- Asghari BA. Relationship between Internet addiction and dependency virtual *social networks* with loneliness in adolescents. *JRH* 2018;8(5):442-50.
- Baiocco R, Manca M, Couyomdjiam A, Cerruti R, Del Miglio C. Uso e abuso di Internet in adolescenza: quale relazione con i disturbi psicosomatici? *Psicotech* 2005;2:47-60.
- Beard KW. Internet addiction: a review of current assessment techniques and potential assessment questions. *Cyberpsychol Behav* 2005;8(1):7-14.
- Biagioni S, Molinaro S (Ed.). *ESPAD#iorestoacasa 2020. I comportamenti a rischio durante il primo lockdown tra gli studenti dai 15 ai 19 anni*. Pisa: Consiglio Nazionale delle Ricerche; 2021. Disponibile all'indirizzo: [http://www.epid.ifc.cnr.it/wp-content/uploads/2021/01/ESPAD-iorestoacasa-2020\\_ISBN-22.02.2021-LEGGERO.pdf](http://www.epid.ifc.cnr.it/wp-content/uploads/2021/01/ESPAD-iorestoacasa-2020_ISBN-22.02.2021-LEGGERO.pdf); ultima consultazione 20/10/2021.
- Bianchini V, Cecilia MR, Roncono R, Cofini V. Prevalence and factors associated with problematic Internet use: an Italian survey among L'Aquila students. *Riv Psichiatr* 2017;52(2):90-3.
- Biondi M (Ed.). *DSM-5, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2014.
- Bloc, JJ. Issues for DSM-V: Internet addiction. *Am J Psychiatry* 2008;165:306-7.

- Boer M, van den Eijnden RJJM, Finkenauer C, Boniel-Nissim M, Marino C, Inchley J, Cosma A, Paakkari L, Stevens GWJM. Cross-national validation of the social media disorder scale: findings from adolescents from 44 countries. *Addiction* 2021;1-12.
- Brand M, Laier C, Pawlikowski M, Schächtle U, Schöler T, Altstötter-Gleich C. Watching pornographic pictures on the Internet: Role of sexual arousal ratings and psychological-psychiatric symptoms for using Internet sex sites excessively. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2011;14(6):371-7.
- Bozoglan B (Ed). *Psychological, social, and cultural aspects of Internet addiction*. Hershey: Global Information Science Reference Hershey; 2018.
- Bruno A, Scimeca G, Cava L, Pandolfo G, Zoccali RA, Muscatello MRA. Prevalence of Internet addiction in a sample of southern Italian high school students. *Int J Ment Health Addict* 2014;12(6):708-15.
- Burhan R, Moradzadeh J. Neurotransmitter Dopamine (DA) and its Role in the Development of Social Media Addiction. *J Neurophysiol* 2020;11(7):507.
- Burkauskas J, Király O, Demetrovics Z, Podlipskyte A, Steibliene V. Psychometric properties of the Nine-Item Problematic Internet Use Questionnaire (PIUQ-9) in a Lithuanian sample of students. *Front Psychiatry* 2020;12;11:565769.
- Busalim AH, Masrom M, Wan Normeza Binti Wan Zakaria NB. The impact of Facebook Addiction and self-esteem on students' academic performance: A multi-group analysis. *Comput Educ J* 2019;142:103651.
- Busch V, De Leeuw RJ, Schrijvers AJ. Results of a multibehavioral health-promoting school pilot intervention in a Dutch secondary school. *J Adolesc Health* 2013;52(4):400-6.
- Cash H, Rae CD, Steel AH, Winkler A. Internet Addiction: A Brief Summary of Research and Practice. *Curr Psychiatry Rev* 2012;8(4):292-8.
- Cacioppo M, Gori A, Schimmenti A, Baiocco R, Laghi F, Caretti V. Development of a new screening tool for cyber pornography: psychometric properties of the Cyber Pornography Addiction Test (CYPAT). *Clinical Neuropsychiatry* 2018;15(1):60-5.
- Cagirkan B, Bilek G. Cyberbullying among Turkish high school students. *Scand J Psychol* 2021;62(4):608-16.
- Cagnoni F, Nardone G. *Perversioni in rete. Psicopatologie da Internet e il loro trattamento*. Milano: Ponte alle Grazie; 2002.
- Camardese G, Leone B, Walstra C, Janiri L, Guglielmo R. Pharmacological treatment of internet addiction. In: Montag C, Reuter M (Ed.). *Internet Addiction. Neuroscientific approaches and therapeutical interventions*. Berlin: Springer International Publishing Editors; 2015.
- Cantelmi T, Talli M. Anatomia di un problema. Una review sui fenomeni psicopatologici Internetcorrelati. *Psicotech* 2007;2:9-10.
- Caplan SE. Theory and measurement of generalized problematic Internet use: A two-step approach. *Comput Hum Behav* 2010;26(5):1089-1097.
- Carnes P, Green B, Carnes S. The same yet different: refocusing the Sexual Addiction Screening Test (SAST) to reflect orientation and gender. *Sex Addict Compulsivity* 2010;17(1):7-30.
- Cash H, Rae CD, Steel AH, Winkler A. Internet addiction: a brief summary of research and practice. *Curr Psychiatry Rev* 2012;8(4):292-8.
- Chamberlain SR, Lochner C, Stein DJ, Goudriaan AE, van Holst RJ, Zohar J, Grant JE. Behavioural addiction-A rising tide? *Eur Neuropsychopharmacol* 2016;26(5):841-55.
- Chen CA, Lee HL, Yuan WB. Discussion on adolescent Internet addiction counseling strategies through DEMATEL. *Int J Mod Educ Comput Sci* 2013;5(6):9-16.

- Cheng C, Li AY. Internet addiction prevalence and quality of (real) life: a meta-analysis of 31 nations across seven world regions. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2014;17(12):755-60.
- Cheng C, Lau YC, Chan L, Luk JW. Prevalence of *social* media addiction across 32 nations: Meta-analysis with subgroup analysis of classification schemes and cultural values. *Addict Behav* 2021;117:106845.
- Choi Y, Chu K., Choi E. J. *Social network* services addiction in the workplace. *J Asian Finance Econ Bus* 2019;6(1):249-59.
- Christo G, Jones SL, Haylett S, Stephenson GM, Lefever RM, Lefever R. The shorter PROMIS questionnaire: Further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addictive behaviours. *Addict Behav* 2003;28:225-48.
- Ciocca G, Nimbi F, Limoncin E, Mollaioli D, Marchetti D, Verrocchio MC, Simonelli C, Jannini EA, Fontanesi L. Italian validation of the Hypersexual Behavior Inventory (HBI): psychometric characteristics of a self-report tool evaluating a psychopathological facet of sexual behavior. *Journal of Psychopathology*, 2020;26:169-75.
- Colder Carras M, Van Rooij AJ, Van de Mheen D, Musci R, Xue Q-L, Mendelson T. Video gaming in a hyperconnected world: a cross-sectional study of heavy gaming, problematic gaming symptoms, and online socializing in adolescents. *Comput Human Behav* 2017;68:472-9.
- Coleman E, Miner M, Ohlerking F, Raymond N. Compulsive sexual behavior inventory: A preliminary study of reliability and validity. *J Sex Marital Ther* 2001;27:325-32.
- Cooper A, Scherer CR, Boies SC, Gordon BL. Sexuality on the Internet: from sexual exploration to pathological expression. *Prof Psychol Res Pr* 1999;30(2):154.
- Cooper A, Morahan-Martin J, Mathy RM, Maheu M. Toward an increased understanding of user demographics in online sexual activities. *J Sex Marital Ther* 2002;28(2):105-29.
- Costa S, Barberis N, Gugliandolo MC, Liga F, Cuzzocrea F, Verrastro V. Examination of the psychometric characteristics of the Italian version of the game addiction scale for adolescents. *Psychol Rep* 2020;123(4):1365-81.
- Cuadrado E, Rojas R, Tabernero C. Development and Validation of the Social Network Addiction Scale (SNAddS-6S). *Eur J Investig Health Psychol Educ* 2020;26;10(3):763-78.
- Cuijpers P. Effective ingredients of school-based drug prevention programs – A systematic review. *Addict Behav* 2002;27(6):1009-23.
- Daneback K, Ross MW, Månsson SA. Characteristics and behaviors of sexual compulsives who use the Internet for sexual purposes. *Sex Addict Compulsivity* 2006;13(1):53–67.
- Davis RA. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Comput Hum Behav* 2001;17:187-95.
- Del Miglio C, Gamba A, Cantelmi T. Internet-related psychological and psychopathological variables: construction and preliminary validation of the U.A.D.I. survey. *Journal of Psychopatology* 2001;7.
- Delmonico DL, Miller JA. The Internet Sex Screening Test: a comparison of sexual compulsives versus non-sexual compulsives. *Sex Relatsh Ther* 2003;18:261-76.
- Demenech LM, Domingues MR, Muller RM, Levien VR, Dumith SC. Internet addiction and depressive symptoms: a dose-response effect mediated by levels of physical activity. *Trends Psychiatry Psychother* 2021;11.
- Demetrovics Z, Urban R, Naggyörgy K, Farkas J, Griffiths MD, Pápay O, Kökönyei G, Felvinczi K, Oláh A. The development of the Problematic Online Gaming Questionnaire (POGQ). *PLoS ONE* 2012;7(5).
- Demetrovics Z, Szeredi B, Rózsa S. The three-factor model of Internet addiction: the development of the Problematic Internet Use Questionnaire. *Behav Res Methods* 2008;40:563-74.

- Demetrovics Z, Király O, Koronczai B, Griffiths MD, Nagygyörgy K, Elekes Z, Tamás D, Kun B, Kökönyei G, Urbán R. Psychometric properties of the Problematic Internet Use Questionnaire Short-Form (PIUQ-SF-6) in a nationally representative sample of adolescents. *PloS ONE* 2016;11(8):e0159409.
- Demirtaş OO, Alnak A, Coşkun M. Lifetime depressive and current *social* anxiety are associated with problematic Internet use in adolescents with ADHD: a cross-sectional study. *Child Adolesc Ment Health* 2021;26(3):220-7.
- Ding Q, Li D, Zhou Y, Dong H, Luo J. Perceived parental monitoring and adolescent Internet addiction: A moderated mediation model. *Addict Behav* 2017;74:48-54.
- Dittmar H, Long K, Bond R. When a better self is only a button click away: associations between materialistic values, emotional and identity-related buying motives, and compulsive buying tendency online. *J Soc Clin Psychol* 2007;26:334-61.
- Dong G, Hu Y, Lin X. Reward/punishment sensitivities among Internet addicts: Implications for their addictive behavior. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2013;46:139-45.
- Döring NM. The Internet's impact on sexuality: A critical review of 15years of research. *Comput Hum Behav* 2009;25(5):1089-101.
- Döring N. Consensual sexting among adolescents: Risk prevention through abstinence education or safer sexting. *Cyberpsychology* 2014;8:1-18.
- Durkee T, Kaess M, Carli V, Parzer P, Wasserman C, Floderus B, Apter A, Balazs J, Barzilay S, Bobes J, Brunner R, Corcoran P, Cosman D, Cotter P, Despalins R, Graber N, Guillemin F, Haring C, Kahn JP, Mandelli L, Marusic D, Mészáros G, Musa GJ, Postuvan V, Resch F, Saiz PA, Sisask M, Varnik A, Sarchiapone M, Hoven CW, Wasserman D. Prevalence of pathological Internet use among adolescents in Europe: demographic and *social* factors. *Addiction* 2012;107(12):2210-22.
- Echeburua E, de Corral P. Addiction to new technologies and to online *social networking* in young people: A new challenge. *Adicciones* 2010;22(2):91-5.
- El-Khoury J, Haidar R, Kanj RR, Bou Ali L, Majari G. Characteristics of social media 'detoxification' in university students. *Libyan J Med* 2021;16(1):1846861.
- Eleuteri S, Tripodi F, Petruccioli I, Rossi R, Simonelli C. Questionnaires and scales for the evaluation of the online sexual activities: A review of 20 years of research. *Cyberpsychology* 2014;8(1):Article 2.
- Eppler MJ, Mengis J. The concept of information overload: A review of literature from organization science, accounting, marketing, MIS, and related disciplines. *The Information Society* 2004;20:325-44.
- Fam, JY. Prevalence of Internet Gaming disorder in adolescents: A meta-analysis across three decades. *Scand J Psychol* 2018;59:524-31.
- Farhoomand AF, Drury DH. Managerial information overload. *Communications of the ACM* 2002;45(10):127-31.
- Feng W, Ramo DE, Chan SR, Bourgeois JA. Internet Gaming disorder: Trends in prevalence 1998-2016. *Addict Behav* 2017;75:17-24.
- Ferguson CJ. Evidence for publication bias in video game violence effects literature: A meta analytic review. *Aggress Violent Behav* 2007;12:470-482.
- Ferguson CJ, Kilburn J. The public health risks of media violence: A meta-analytic review. *J Pediatr* 2009;154(5):759-63.
- Fernández-Aliseda S, Belzunegui-Eraso A, Pastor-Gosálbez I, Valls-Fonayet F. Compulsive internet and prevalence substance use among Spanish adolescents. *Int J Environ Res Public Health* 2020;25;17(23):8747.
- Fernández-Villa T, Molina AJ, García-Martín M. *et al.* Validation and psychometric analysis of the Internet Addiction Test in Spanish among college students. *BMC Public Health* 2015;15:953.



- Ferraro G, Caci B, D'amico A, Blasi MD. Internet addiction disorder: an Italian study. *Cyberpsychol Behav* 2006;10(2):170-5.
- Foltran-Mescollotto F, Gonçalves ÉB, Castro-Carletti EM, Oliveira AB, Pelai EB, Rodrigues-Bigaton D. Smartphone addiction and the relationship with head and neck pain and electromiographic activity of masticatory muscles. *Work* 2021;68(3):633-40.
- Furuhashi T, Tsuda H, Ogawa T, Suzuki K, Shimizu M, Teruyama J, *et al.* État des lieux, points communs et différences entre des jeunes adultes retirants sociaux en France et au Japon (*hikikomori*). *L'Evolution Psychiatrique* 2013;78(2):249-66.
- Gámez-Guadix M, Almendros C, Borrajo E, Calvete, E. Prevalence and association of sexting and online sexual victimization among spanish adults. *Sex Res Soc Policy* 2015;12:145-54.
- Gordon R. An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports* 1983;98:107-9.
- Gray HM, Tom MA, Laplante DA, Shaffer HJ. Using opinions and knowledge to identify natural groups of gambling employees. *J Gamb Stud* 2015;31(4):1753-66.
- Griffiths MD. A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *J Subst Use* 2005;10(4):191-7.
- Griffiths, MD. Internet sex addiction: A review of empirical research. *Addict Res Theory* 2012;20(2):111-24.
- Griffiths MD, Kuss DJ, Demetrovics Z. Social networking addiction: An overview of preliminary findings. In: Rosenberg KP, Curtiss Feder L (Ed.). *Behavioral addictions: Criteria, evidence, and treatment*. Cambridge: Elsevier Academic Press: 2014. p. 119-41.
- Griffiths MD, Kuss DJ, Billieux J, Pontes HM. The evolution of Internet addiction: A global perspective. *Addict Behav* 2016;53:193-5.
- Griffiths MD, Kuss DJ, Ortiz de Gortari AB. Videogames as therapy: An updated selective review of the medical and psycho-logical literature. *Int J Priv Health Inf Manage* 2017;5(2):71-96.
- Grubbs JB, Sessoms J, Wheeler DM, Volk F. The cyber-pornography use inventory: the development of a new assessment instrument. *Sex Addict Compulsivity* 2010;17(2):106-26.
- Grubbs JB, Stauner N, Exline JJ, Pargament KI, Lindberg MJ. Perceived addiction to Internet pornography and psychological distress: Examining relationships concurrently and over time. *Psychology of Addict Behav* 2015;29(4):1056-67.
- Hall P. The moral maze of sex & porn addiction. *Addict Behav* 2021;123:107054.
- Hamer A, Konijn EA, Keijer MG. Cyberbullying behavior and adolescents' use of media with antisocial content: a cyclic process model. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2014;17(2):74-81.
- Hammond DC (Ed). *Handbook of Hypnotic suggestions and metaphor*. Annapolis: American Society of Clinical Hypnosis; 1990.
- Han G, Zhang J, Ma S, Lu R, Duan J, Song Y, Lau PWC. Prevalence of Internet Addiction and its relationship with combinations of physical activity and screen-based sedentary behavior among adolescents in China. *J Phys Act Health* 2021;14:1-8.
- Harding C. Hikikomori. *Lancet Psychiatry* 2018;5(1):28-9.
- Hawi, N. S., & Samaha, M. The relations among social media addiction, self-esteem, and life satisfaction in university students. *Soc Sci Comput Rev* 2017;35(5):576-586.
- Hilgard J, Engelhardt CR, Roudner JN. Overstated evidence for short-term effects of violent games on affect and behavior: A reanalysis of Anderson *et al.* (2010). *Psychol Bull* 2017;143(7):757-74.
- Hinduja S, Patchin JW. *Cyberbullying Identification, prevention, and response*. Boca Raton: Cyberbullying Research Center; 2018. Disponibile all'indirizzo: <https://cyberbullying.org/Cyberbullying-Identification-Prevention-Response.pdf>; ultima consultazione 12/12/2021.

- Hollmann K, Allgaier K, Hohnecker CS, Lautenbacher H, Bizu V, Nickola M, Wewetzer G, Wewetzer C, Ivarsson T, Skokauskas N, Wolters LH, Skarphedinsson G, Weidle B, de Haan E, Torp NC, Compton SN, Calvo R, Lera-Miguel S, Haigis A, Renner TJ, Conzelmann A. Internet-based cognitive behavioral therapy in children and adolescents with obsessive compulsive disorder: a feasibility study. *J Neural Transm* 2021;128(9):1445-59.
- Hou H, Jia S, Hu S, Fan R, Sun W, Sun T, Zhang H. Reduced striatal dopamine transporters in people with Internet addiction disorder. *J Biomed Biotechnol* 2012;854524.
- Hsu WY, Lin SS, Chang SM, Tseng YH, Chiu NY. Examining the diagnostic criteria for Internet addiction: Expert validation. *J Formos Med Assoc* 2015;114(6):504-8.
- Huang J, Zhong Z, Zhang H, Li L. Cyberbullying in social media and online games among Chinese College Students and its associated factors. *Int J Environ Res Public Health* 2021;30;18(9):4819.
- Hur MH. Empowerment in terms of theoretical perspectives: Exploring a typology of the process and components across disciplines. *J Community Psychol* 2006;34:523-40.
- Iannitelli A, Parnanzone S, Quartini A, Gianfelice D, Pizziconi G, Serrone D, Massari N, Riccobono G, Pacitti F. Internet use among Italian students: usefulness of Internet Addiction Test. *Journal of Psychopathology* 2018;24:10-15.
- IOM (Institute of Medicine). Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. In: Mrazek PJ, Haggerty RJ (Ed.). *Committee on Prevention of Mental Disorders*, Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders. Washington, DC: National Academy Press; 1994. p. 215-314.
- Jang MH, Ji ES. Gender differences in associations between parental problem drinking and early adolescents' Internet addiction. *J Pediatr Nurs* 2012;17(4):288-300.
- Jang H, Olfman L, Ko I, Koh J, Kim K. The Influence of on-line brand community characteristics on community commitment and brand loyalty. *J Pediatr Nurs* 2008;12(3):57-80.
- Jelenchick LA, Becker T, Moreno MA. Assessing the psychometric properties of the Internet Addiction Test (IAT) in US college students. *Psychiatry Res* 2012;196:296-301.
- Jo SJ, Yim HW, Lee HK, Lee HC, Choi JS, Baek KY. The Internet Game Use-Elicited Symptom Screen proved to be a valid tool for adolescents aged 10–19 years. *Acta Paediatr* 2018;107:511-516.
- Jovičić Burić D, Muslić L, Krašić S, Markelić M, Pejnović Fraelić I, Musić Milanović S. Croatian validation of the Compulsive Internet Use Scale. *Addict Behav* 2021;119:106921.
- Kalichman SC, Rompa D. Sexual sensation seeking and sexual compulsivity scales: Reliability, validity, and predicting HIV risk behavior. *J Pers Assess* 1995;65(3):586-601.
- Kalmus V, Blinka L, Ólafsson K. Does It matter what mama says: evaluating the role of parental mediation in european adolescents' excessive Internet use. *Child Soc* 2015;29:122-33.
- Kaltiala-Heino R, Lintonen T, Rimpelä A. Internet addiction? Potentially problematic use of the Internet in a population of 12-18 year-old adolescents. *Addiction Research & Theory* 2004;12(1):89-96.
- Karr-Wisniewski P, Lu Y. When more is too much: Operationalizing technology overload and exploring its impact on knowledge worker productivity. *Comput Hum Behav* 2010;26:1061-1072.
- Kato TA, Shinfuku N, Sartorius N, Kanba S. Are Japan's hikikomori and depression in young people spreading abroad? *Lancet* 2011;378(9796):1070.
- Kato TA, Tateno M, Shinfuku N, Fujisawa D, Teo AR, Sartorius N, et al. Does the 'hikikomori' syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47(7):1061-75.
- Kato TA, Kanba S, Teo R. Defining pathological social withdrawal: proposed diagnostic criteria for hikikomori. *World Psychiatry* 2020(a);19:116-117.

- Kato TA, Shinfuku N, Tateno M. Internet society, Internet addiction, and pathological *social* withdrawal: the chicken and egg dilemma for Internet addiction and hikikomori. *Curr Opin Psychiatry* 2020(b);33(3):264-270.
- Khazaal Y, Chatton A, Atwi K, Zullino D, Khan R, Billieux J. Arabic validation of the Compulsive Internet Use Scale (CIUS). *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2011;29;6:32.
- Khazaal Y, Chatton A, Horn A, Achab S, Thorens G, Zullino D, Billieux J. French validation of the compulsive Internet use scale (CIUS). *Psychiatr Q* 2012;83(4):397-405.
- Kim Y, Horiguchi I, Mori M. A preliminary study about prevalence of “hikikomori” in young adults. In: Ito J (Ed.). *Heisei13. A study on intervention in community mental health activity—2001 research report*. Ichikawa, Japan: National Institute of Mental Health; 2002. p. 13-17.
- King DL, Delfabbro PH, Doh YY, Wu AMS, Kuss DJ, Pallesen S, Mentzoni R, Carragher N, Sakuma H. Policy and prevention approaches for disordered and hazardous gaming and Internet use: an international perspective. *Prev Sci* 2018;19(2):233-249.
- King DL, Chamberlain SR, Carragher N, Billieux J, Stein D, Mueller K, Potenza MN, Rumpf HJ, Saunders J, Starcevic V, Demetrovics Z, Brand M, Lee HK, Spada M, Lindenberg K, Wu AMS, Lemenager T, Pallesen S, Achab S, Kyrios M, Higuchi S, Fineberg NA, Delfabbro PH. Screening and assessment tools for *Gaming* disorder: A comprehensive systematic review. *Clin Psychol Rev* 2020;77:101831.
- Király O, Slezcka P, Pontes HM, Urbán R, Griffiths MD, Demetrovics Z. Validation of the Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10) and evaluation of the nine DSM-5 Internet Gaming Disorder criteria. *Addict Behav* 2017;64:253-260.
- Ko CH, Yen JY, Chen SH, Yang MJ, Lin HC, Yen CF. Proposed diagnostic criteria and the screening and diagnosing tool of Internet addiction in college students. *Compr Psychiatry* 2009;50(4):378-84.
- Kogan CS, Stein DJ, Rebello TJ, Keeley JW, Chan KJ, Fineberg NA, Fontenelle LF, Grant JE, Matsunaga H, Simpson HB, Thomsen PH, van den Heuvel OA, Veale D, Grenier J, Kulygina M, Matsumoto C, Domínguez-Martínez T, Stona AC, Wang Z, Reed GM. Accuracy of diagnostic judgments using ICD-11 vs. ICD-10 diagnostic guidelines for obsessive-compulsive and related disorders. *J Affect Disord* 2020;273:328-40.
- Koyama A, Miyake Y, Kawakami N, Tsuchiya M, Tachimori H, Takeshima T. Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of “hikikomori” in a community population in Japan. *Psychiatry Res* 2010;176(1):69-74.
- Kondo N, Sakai M, Kuroda Y, Kiyota Y, Kitabata Y, Kurosawa M. General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan: psychiatric diagnosis and outcome in mental health welfare centres. *Int J Soc Psychiatry* 2013;59(1):79-86.
- Koo HJ, Han DH, Park SY, Kwon JH. The Structured Clinical Interview for DSM-5 Internet Gaming Disorder: Development and Validation for Diagnosing IGD in Adolescents. *Psychiatry Investig* 2017;14(1):21-29.
- Koronczai B, Urbán R, Kökönyei G, Paksi B, Papp K, Kun B, Arnold P, Kállai J, Demetrovics Z. Confirmation of the three-factor model of problematic Internet use on off-line adolescent and adult samples. *Cyberpsychology Behav Soc Netw* 2011;14(11), 657-664.
- Kovach B. *Blur: How to know what's true in the age of information overload*. New York: Bloomsbury; 2010.
- Kukar-Kinney M, Ridgway NM, Monroe KB. The relationship between consumers' tendencies to buy compulsively and their motivations to shop and buy on the Inter-net. *J Retail* 2009;85:298-307.
- Kuss DJ, Griffiths MD. Addiction to *social networks* on the Internet: A literature review of empirical research. *Int J Environ Res Public Health* 2011;8:3528-52.
- Kuss DJ, Dunn TJ, Wölfling K, Müller KW, Hędzerek M, Marcinkowski JT. Excessive Internet use and psychopathology: the role of coping. *Clin Neuropsychiatry* 2017;14(1):73-81.

- Laconi S, Tricard N, Chabrol H. Differences between specific and generalized problematic Internet uses according to gender, age, time spent online and psychopathological symptoms. *Comput Human Behav* 2015; 48:236-44.
- Laconi S, Kaliszewska-Czeremska K, Gnisci A, Sergi I, Barke A, Jeromin F, Groth J, Gamez-Guadix M, Keser Ozcan N, Demetrovics Z, Király O, Siomos K, Floros G, Kuss DJ. Cross-cultural study of Problematic Internet Use in nine European countries. *Comput Human Behav* 2018;84:430-40.
- Lan CM, Lee YH. The predictors of Internet addiction behaviours for Taiwanese elementary school students. *Sch Psychol Int* 2013;34(6):648-57.
- Larose R, Mastro D, Eastin MS. Understanding Internet Usage: A social-cognitive approach to uses and gratifications. *Soc Sci Comput Rev* 2001;19(4):395-413.
- Lee AR, Son SM, Kim KK. Information and communication technology overload and social networking service fatigue: A stress perspective. *Comput. Human Behav* 2016;55:51-61.
- Lee SY, Kim MS, Lee HK. Prevention strategies and interventions for Internet use disorders due to addictive behavior based on an integrative conceptual model. *Curr Addict Rep* 2019;6:303-12.
- Lemmens JS, Valkenburg PM, Peter J. Development and validation a game addiction scale for adolescents. *Media Psychol* 2009;12:77-95.
- Li TM, Wong PW. Youth *social* withdrawal behavior (*hikikomori*): a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Aust N Z J Psychiatry* 2015;49(7):595-609.
- Li TMH, Wong PWC. Editorial Commentary: pathological *social* withdrawal during in adolescence: a culture-specific or a global phenomenon? *J Child Psychol Psychiatry* 2015;56(10):1039-41.
- Lin MP, Wu JYW, You J, Hu WH, Yen CF. Prevalence of Internet addiction and its risk and protective factors in a representative sample of senior high school students in Taiwan. *J Adolesc* 2018;62:38-46.
- Lin M, Kim Y. The reliability and validity of the 18-item long form and two short forms of the Problematic Internet Use Questionnaire in three Japanese samples. *Addict Behav* 2020;101:105961.
- Lin X, Gu JY, Guo WJ, Meng YJ, Wang HY, Li XJ, Deng W, Zhao LS, Ma XH, Li ML, Chen T, Cheng ASK, Li T. The gender-sensitive social risk factors for Internet addiction in college undergraduate students. *Psychiatry Investig* 2021;18(7):636-44.
- Lin CH, Lin SL, Wu CP. The effects of parental monitoring and leisure boredom on adolescents' Internet addiction. *Adolescence* 2009;44(176):993-1004.
- Liu QX, Fang XY, Deng LY, Zhang JT. Parent-adolescent communication, parental Internet use and Internet-specific norms and pathological Internet use among Chinese adolescents. *Comput Human Behav* 2012;28(4):1269-75.
- Liu M, Luo J. Relationship between peripheral blood dopamine level and Internet addiction disorder in adolescents: a pilot study. *Int J Clin Exp Med* 2015;8(6):9943-8.
- Lopez-Fernandez, O. Cross-cultural research on Internet addiction: A systematic review. *J Arch Addict Res Med* 2015;1:1-5.
- Łukawski K, Rusek M, Czuczwar SJ. Can pharmacotherapy play a role in treating Internet addiction disorder? *Expert Opin Pharmacother* 2019;20(11):1299-301.
- McElroy SL, Keck PE Jr, Pope HG Jr, Smith JM, Strakowski SM. Compulsive buying: a report of 20 cases. *J Clin Psychiatry* 1994;55(6):242-8.
- Macit HB, Macit G., Güngör O. A research on social media addiction and dopamine driven feedback. *Journal of Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2018;5(3):882-97.
- Mahadevaiah M, Nayak RB. Blue Whale Challenge: perceptions of first responders in medical profession. *Indian J Psychol Med* 2018;40(2):178-82.

- Meerkerk GJ, Van Den Eijnden RJ, Vermulst AA, Garretsen HF. The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): some psychometric properties. *Cyberpsychol Behav* 2009; 12(1):1-6.
- Mihajlov M, Vejmelka L. Internet Addiction: a review of the first twenty years. *Psychiatria Danubina* 2017;29(3):260-72.
- Mihara S, Higuchi S. Cross-sectional and longitudinal epidemiological studies of Internet Gaming disorder: A systematic review of the literature. *Psychiatry Clin Neurosci* 2017;71:425-44.
- Milasi S, González-Vázquez I, Fernández-Macías E. *Telework in the EU before and after the COVID-19: where we were, where we head to*. Brussels: European Union Commission; 2020. Disponibile all'indirizzo: [https://ec.europa.eu/jrc/sites/default/files/jrc120945\\_policy\\_brief\\_-\\_covid\\_and\\_telework\\_final.pdf](https://ec.europa.eu/jrc/sites/default/files/jrc120945_policy_brief_-_covid_and_telework_final.pdf); ultima consultazione 13/12/2021.
- Mitchell KJ, Sabina C, Finkelhor D, Wells M. Index of problematic online experiences: *item* characteristics and correlation with negative symptomatology. *Cyberpsychol Behav* 2009;12(6):707-11.
- Mizera S, Jastrzębska K, Cyganek T, Bąk A, Michna M, Stelmach A, Krysta K, Krzystanek M, Janas-Kozik M. The relation between emotional intelligence and Internet Addiction in Katowice High School students. *Psychiatria Danubina* 2019;31(Suppl 3):568-73.
- Miovský M, Šťastná L, Gabrhelík R, Jurystová L. Evaluation of school-based preventive interventions in the Czech Republic: examples of good practice. *Adiktologie* 2011;11:236-47.
- Monacis L, Palo V, Griffiths MD, Sinatra M. Validation of the Internet Gaming Disorder Scale - Short-Form (IGDS9-SF) in an Italian-speaking sample. *J Behav Addict* 2016;5(4):683-90.
- Monacis L, de Palo V, Griffiths MD, Sinatra M. Social networking addiction, attachment style, and validation of the Italian version of the Bergen Social Media Addiction Scale. *J Behav Addict* 2017;6(2):178-86.
- Montag C, Bey K, Sha P, Li M, Chen YF, Liu WY, Zhu YK, Li CB, Markett S, Keiper J, Reuter M. Is it meaningful to distinguish between generalized and specific Internet addiction? Evidence from a cross-cultural study from Germany, Sweden, Taiwan and China. *Asia Pac Psychiatry* 2015;7(1):20-6.
- Müller A, Steins-Loeber S, Trotzke P, Vogel B, Georgiadou E, de Zwaan M. Online shopping in treatment-seeking patients with buying-shopping disorder. *Compr Psychiatry*. 2019;94:152120.
- Müller A, Laskowski NM, Wegmann E, *et al*. Problematic online buying-shopping: is it time to considering the concept of an online subtype of compulsive buying-shopping disorder or a specific Internet-use disorder? *Curr Addict Rep* 2021;8:494-9.
- Nagata T, Yamada H, Teo AR, Yoshimura C, Nakajima T, van Vliet I. Comorbid social withdrawal (hikikomori) in outpatients with social anxiety disorder: clinical characteristics and treatment response in a case series. *Int J Soc Psychiatry* 2013;59(1):73-8.
- National Research Council and Institute of Medicine. *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities*. Washington, DC: The National Academies Press; 2009. Disponibile all'indirizzo: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32775/pdf/Bookshelf\\_NBK32775.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32775/pdf/Bookshelf_NBK32775.pdf); ultima consultazione 16/2/2022.
- Noor SW, Simon Rosser BR, Erickson DJ. A brief scale to measure problematic sexually explicit media consumption: psychometric properties of the Compulsive Pornography Consumption (CPC) Scale among men who have sex with men. *Sex Addict Compulsivity* 2014;21(3):240-61.
- Ohayon MM, Roberts L. Internet Gaming disorder and comorbidities among campus-dwelling U.S. university students. *Psychiatry Res* 2021;302:114043.
- Ortiz A, Maslej MM, Husain MI, Daskalakis ZJ, Mulsant BH. Apps and gaps in bipolar disorder: A systematic review on electronic monitoring for episode prediction. *J Affect Disord* 2021;295:190-200.

- Orzack MH, Voluse AC, Wolf D, Hennen, J. An ongoing study of group treatment for men involved in problematic Internet-enabled sexual behavior. *Cyberpsychol Behav* 2006;9:348-60.
- Palmer CS. *Social Media use and its impact on relationships and emotions*. [Theses and Dissertations. 6927]. Provo: School of Communications Brigham Young University; 2018. Disponibile all'indirizzo <https://scholarsarchive.byu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=7927&context=etd>; ultima consultazione 13/12/2021.
- Park B, Han DH, Roh S. Neurobiological findings related to Internet use disorders. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2017;71(7):467-78.
- Pearcy BT, Roberts LD, McEvoy PM. Psychometric Testing of the Personal Internet Gaming Disorder Evaluation-9: A New Measure Designed to Assess Internet Gaming Disorder. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2016;19(5):335-41.
- Peracchia S, Presaghi F, Curcio G. Italian adaptation of the Assessment of Internet and Computer game Addiction scale (AICAs-Ita). *Rassegna di Psicologia* 2018;35(3):5-16.
- Petry, N.M. and O'Brien, C.P. (2013), Internet gaming disorder and the DSM-5. *Addiction* 2013; 108: 1186-1187.
- Petry NM, Rehbein F, Gentile DA, Lemmens JS, Rumpf HJ, Mößle T, Bischof G, Tao R, Fung DS, Borges G, Auriacombe M, González Ibáñez A, Tam P, O'Brien CP. An international consensus for assessing Internet Gaming disorder using the new DSM-5 approach. *Addiction* 2014;109(9):1399-406.
- Pisarska A, Ostaszewski K. Factors associated with youth gambling: longitudinal study among high school students. *Public Health* 2020;184:33-40.
- Poli R, Agrimi E. Internet addiction disorder: Prevalence in an Italian student population. *Nord J Psychiatry* 2012;66:55-59.
- Pontes HM, Kuss DJ, Griffiths MD. Clinical psychology of Internet addiction: A review of its conceptualization, prevalence, neuronal processes, and implications for treatment. *Neuroscience & Neuroeconomics* 2015;4:11-23.
- Pontes HM, Griffiths MD. Measuring DSM-5 Internet Gaming Disorder: Development and validation of a short psychometric scale. *Comput Hum Behav* 2015; 45, 137-143.
- Portelli C. Papantuono M. *Le nuove dipendenze: riconoscerle, capirle e superarle*. Milano: Edizioni San Paolo; 2017.
- Pozza A, Coluccia A, Kato T, Gaetani M, Ferretti F. The 'hikikomori' syndrome: worldwide prevalence and co-occurring major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis protocol. *BMJ Open* 2019;20;9(9):e025213.
- Przepiorka AM, Blachnio A, Miziak B, Czuczwar SJ. Clinical approaches to treatment of Internet addiction. *Pharmacol Rep* 2014;66(2):187-91.
- Qiaolei J, Xiuqin H, Ran T. Chapter 81 - Internet Addiction: Cybersex. In: Miller PM (Ed.). *Principles of Addiction*. Cambridge: Academic Press, 2013. p. 809-818.
- Reid RC, Garos S, Carpenter BN. Reliability, validity, and psychometric development of the Hypersexual Behavior Inventory in an outpatient sample of men. *Sex Addict Compulsivity* 2011;18(1):30-51.
- Reinecke L, Aufenanger S, Beutel ME, Dreier M, Quiring O, Müller KW. Digital stress over the life span: The effects of communication load and Internet multitasking on perceived stress and psychological health impairments in a German probability sample. *Media Psychology* 2017;20:90-115.
- Richard J, Marchica L, Ivoska W, Derevensky J. Bullying victimization and problem video gaming: the mediating role of externalizing and internalizing problems. *Int J Environ Res Public Health* 2021;17;18(4):1930.
- Romano JL. Prevention in the twenty-first century: promoting health and well-being in education and psychology. *Asia Pacific Educ Rev* 2014;15:417-426.

- Ropelato J. *Internet Pornography Statistics 2014*. New York: TechMediaNetwork; 2014. Disponibile all'indirizzo: <http://ministryoftruth.me.uk/wp-content/uploads/2014/03/IFR2013.pdf>; ultima consultazione 13/12/2021.
- Ross MW, Månsson SA, Daneback K. Prevalence, severity, and correlates of problematic sexual Internet use in Swedish men and women. *Arch Sex Behav* 2012;41(2):459-66.
- Rosser BRS, Noor SWB, Iantaffi A. Normal, Problematic, and compulsive consumption of sexually explicit media: clinical findings using the Compulsive Pornography Consumption (CPC) scale among men who have sex with men. *Sex Addict Compulsivity* 2014;21(4):276-304.
- Rumpf J. General population-based studies of problematic internet use: data from Europe. In: Potenza MN, Faust KA, Faust D (Ed.). *The Oxford Handbook of Digital Technologies and Mental Health*. New York: Oxford University Press; 2020. p. 57-63.
- Rumpf HJ, Vermulst AA, Bischof A, Kastirke N, Gürtler D, Bischof G, Meerkerk GJ, John U, Meyer C. Occurrence of Internet addiction in a general population sample: a latent class analysis. *Eur Addict Res*. 2014;20(4):159-66.
- Ryu H, Lee JY, Choi AR, Chung SJ, Park M, Bhang SY, Kwon JG, Kweon YS, Choi JS. Application of Diagnostic Interview for Internet Addiction (DIA) in Clinical Practice for Korean Adolescents. *J Clin Med* 2019; 6;8(2):202.
- Santos V, Nardi AE, King AL. Treatment of Internet addiction in patient with panic disorder and obsessive compulsive disorder: a case report. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2015;14(3):341-4.
- Schmitt JB, Breuer J, Wulf T. From cognitive overload to digital detox: Psychological implications of telework during the COVID-19 pandemic. *Comput Human Behav* 2021;124:106899.
- Schmitt JB, Debbelt CA, Schneider FM. Too much information? - predictors of information overload in the context of online-news exposure. *Inf Commun Soc* 2017;21:1151-67.
- Şenormancı Ö, Konkan R, Sungur MZ. Internet Addiction and its cognitive behavioral therapy. In: De Oliveira IR (Ed.) *Standard and Innovative strategies in cognitive behavior therapy*. London: Intech Open, 2012. p. 171-190. Disponibile all'indirizzo: <https://www.intechopen.com/chapters/31830>; ultima consultazione 13/12/2021.
- Sepede G, Tavino M, Santacroce R, Fiori F, Salerno RM, Di Giannantonio M. Functional magnetic resonance imaging of Internet addiction in young adults. *World J Radiol* 2016;28;8(2):210-25.
- Shaffer HJ. The most important unresolved issue in the addictions: conceptual chaos. *Substance Use & Misuse* 1997;32(11):1573-1580.
- Shaffer HJ, LaPlante DA, LaBrie RA, Kidman RC, Donato AN, Stanton MV. Toward a syndrome model of addiction: Multiple expressions, common etiology. *Harvard Review of Psychiatry* 2004;12:367-374.
- Shahnawaz MG, Rehman U. Social Networking Addiction Scale. *Cogent Psychology* 2020;7:1.
- Shakya HB, Christakis NA. Association of Facebook use with compromised well-being: a longitudinal study. *Am J Epidemiol* 2017;185(3):203-211.
- Shapira NA, Lessig MC, Goldsmith TD, Szabo ST, Lazoritz M, Gold MS, Stein DJ. Problematic Internet use: proposed classification and diagnostic criteria. *Depression and anxiety* 2003;17(4):207-16.
- Sharifat H, Suppiah S. Electroencephalography-detected neurophysiology of Internet addiction disorder and Internet Gaming disorder in adolescents - A review. *Med J Malaysia* 2021;76(3):401-13.
- Shaughnessy K, Byers ES, Walsh L. Online sexual activity experience of heterosexual students: gender similarities and differences. *Archives of Sexual Behavior* 2011;40(2):419-27.
- Shaw M, Black DW. Internet Addiction: definition, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS Drugs* 2008;22:353-65.

- Shek DT, Ma HK, Sun RC. Development of a new curriculum in a positive youth development program: the project P.A.T.H.S. in Hong Kong. *Scientific World Journal* 2011;11:2207-18.
- Shek DT, Yu L, Leung H, Wu FK, Law MY. Development, implementation, and evaluation of a multi-addiction prevention program for primary school students in Hong Kong: the B.E.S.T. Teen program. *Asian J Gambl Issues Public Health* 2016;6,5.
- Sherman LE, Hernandez LM, Greenfield PM, Dapretto M. What the brain 'likes': neural correlates of providing feedback on social media. *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2018;13(7):699-707.
- Šmahel D, Vondrackova P, Blinka L, Godoy-Etcheverry S. Comparing addictive behavior on the Internet in the Czech Republic, Chile and Sweden. In: Cardoso G, Cheong A, Cole J (Ed.). *World Wide Internet: changing societies, economies and cultures*. Macau; University of Macau: 2009. p. 544-579.
- Soh PCH, Charlton JP, Chew KW. The influence of parental and peer attachment on Internet usage motives and addiction. *First Monday* 2014;19(7).
- Spensieri V, Cerutti R, Presaghi F, Amendola S, Crozier WR. Italian validation of the Children's Shyness Questionnaire: Exploring associations between shyness and psychosocial functioning. *PLoS One* 2019;4;14(6):e0217722.
- Starcevic V. Is Internet addiction a useful concept? *Aust N Z J Psychiatry* 2013;47(1):16-9.
- Starri M. *Digital global report 2021*. Milano: We are social; 2021 Disponibile all'indirizzo: <https://wearesocial.com/it/blog/2021/01/digital-2021-i-dati-globali/>; ultima consultazione 25/10/2021.
- Starri M. *Digital 2021 Italy*. Milano: We are social; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://wearesocial.com/it/blog/2021/01/digital-2021-italia/>; ultima consultazione 20/10/2021.
- Stevens C, Zhang E, Cherkerzian S, Chen JA, Liu CH. Problematic Internet use/computer Gaming among US college students: Prevalence and correlates with mental health symptoms. *Depress Anxiety* 2020;37(11):1127-36.
- Stevens MW, Dorstyn D, Delfabbro PH, King DL. Global prevalence of Gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2021;55(6), 553-568.
- Stip E, Thibault A, Beauchamp-Chatel A, Kisely S. Internet Addiction, hikikomori syndrome, and the prodromal phase of psychosis. *Front Psychiatry* 2016;7:6.
- Suwa M, Suzuki K. The phenomenon of "hikikomori" (social withdrawal) and the socio-cultural situation in Japan today. *J Psychopathol* 2013;19:191-8.
- Tao R, Huang X, Wang J, Zhang H, Zhang Y, Li M. Proposed diagnostic criteria for Internet addiction. *Addiction* 2010;105(3):556-64.
- Tarafdar M, Tu Q, Ragu-Nathan TS. Impact of technostress on end-user satisfaction and performance. *J Manag Inf Syst* 2010;27:303-34.
- Tateno M, Teo AR, Ukai W, Kanazawa J, Katsuki R, Kubo H and Kato TA. Internet Addiction, smartphone addiction, and hikikomori trait in Japanese young adult: social isolation and social network. *Front Psychiatry* 2019;10:455.
- Taylor M. Strategies of dissociation: a mimetic dimension to social problems in Japan. *Anthropoetics* 2006;12(1).
- Throuvala MA, Griffiths MD, Rennoldson M, Kuss DJ. School-based prevention for adolescent Internet addiction: prevention is the key. a systematic literature review. *Curr Neuropharmacol* 2019;17(6):507-25.
- Tokunaga RS. Following you home from school: a critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. *Comput Hum Behav* 2010;26:277-87.



- Tsitsika A, Janikian M, Schoenmakers TM, Tzavela EC, Ólafsson K, Wojcik S, Macarie GF, Tzavara C, Richardson C. Internet addictive behavior in adolescence: A cross-sectional study in seven European countries. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2014;17:528-35.
- Tsitsika A, Janikian M, Greydanus DE, Omar HA, Merrick J. A new millennium: A new age of behavioral disorders? *Intl J Child Adolesc Health* 2013;6(4):363-366.
- Turel O, Serenko A. The benefits and dangers of enjoyment with *social* networking websites. *Eur J Inf Syst* 2012;2(5):512-528.
- Tutgun-Ünal A, Deniz L. Development of the Social Media Addiction Scale. *AJIT* 2015;51-70.
- UNESCO. *Al di là dei numeri: porre fine alla violenza e al bullismo nella scuola*. Parigi: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.miur.gov.it/documents/20182/4394634/15.%20Report%20bullismo.pdf>; ultima consultazione 13/12/2021.
- van Rooij AJ, Prause N. A critical review of "Internet addiction" criteria with suggestions for the future. *J Behav Addict* 2014;3(4):203-13.
- van Rooij AJ, Schoenmakers TM, van de Mheen D. Clinical validation of the C-VAT 2.0 assessment tool for gaming disorder: A sensitivity analysis of the proposed DSM-5 criteria and the clinical characteristics of young patients with 'video game addiction'. *Addictive Behaviors* 2017;64:269-74.
- Velezmore R, Negy C, Livia J. Online sexual activity: cross-national comparison between United States and Peruvian college students. *Arch Sex Behav* 2012;41(4):1015-25.
- Volkow ND, Wang GJ, Fischman MW, Voltin RW, Fowler JS, Abumred NN, Vitkun S, Logan J, Gatley SJ, Pappas N, Hyitzman R, Shey LE. Relationship between subjective effect of cocaine and dopamine transporter occupancy. *Nature* 1997(a);386:827-30.
- Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Logan J, Gatley SJ, Hyitzman R, Chen AD, Dewey SL, Pappas N. Decreased striatal dopaminergic responsiveness in detoxified cocaine-dependent species. *Nature* 1997(b);386:830-3.
- Volpe U, Dell'Osso B, Fiorillo A, Mucic D, Aboujaoude E. Internet-related psychopathology: Clinical phenotypes and perspectives in an evolving field. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 2015;21(4):406-14.
- Vondráčková P, Gabrhelík R. Prevention of Internet addiction: A systematic review. *Journal of behavioral addictions* 2016;5(4):568-79.
- Walther B, Hanewinkel R, Morgenstern M. Effects of a brief school-based media literacy intervention on digital media use in adolescents: cluster randomized controlled trial. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2014;17(9):616-23.
- Wang HY, Sigerson L, Cheng C. Digital Nativity and Information Technology Addiction: Age cohort versus individual difference approaches. *Comput Hum Behav* 2019;90:1-9.
- Wee CY, Zhao Z, Yap PT, Wu G, Shi F, Price T, Du Y, Xu J, Zhou Y, Shen D. Disrupted brain functional network in Internet addiction disorder: a resting-state functional magnetic resonance imaging study. *PLoS One* 2014;16;9(9):e107306.
- Wenliang S, Xiaoli H, Cheng J, Yan Y, Potenza M. Are males more likely to be addicted to the Internet than females? A meta-analysis involving 34 global jurisdictions. *Comput Hum Behav* 2019;99:86-100.
- Wéry A, Karila L, Sutter PD, Billieux J. Conceptualization, assessment, and treatment of cybersexual addiction: A review of the literature. *Canadian Psychology* 2014;55(4):266-81.
- Wéry A, Burnay J, Karila L, Billieux J. The Short French Internet Addiction Test adapted to online sexual activities: validation and links with online sexual preferences and addiction symptoms. *J Sex Res* 2016;53(6):701-10.

- Wéry A, Billieux J. Problematic cybersex: conceptualization, assessment, and treatment. *Addict Behav* 2017;64:238-46.
- Wong JCM, Wan MJS, Kroneman L, Kato TA, Lo TW, Wong PW-C, Chan GH. Hikikomori phenomenon in East Asia: regional perspectives, challenges, and opportunities for social health agencies. *Front Psychiatry* 2019;10:512.
- Wongpakaran N, Wongpakaran T, Pinyopornpanish M, Simcharoen S, Kuntawong P. Loneliness and problematic Internet use: testing the role of interpersonal problems and motivation for Internet use. *BMC Psychiatry* 2021;Sep 10;21(1):447.
- WHO. *ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics*. Geneva: World Health Organization; 2021.
- Wright ME. *Clinical practice of hypnotherapy*. New York: Guilford; 1987.
- Wu AFW, Ooi J, Wong PWC, Catmur C, Lau JYF. Evidence of pathological *social* withdrawal in non-Asian countries: a global health problem? *Lancet Psychiatry* 2019;6(3):195-6.
- Wurman RS. *L'ansia da informazione*. Trad. Bardini A. Milano: Leonardo Editore; 1991.
- Xiuqin H, Huimin Z, Mengchen L, Jinan W, Ying Z, Ran T. Mental health, personality, and parental rearing styles of adolescents with Internet addiction disorder. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2010;13(4):401-6.
- Xu H, Tan BC. Why do I keep checking Facebook: effects of message characteristics on the formation of social network services addiction. *ICIS* 2012.
- Xu Z, Turel O, Yuan Y. Online game addiction among adolescents: motivation and prevention factors. *Eur J Inf Syst* 2012;21:321-340.
- Yasuma N, Nishi D, Watanabe K, Ishikawa H, Tachimori H, Takeshima T, Umeda M, Kawakami N. Association between urban upbringing and compulsive internet use in Japan: a cross-sectional, multilevel study with retrospective recall. *Int J Environ Res Public Health* 2021;20;18(18):9890.
- Yong R, Nomura K. Hikikomori is most associated with interpersonal relationships, followed by suicide risks: a secondary analysis of a national cross-sectional study. *Front Psychiatry* 2019;10:247.
- Young KS. Psychology of computer use: XL. Addictive use of the Internet: a case that breaks the stereotype. *Psychol Rep* 1996;79:899-902.
- Young KS. Internet Addiction: the emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior* 1998;237-244.
- Young KS. Internet Addiction: symptoms, evaluation, and treatment. In: VandeCreek L, Jackson TL (Ed.). *Innovations in clinical practice: a source book*. Sarasota, FL: Professional Resource Press; 1999. p. 19-31.
- Young KS. Cognitive behavior therapy with Internet addicts: Treatment outcomes and implications. *Cyberpsychol Behav* 2007;10:671-9.
- Young KS, de Abreu CN (Ed.). *Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.; 2011.
- Zhao H, Tian W, Xin T. The development and validation of the Online Shopping Addiction Scale. *Front Psychol* 2017;16;8:735.
- Zalewska A, Gańczyk M, Sobolewski M, Białokoz-Kalinowska I. Depression as compared to level of physical activity and Internet addiction among Polish physiotherapy students during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health* 2021;25;18(19):10072.
- Zhou N, Fang XY. Beyond peer contagion: Unique and interactive effects of multiple peer influences on Internet addiction among Chinese adolescents. *Comput Hum Behav* 2015;50:231-238.

**SECONDA PARTE**  
**Progetto “Rete senza fili”**  
**e il lavoro di alcune unità operative**



## “RETE SENZA FILI”: UN PROGETTO NAZIONALE

Antonella Ermacora (a), Laura Marinaro (b), Paolo Berretta (c), Adele Minutillo (c)

a) *Eclectica, Istituto di ricerca e formazione, Torino*

b) *Dipartimento di Prevenzione, Azienda Sanitaria Locale Cuneo 2, Regione Piemonte, Cuneo*

c) *Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

### Articolazione del progetto

Il progetto “Rete senza fili. Salute e Internet Addiction Disorder (IAD): tante connessioni possibili” è stato realizzato con il supporto tecnico e finanziario del Ministero della Salute, nell’ambito del Programma di attività del CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie) 2018, attraverso il coinvolgimento di 7 Unità operative:

1. Azienda Sanitaria Locale (ASL) Cuneo 2 Alba-Bra (coordinatore);
2. Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell’Istituto Superiore di Sanità;
3. Dipartimento delle Dipendenze della ASL Città di Torino (Regione Piemonte);
4. Azienda Sanitaria Provinciale 3 Catania della Regione Sicilia;
5. Azienda Unità Sanitaria Locale Socio Sanitaria 7 Pedemontana della Regione Veneto;
6. Azienda Sanitaria Unica Regionale Area Vasta 2 della Regione Marche;
7. Azienda Unità Sanitaria Locale Toscana Nord-Ovest (Zona Versilia) della Regione Toscana.

Questa iniziativa nasce come proposta per la prevenzione dell’insorgenza della dipendenza da Internet; ciò attraverso delle azioni utili alla riduzione del pericolo di un uso scorretto ed eccessivo degli strumenti tecnologici (social media, videogiochi, Internet, ecc.), migliorando le competenze dei ragazzi (*life skill*) e favorendo l’accesso dei soggetti a rischio ai servizi sociosanitari.

Considerando anche le esperienze pregresse nell’ambito della prevenzione delle dipendenze da Internet delle Regioni aderenti (Piemonte e Veneto), di cui si parlerà nel prossimo capitolo, sono stati progettati e realizzati due filoni di attività: il primo con l’intento di sostenere e promuovere percorsi educativi e interventi laboratoriali volti a promuovere un corretto e consapevole uso della tecnologia, soprattutto nella fascia 10-12 anni; il secondo ha riguardato la ricognizione delle risorse territoriali che si occupano della presa in carico e trattamento delle problematiche legate all’uso di internet.

### Promozione dell’uso consapevole della tecnologia

Attraverso l’applicazione dei principi della *Peer&Media Education*, “Rete senza fili” ha proposto un modello di intervento socioeducativo e di prevenzione primaria basato su una metodologia attiva, che amplia il suo sguardo anche verso gli approcci della *Media Education*. L’obiettivo è sviluppare l’*empowerment* dei soggetti coinvolti, attraverso il rafforzamento di uno sguardo critico e consapevole rispetto all’uso e all’impatto delle nuove tecnologie sulla vita quotidiana.

“Rete senza fili” ha creato e reso fruibili spazi di confronto su opportunità e rischi connessi all’uso delle tecnologie medial, in particolare della rete telematica, dei *social network*, dei

cellulari e dei videogame, favorendo l'acquisizione di quelle competenze sociali che possono essere utili ad affrontare la vita di relazione, tanto online che offline.

Il progetto ha anche tenuto conto di alcuni obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018 e del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, in particolare:

- la promozione della salute mentale di bambini e adolescenti, attraverso un approccio globale, integrato e coordinato, che preveda la collaborazione tra il sistema sociale, sanitario e il mondo della scuola. Peraltro, le strategie proposte prevedono il coinvolgimento diretto dei giovani nei programmi preventivi, perché la partecipazione rafforza l'efficacia degli interventi e l'identità, il senso di appartenenza e l'autostima.
- la prevenzione delle dipendenze *sine substantia*, attraverso strategie integrate focalizzate sia sulle capacità personali sia su azioni di rinforzo dell'ambiente di vita, con metodi quali *life skills education* e *peer education*.

Inoltre, le azioni sono state coerenti con gli obiettivi dei Piani regionali della Prevenzione delle regioni partner, che recependo il piano nazionale (come ad esempio il piano regionale del Piemonte 2015-2019 e le successive programmazioni 2020 e 2021), suggeriscono la progettazione di interventi multicomponente e multifattoriali per la promozione di stili di vita salutari nel setting scolastico.

## Obiettivi

In generale, "Rete senza fili", progetto dedicato alla *media education*, prende vita con lo scopo di prevenire la dipendenza da Internet attraverso delle azioni mirate.

Tale obiettivo di prevenzione è strettamente correlato al rinforzo delle *life skill*, ovvero quelle competenze utili per gestire la propria esistenza e per relazionarsi in maniera funzionale con il proprio ambiente, modificandolo in maniera proattiva.

Le attività e gli interventi proposti dal progetto sono volti, in particolare, a rinforzare l'identità, il senso di appartenenza e l'autostima, nonché il pensiero critico e creativo, l'intelligenza emotiva, la consapevolezza di sé, l'empatia e le relazioni efficaci. Tutto ciò per dare a bambini e a ragazzi i giusti strumenti per orientarsi e confrontarsi con le rapide trasformazioni della società di oggi.

Il rinforzo delle *life skill* si pone nell'ottica di promuovere (Rivoltella, 2019):

- l'educazione ai media, stimolando l'analisi dei linguaggi e il senso critico verso i contenuti veicolati;
- l'educazione con i media, rendendo il digitale uno strumento da integrare nel bagaglio formativo tradizionale;
- l'educazione per i media realizzando strumenti utili a leggere i media "scrivendo" con essi;
- l'educazione nei media, trasformando il digitale in un ambiente in cui si generano apprendimenti partecipativi;
- l'educazione sui media, promuovendo consapevolezza critica sull'ecosistema mediale e sugli stili di utilizzo corretti del digitale.

Infine, sono state realizzate diverse azioni finalizzate a formare i referenti regionali e gli operatori sociosanitari, gli insegnanti delle scuole primarie e secondarie di I grado e altri soggetti territoriali attivi su quella fascia di età, su metodi e strumenti adeguati ad affrontare con i ragazzi i temi legati alle nuove tecnologie e per collaborare con gli operatori dei laboratori. Particolare attenzione è stata anche dedicata alla diffusione nelle scuole dei materiali realizzati a supporto degli interventi, divulgati nelle classi sia della primaria che della secondaria.

## Destinatari

Il progetto è stato rivolto primariamente a:

- alunni delle scuole primarie (in particolare quinto anno) e secondarie di primo grado: a essi sono state destinate le proposte di attività descritte nei kit progettati e realizzati con “Rete senza fili”, per gli insegnanti, che avranno quindi metodi e strumenti adeguati ad affrontare in classe i temi legati alle nuove tecnologie, e agli operatori per realizzare dei laboratori partecipativi.
- insegnanti, operatori sociosanitari e altre figure con responsabilità educativa, possibilmente organizzati in un’*équipe*, anche di piccole dimensioni, al fine di sostenere interventi atti a promuovere un equilibrato utilizzo delle tecnologie mediali.

Più in generale, il progetto è stato indirizzato verso tutte quelle figure che hanno un compito educativo, in primo luogo genitori e altri adulti di riferimento.

Difatti, un’attività di prevenzione deve necessariamente avere un approccio sistemico così da riuscire a porsi come riferimento per tutto il mondo adulto, e più in generale per la comunità locale, nella costruzione di un corretto rapporto con le nuove tecnologie e con i *social network* in un’ottica educativa che favorisca anche la relazione intergenerazionale.

## Interventi realizzati

Le azioni di *Media Education* del progetto “Rete Senza Fili” nascono attorno all’esperienza delle regioni aderenti (Piemonte, Veneto, Marche, Toscana e Sicilia) e propongono interventi che intendono integrarsi con i progetti già attivi in questi territori.

In una prima fase sono stati realizzati 5 step:

1. progettazione e realizzazione di materiali didattici ad hoc accessibili sul sito [www.retesenzafili.it](http://www.retesenzafili.it) per gli insegnanti e operatori che hanno partecipato alle formazioni;
2. formazione degli operatori sanitari sul tema delle tecnologie e della prevenzione dei rischi connessi. A tal fine è stato ideato un modello di intervento comune basato sulla partecipazione attiva di bambini, ragazzi, insegnanti e genitori. Successivamente è stata prevista una formazione-formatori a cascata, dal livello nazionale a quello locale;
3. formazione degli insegnanti delle scuole primarie su metodi e strumenti per affrontare con i bambini i temi legati alle nuove tecnologie. A seguito di questa formazione è stata avviata la sperimentazione in classe del percorso del kit didattico rivolto alle scuole primarie;
4. sviluppo, a livello locale, di un percorso laboratoriale tenuto dagli operatori sociosanitari, dedicato alle tecnologie e rivolto ai ragazzi della scuola secondaria di I grado. La realizzazione dei laboratori locali ha tratto spunto da alcune esperienze già sperimentate in alcune Regioni partner di progetto, oltre allo sviluppo di percorsi online nati dall’esigenza pandemica;
5. sviluppo di azioni dedicate al mondo adulto (genitori, nonni, comunità, ecc.).

Nella fase successiva sono stati attivati: la sperimentazione nelle classi quinte della scuola primaria del percorso didattico gestito dagli insegnanti, i laboratori per le classi delle scuole secondarie di primo grado, i percorsi di accompagnamento agli insegnanti, incontri/eventi locali di condivisione delle esperienze e dei risultati dell’iniziativa con i genitori e con la comunità.

## Materiali didattici

I materiali didattici sono stati progettati per rafforzare le *life skill* degli studenti, trasmettere informazioni e incrementare un approccio consapevole al mondo digitale.

### Kit Rete Senza Fili\_Xcorsi

Il kit è stato sviluppato con l'intento di favorire lo sviluppo di alcune *life skill* cognitive (pensiero critico e pensiero creativo), emotive (consapevolezza di sé e gestione delle emozioni) e relazionali (empatia, comunicazione efficace, relazioni efficaci) dei bambini tra i 10 e gli 11 anni. Il prodotto è rivolto agli insegnanti delle classi quinte delle scuole primarie, prevedendo il loro coinvolgimento diretto e attivo nella realizzazione degli interventi all'interno delle attività curriculari.

Il kit *Rete senza fili\_Xcorsi* è composto da sei attività (le prime tre obbligatorie, la quarta è un'attività di rielaborazione e le ultime due sono attività opzionali):

1. *La tecnologia per me*  
A partire dalla selezione di alcune immagini considerate rappresentative di diversi aspetti del digitale, si propone l'elaborazione di una mappa delle rappresentazioni della tecnologia digitale nella classe.
2. *Io&voi, io&gli altri*  
Grazie a un gioco di presentazione, si favorisce la discussione sui rischi e sulle opportunità relative alla diffusione di informazioni online; la discussione è stimolata dalla visione di un video sull'utilizzo di Internet in sicurezza.
3. *Risiko: uso e abuso del tempo*  
A seguito di un'attività chiamata "linea del rischio", gli studenti sono chiamati a immaginare il finale di alcuni video proposti.
4. *I messaggi che vorrei/non vorrei ricevere*  
Si tratta di un'unità specifica sulla messaggistica, tema affrontato attraverso un gioco a coppie o un gioco di ruolo, al fine di rafforzare la consapevolezza delle conseguenze delle comunicazioni scritte e orali.
5. *A che gioco giochiamo*  
È un'attività specifica sui videogiochi che, attraverso un'intervista a coppie, consente di elaborare una mappa dei consumi videoludici e delle opinioni della classe e di fornire alcune informazioni sull'utilizzo dei videogiochi (mercato, contenuti e tempo).
6. *Cosa mi porto a casa*  
Si configura come un'attività di chiusura ed elaborazione; essa, infatti, è tesa a riprendere quanto fatto nel percorso didattico attraverso la creazione di uno slogan o di un disegno che rappresenti i messaggi ricevuti e trasmessi durante le attività. Questa attività va fatta al termine delle prime tre obbligatorie o dopo la quinta se vengono svolte anche le due attività opzionali.

Tutte le attività proposte prevedono una metodologia di tipo attivo-partecipativo e un approccio didattico basato sull'edutainment in considerazione del fatto che l'apprendimento, nell'età dello sviluppo, avviene più facilmente se accompagnato da attività ludiche: i bambini sono coinvolti direttamente nell'apprendimento e nella rielaborazione di conoscenze e abilità e devono quindi essere considerati protagonisti attivi degli interventi.

### Kit Rete Senza Fili\_Lab

Tale manuale si rivolge agli operatori sociosanitari ed è finalizzato alla realizzazione di laboratori locali sulle tecnologie medial. Il manuale è articolato intorno alla presentazione di tre



esperienze laboratoriali già consolidate e permanenti attualmente in corso in alcune Regioni partner (Piemonte e Veneto) di seguito nominate e che saranno descritte più avanti:

1. *Prox Experience Social & Technology*, iniziativa attivata dall'ASL Città di Torino, Dipartimento delle Dipendenze;
2. *Steadycam*, che ha attivato il Centro Visite Display, laboratorio permanente con sede presso i locali del Centro Steadycam del Dipartimento Dipendenze ASL Cuneo 2 ad Alba;
3. *Ca' Dotta*, inserito all'interno dei percorsi di promozione della salute proposti dalla Regione del Veneto e dall'ULSS 7 Pedemontana, all'interno del programma nazionale Guadagnare Salute.

All'interno del manuale la descrizione dei tre laboratori consta di una prima parte generale che illustra obiettivi e caratteristiche dell'iniziativa e di una seconda parte composta dalle schede delle attività, che possono essere implementate anche singolarmente.

## Dati e numeri degli interventi effettuati

Nel periodo di attività del progetto sono state realizzate, in ciascuno dei territori di riferimento, le azioni che hanno consentito un ampio coinvolgimento di bambini, ragazzi, insegnanti, operatori, genitori e altre figure educative. A causa della situazione di pandemia legata alla diffusione del virus SARS-CoV-2, molte azioni del progetto hanno subito variazioni. Grazie alla proroga di progetto è stato possibile però concludere e implementare le azioni. Più precisamente nell'arco temporale dal marzo 2020 a gennaio 2022 sono stati coinvolti un totale di:

- 148 operatori socio-sanitari;
- 606 insegnanti;
- 3.439 alunni della scuola primaria;
- 10.089 studenti della scuola secondaria;
- 1.218 genitori.

Sono stati altresì organizzati percorsi di accompagnamento e tutoraggio rivolti ad operatori sanitari e insegnanti e incontri per la comunità.

## Problematiche da Internet: una mappatura

Il Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità ha coordinato le azioni di mappatura e censimento delle risorse territoriali per le problematiche legate all'uso di Internet (CNDD, 2022).

Le azioni progettuali hanno previsto inizialmente la costituzione di un Tavolo Tecnico (TT), al quale hanno partecipato i rappresentanti delle Unità Operative, con lo scopo di progettare e implementare una scheda di rilevazione delle attività delle risorse territoriali per le problematiche legate all'uso di Internet.

Ultimata la produzione, la scheda è stata montata su una piattaforma web ed è stato avviato uno studio pilota per verificare il corretto funzionamento della piattaforma e la comprensione della scheda. Effettuate le opportune modifiche è stata diffusa tra le risorse territoriali la notizia della partenza della mappatura e censimento e allo stesso tempo è stato creato un secondo Tavolo Tecnico (TT2) nel quale sono stati coinvolti i rappresentanti del Gruppo Interregionale per le Dipendenze, di cui saranno descritte alcune esperienze nella parte terza. Lo scopo del TT2 è stato di elaborare una strategia di diffusione capillare della mappatura e censimento delle risorse.

Durante lo sviluppo di queste prime azioni, è sopraggiunta l'emergenza sanitaria legata alla diffusione del virus SARS-CoV-2 che se da una parte ha rallentato la realizzazione del censimento delle risorse territoriali, dall'altra ha consentito al gruppo di lavoro riflessioni di più ampio respiro sulle esigenze formative e informative degli operatori sociosanitari che hanno portato alla produzione di materiali informativi e all'erogazione di un ciclo di webinar.

## Prodotti realizzati

I prodotti realizzati grazie anche al supporto del TT, del TT2 e di tutte le Unità Operative del progetto sono:

- *Mappatura e censimento*
  - piattaforma web (<https://dipendenzainternet.iss.it/>);
  - Guida alle risorse territoriali per le problematiche legate all'uso di Internet (CNDD, 2022);
- *Materiali informativi e formativi*
  - 3 opuscoli informativi;
  - 3 webinar in erogazione tra febbraio e aprile 2022;
  - presente rapporto.

## Mappatura e censimento

A seguito dei lavori del TT, durante il 2021, il Centro Nazionale Dipendenze e Doping ha attivato una piattaforma (<https://dipendenzainternet.iss.it/>) che raccoglie le informazioni sulle risorse territoriali che si occupano di problematiche collegate all'uso di Internet, uno spazio virtuale in continuo aggiornamento nel quale, previa creazione di un account, è possibile inserire le informazioni del servizio e/o della struttura per essere raggiunti dai cittadini e dagli altri operatori di salute. Le informazioni vengono raccolte con l'ausilio di una scheda articolata in quattro sezioni: anagrafica; organizzazione; offerta assistenziale e valutazione; utenza assistita.

Nel 2021, hanno aderito al censimento, che viene realizzato su base volontaria, 99 risorse territoriali (83 Servizio Sanitario Nazionale-SSN e 16 privato sociale). Sono dislocate soprattutto al nord, a seguire il centro e poche risposte abbiamo ricevuto dal sud e isole. Per es. In Lombardia hanno aderito 30 risorse territoriali, in Liguria 13 e per quanto riguarda il Centro Italia, nelle Marche hanno aderito 12 centri. In tutto il Sud Italia comprese le Isole hanno partecipato solo 8 risorse e infine non abbiamo ricevuto informazioni dall'Abruzzo, Basilicata, Calabria, Friuli Venezia Giulia e Molise.

Tra le risorse che hanno aderito ci sono soprattutto i servizi per le dipendenze ma anche servizi di psicologia, psichiatria e neuropsichiatria. Tra gli interventi più frequenti è emerso il percorso psicoterapeutico individuale o di gruppo e non mancano servizi che nel caso di presa in carico di un minore, prendono in carico anche i genitori proponendo dei percorsi terapeutici anche a loro.

Hanno richiesto informazioni a questi servizi oltre 9.000 utenti e 3500 circa sono quelli che risultano presi (più uomini che donne) in carico nell'ultimo anno solare e sono soprattutto i ragazzi tra i 15 e i 17 anni e gli adulti tra i 36 e i 45 anni. Osservando le risposte della sezione dedicata all'offerta assistenziale sono emerse una serie di informazioni interessanti, che saranno di seguito illustrate.

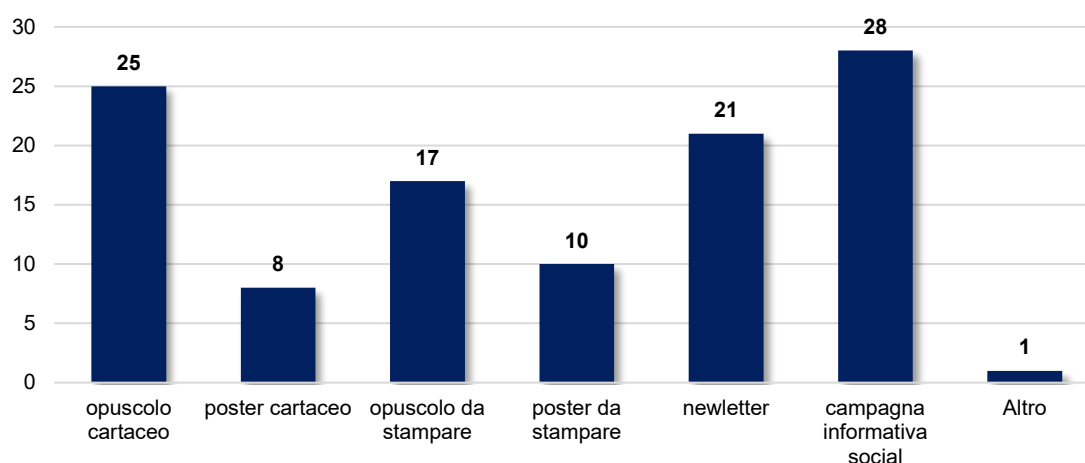
La quasi totalità delle risorse al momento dell'accesso compie una valutazione della problematica specifica e delle dimensioni di personalità del paziente, circa la metà integra questa procedura con la valutazione psichiatrica. A sostegno di questa valutazione d'ingresso vengono utilizzati il colloquio clinico e strumenti di screening della problematica specifica in associazione con questionari che indagano le dimensioni della personalità. Tra le prestazioni somministrate, considerando gli interventi di natura medica, vengono citati più spesso la visita medica (69), i

colloqui (74) e i trattamenti farmacologici (58). Tra gli interventi psicoterapeutici, la maggior parte delle risorse eroga psicoterapie individuali (91) a seguire percorsi di psicoterapia familiare (67) e/o di gruppo (39); nella metà dei casi circa vengono somministrati anche test (49) e in pochi casi sono erogati anche interventi terapeutici con laboratori (15). Più della metà delle risorse eroga interventi psicoeducativi individuali (73) e di gruppo (41). Gli interventi psicologici di sostegno riguardano il sostegno al paziente (93), alla famiglia (82) e ai genitori (55). Le risorse propongono anche interventi di abilitazione e riabilitazione, che riguardano la sfera sociale (36), quella lavorativa (30), quella scolastica (13), e interventi di abilitazione/riabilitazione motoria (2). Il livello di erogazione dei trattamenti è perlopiù ambulatoriale (91), terapeutico riabilitativo sotto forma di laboratori (15), semi residenziali e residenziali (19), in Rete (73), interventi domiciliari (20), day hospital (9). La maggior parte delle risorse ha dichiarato di collaborare con altri servizi (85), ma anche con strutture afferenti al privato sociale (56) e con associazioni territoriali (38). Tra gli altri interventi proposti più frequentemente dalle risorse territoriali troviamo gli interventi domiciliari per gli adolescenti in ritiro sociale (28), interventi erogati attraverso la Rete (86) e interventi per la presa in carico dei genitori (87).

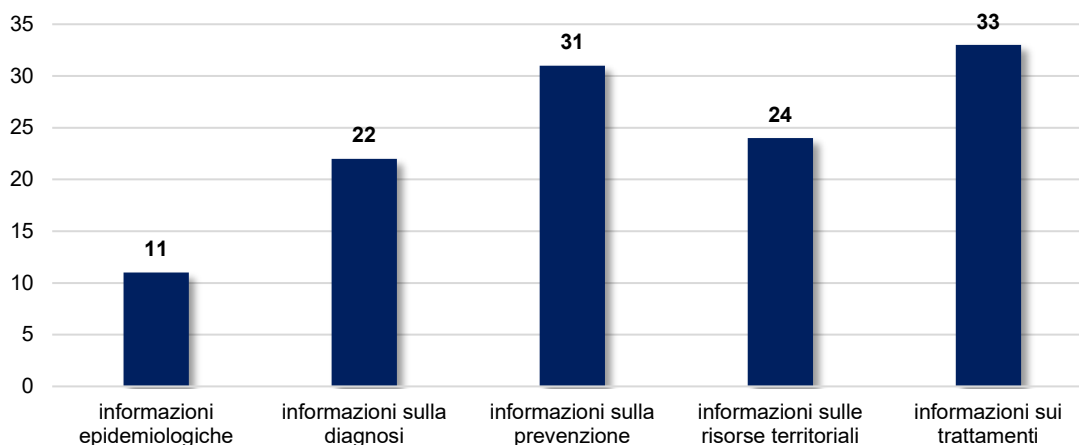
### Materiali informativi e formativi

L'enunciazione dello stato di emergenza sanitaria legato alla diffusione del virus SARS-CoV-2, le difficoltà legate alla diffusione dell'iniziativa di mappatura e censimento delle risorse territoriali per le problematiche legate all'uso di Internet, hanno portato il Centro Nazionale Dipendenze e Doping a elaborare una proposta di creazione di materiali formativi e informativi destinati agli operatori sociosanitari.

Con questo scopo è stata realizzata un'analisi del fabbisogno formativo/informativo proponendo alle risorse territoriali che hanno partecipato alla mappatura un breve questionario somministrato in modalità CAWI (*Computer Assisted Web Interviewing*) al quale hanno risposto 43 risorse territoriali che hanno dichiarato che vorrebbero ricevere informazioni riguardanti non solo i principali costrutti delle dipendenze da Internet ma anche sul trattamento e prevenzione (Figure 1 e 2). La quasi totalità delle risorse intervistate ha dichiarato di non aver mai prodotto materiale informativo su questo argomento e che queste informazioni sarebbero meglio veicolate se inviate su opuscoli e/o campagne di sensibilizzazione *social*.



**Figura 1. Formato preferito dai rispondenti al questionario del fabbisogno informativo somministrato nel 2021**



**Figura 2. Tipologia di informazione considerata utile in un opuscolo sulla tematica “dipendenze da Internet” indicata dai rispondenti al questionario del fabbisogno informativo somministrato nel 2021**

Tenendo conto di questa analisi, seppur non rappresentativa, il Centro Nazionale Dipendenze e Doping ha proposto sia alle altre Unità Operative, sia ai membri del TT2 la stesura di un documento tecnico interno che costituisca la necessaria base scientifica per la produzione di opuscoli sull’inquadramento degenerative della dipendenza da Internet, sulle principali evidenze scientifiche relativamente a programmi di trattamento e strategie di prevenzione.

Gli opuscoli prodotti (Figura 2), unitamente alla copia della *Guida alle risorse territoriali per le problematiche legate all’uso di Internet*, sono stati distribuiti alle risorse territoriali che hanno partecipato al censimento e mappatura e saranno resi disponibili per il download dal sito dell’Istituto Superiore di Sanità.



**Figura 2. Copertine degli opuscoli informativi prodotti nell’ambito del progetto “Rete senza fili” dal Centro Nazionale Dipendenze e Doping**

Tenendo in considerazione le necessità formative degli operatori sociosanitari su questo tema e le risorse disponibili, è stato progettato un ciclo di tre webinar con lo scopo di illustrare le peculiarità del costrutto della dipendenza da Internet, le differenze con il ritiro sociale, individuando le principali strategie di prevenzione e trattamento e lasciando spazio anche alla condivisione delle esperienze territoriali per supportare gli operatori nello sviluppo di altre eventuali iniziative su questo tema.

## **Bibliografia**

CNDD (Centro Nazionale Dipendenze e Doping) (Ed.). *Guida alle risorse territoriali per le problematiche legate all'uso di Internet (aggiornamento dicembre 2021)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Strumenti di riferimento 22/S2).

Rivoltella PC. *Media education. Idea, metodo, ricerca*. Brescia: Ed. Scholè; 2019.

## UNITÀ OPERATIVA ASL CUNEO 2: IL CENTRO DISPLAY

Giuseppe Masengo, Valentino Merlo  
*Centro Steadycam – Display, Alba (CN)*

### Cos'è il Centro Display?

Il Centro Display è un laboratorio multimediale permanente nato nell'ambito del Progetto Display promosso dalla Città di Bra e finanziato dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo negli anni scolastici 2017-2018 e 2019-2020.

Il Progetto Display ha visto il coinvolgimento di una rete territoriale importante, dal Dipartimento Dipendenze della ASL (Azienda Sanitaria Locale) Cuneo 2 che ha realizzato le attività principali, al contributo, in diverse forme della città di Alba, del Consorzio Socio Assistenziale Alba-Langhe-Roero, di tutti gli Istituti Scolastici del territorio, delle cooperative sociali Ro&Ro, Le Rocche e Lunetica, dell'Associazione Don Verri, del DoRS-Centro Regionale di documentazione per la promozione della salute e della ASL Città di Torino. Attraverso il progetto Display sono state realizzate 5 macroazioni:

1. creazione del Centro Visite Display;
2. realizzazione di laboratori di educazione digitale nelle scuole primarie e secondarie di primo grado dei territori dell'Alta Langa.
3. erogazione di un percorso formativo destinato agli insegnanti;
4. organizzazione di incontri con i genitori;
5. implementazione di un'indagine, realizzata in collaborazione con il Cremit dell'Università Cattolica di Milano.

Il Centro Display può essere visitato come meta di un viaggio di istruzione per scuole e Centri estivi, ha sede ad Alba, presso il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL Cuneo 2; la visita può durare una mattinata o la giornata intera (8.30-16.30) e deve essere prenotata secondo le modalità presenti sul sito web: <https://centrosteadycam.it/display/>.

All'interno del Centro i ragazzi partecipano ad un percorso didattico-esperienziale prendendo parte a giochi, sfide e laboratori, interagendo continuamente con sé stessi, i compagni, gli educatori del Centro e le tecnologie digitali, grazie anche al supporto delle stanze tematiche: *Museum; Making; Gaming; Storie; Corpo*.

Un tempo importante viene dedicato, al termine di ogni attività, alla riflessione e al confronto sulle esperienze vissute, condividendo emozioni, idee e domande, con l'obiettivo di attivare uno sguardo critico sui comportamenti e sulle relazioni mediate dalle nuove tecnologie.

### Obiettivi generali e destinatari

L'obiettivo principale delle attività del Centro Display è fornire ai ragazzi in età scolare conoscenze e competenze per un uso consapevole e non problematico dei nuovi media digitali, favorendo nei partecipanti una riflessione rispetto ai propri consumi di tecnologia, ai meccanismi di piacere e ai rischi ad essi connessi. Inoltre, si propone di attivare un circolo virtuoso di informazione e sensibilizzazione che, a partire dalla visita al Centro Display, stimoli la diffusione di nuove prassi e opportunità di utilizzo dei media digitali in modo consapevole e coinvolgente.

Le attività del Centro Display sono state progettate per gli studenti del quarto e quinto anno della scuola primaria e per gli studenti della scuola secondaria di primo grado.

## Descrizione intervento

Il Centro Display, come poc'anzi accennato, propone un percorso strutturato che inizia con la fase di accoglienza al termine della quale viene proposta la *Timeline*, un gioco in cui le squadre si sfidano a indovinare le date di invenzioni di alcuni oggetti legati ai media. Questa attività ha lo scopo di creare un clima giocoso e accogliente, in modo da coinvolgere i ragazzi attraverso modalità dinamiche e divertenti di apprendimento. Al termine del primo gioco vengono discusse con i ragazzi alcune parole chiave del percorso Display, quali “velocità e lentezza”, “mercato dell’attenzione”, “nulla è gratis”.

Successivamente i ragazzi, suddivisi in gruppi di massimo 8-9 ragazzi, entrano nelle diverse stanze dove si svolgono i laboratori. Ogni laboratorio è organizzato su una serie di attività e momenti di *debriefing*, per una durata di 90 minuti.

La stanza *Making* è un laboratorio che aiuta i ragazzi a conoscere i componenti hardware dei personal computer, è come entrare in un garage e mettere fisicamente le mani dentro la tecnologia. Attraverso una gara di riconoscimento e smontaggio di un PC i ragazzi riconoscono che la tecnologia non è un oggetto magico, è stata costruita con uno scopo, ha le sue regole e conoscerne il funzionamento ci aiuta ad usarle in modo consapevole. Il percorso permette di affascinare e coinvolgere perché costruisce sguardi nuovi verso gli schermi degli smartphone.

La stanza del *Gaming* propone un’attività che consiste nella sperimentazione di tre sessioni di gioco con diverse tipologie di videogiochi: avventura, sfida e rompicapo (*rage game*). Al termine di ogni sessione ai ragazzi viene chiesto di rappresentare con un’emoticon e una parola l’esperienza di gioco. Nella discussione finale vengono riprese le emozioni e le parole dei ragazzi e da queste si discute e si ragiona sui temi del tempo, dei limiti, della violenza, dell’apprendimento ludico, delle competenze necessarie.

Nella stanza *Storie*, a partire dalle immagini presenti sui dispositivi dei ragazzi si raccontano situazioni, persone, emozioni. Il percorso prevede la condivisione e la scrittura digitale di una storia comune, in modo da poter riflettere sui concetti dell’essere critici nelle situazioni di download e responsabili nei movimenti di Upload (commentare, condividere, pubblicare contenuti propri e di altri).

La stanza *Corpo* è un vero e proprio laboratorio del corpo, che aiuta i ragazzi a esplorare le sensazioni corporee senza l’uso della tecnologia. Attraverso alcuni semplici esercizi di yoga e il rilassamento immaginativo si propone un’esperienza di consapevolezza del corpo e delle sensazioni.

Al termine, prima dei saluti, i ragazzi approdano al “Porto Finale”, nel quale viene effettuata un’attività di valutazione e rilettura dell’esperienza tramite un quiz digitale che permette di riprendere le parole chiave della visita: velocità/lentezza, equilibrio, consapevolezza, privacy, rispetto, responsabilità.

Tra il novembre 2017 e il giugno 2019 il Centro Display ha aperto per 101 giornate accogliendo: 2.118 ragazzi di 112 classi/gruppi, 225 docenti, 22 operatori sociali e 21 genitori in due giornate “aperte” di conoscenza del Centro.

## Uno sguardo al futuro

In seguito alla conclusione del progetto finanziato dalla Fondazione CRC, il Centro Display ha continuato le sue attività attraverso fondi del Piano Locale delle Dipendenze a testimonianza di un impegno del Servizio Dipendenze su questi temi che continuerà nella riflessione e nella proposta di progetti e attività per i cittadini del territorio. Nell'anno scolastico 2019-2020 erano previste 29 giornate di apertura, di cui ne sono state realizzate 13 con il coinvolgimento di 243 ragazzi. In seguito all'entrata in vigore dello stato di emergenza sanitaria legata alla diffusione del virus SARS-CoV-2 le attività sono state bloccate.

Lo staff di progetto si è trovato a dover ridefinire e ripensare un intervento che aveva alla sua base un momento esperienziale in presenza. Trasferire le attività del Centro Display nel digitale, cercando di salvaguardare alcune impostazioni metodologiche e educative, è stata la sfida dell'estate 2020. La scelta è stata quella di salvaguardare il più possibile la dimensione di presenza inventando una terza via tra il webinar e l'intervento a distanza (sincrono o asincrono).

Sono stati così progettati e realizzati dei percorsi digitali che permettessero ai docenti di realizzare dei laboratori in presenza nelle classi. Utilizzando Padlet il docente ha a disposizione una serie di video, giochi e attività da proporre alla classe e che permettono il confronto, la discussione e la costruzione di contenuti in modo condiviso.

Il laboratorio, denominato Display OUT, si costituisce di 4 stanze: *Welcome*, *Gaming*, *Storie*, *Corpo*. Solamente la stanza del *Corpo* è stata concepita in gestione maggiormente elastica con tre possibili forme di utilizzo: tutta insieme, divisa in tre momenti differenti, utilizzando i singoli esercizi fisici nell'ottica delle pause attive.

Per l'anno scolastico 2020-2021, confidando in un ritorno alla presenza il Centro ha offerto tre percorsi:

1. *Display Techno*. Ripresa dei laboratori esperienziali all'interno delle visite di Istruzione per le scuole secondarie di primo grado.
2. *Display OUT*. Percorso sull'uso delle tecnologie realizzabile dai docenti in classe, utilizzando il percorso digitale costruito dagli operatori del Centro.
3. *Display Addiction*. Ultimo nato, prevede una serie di laboratori che incrociano la comunicazione digitale con i comportamenti a rischio rispetto ai consumi di sostanze e ai comportamenti. L'attività sarà rivolta agli studenti del biennio delle scuole secondarie di secondo grado.



## **UNITÀ OPERATIVA ASL CITTÀ DI TORINO: “PROX EXPERIENCE”**

Roberto Fiorini

*Azienda Sanitaria Locale Città di Torino, Regione Piemonte, Torino*

Il progetto “Prox Experience” nasce nel novembre del 2014 all’interno delle attività di Promozione della Salute previste nel Piano Locale delle Dipendenze del Dipartimento Dipendenze dell’Azienda Sanitaria Locale (ASL) Città di Torino e si evolve, a partire dal 2019, con i contributi della Struttura Semplice Dipartimentale (SSD) Dipendenze da Comportamenti. Le finalità generali del progetto sono:

- a) favorire l’acquisizione di conoscenze ed informazioni relative ai comportamenti a rischio di insorgenza di dipendenza nell’ambito dell’uso di sostanze legali ed illegali, del gioco d’azzardo, dello shopping compulsivo e della dipendenza da nuove tecnologie;
- b) sviluppare la costruzione di un punto di riferimento per le problematiche correlate alle Dipendenze aperto alla Comunità Locale, alle Scuole Secondarie di primo e secondo grado, alle Associazioni giovanili e ai privati cittadini della Città di Torino.

Il gruppo di lavoro è costituito da operatori del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e da operatori del Privato Sociale accreditato, con i quali è stato realizzato un proficuo lavoro di integrazione di competenze e di professionalità, che ha permesso al progetto di svilupparsi, consolidarsi ed essere oggetto di un crescente interesse.

Le Cooperative con cui si è collaborato ed è tuttora viva la collaborazione per la realizzazione del progetto sono Cooperativa Strana Idea, il Gruppo Arco, Terra Mia, l’Associazione Aliseo e l’Educatore della Provvidenza.

Il progetto di prevenzione selettiva attuato con “Prox Experience” si propone di raggiungere gli obiettivi attraverso una metodologia che fa leva su quattro cardini rappresentati dall’esperienza, lo spazio, la didattica e l’incontro, aumentando l’efficacia dei processi di apprendimento.

### **“Prox Experience” è un’esperienza**

L’idea centrale di “Prox Experience” è quella di far vivere ai suoi destinatari un’esperienza che possa emozionare, aumentando l’atteggiamento intenzionale nel riconoscimento di sé come soggetto di conoscenza, desiderio, saperi e relazione. Il livello di interazione che si propone durante il percorso consente di riformulare il proprio sguardo sui temi proposti.

### **“Prox Experience” è uno spazio**

Non è solo uno spazio fisico, come la struttura del Centro di Promozione della Salute dove si realizza la prima parte del percorso o la classe della scuola dove viene rielaborata l’esperienza, ma uno spazio di senso ed acquisizione di significati che trova nel riconoscersi come individuo il

primo gradino di consapevolezza nel ‘prendersi cura di sé’, nell’aumentare le proprie competenze e migliorare le proprie *life skill*.

## “Prox Experience” è didattica

La cultura e il sapere mettono di per sé l’individuo in una condizione di maggiore protezione personale. Se la scuola accompagna gli allievi al Planetario o al Museo sull’Ambiente con l’obiettivo, attraverso un’esperienza immersiva in un ambiente costruito *ad hoc*, di aumentare le loro conoscenze scientifiche e/o di osservazione, azione e rispetto dell’ambiente, abbiamo ritenuto che lo stesso principio debba valere per i temi di salute, comportamenti a rischio e *life skill*. Così è stato richiesto che la scuola si faccia parte attiva di questo momento formativo accompagnando i ragazzi nel Centro Promozione della Salute dove si svolge l’esperienza immersiva.

## “Prox Experience” è un incontro

Il progetto dà ai ragazzi l’opportunità di incontrare specialisti che attivano canali di ascolto e stimolo e consentono ai destinatari di usufruire di uno spazio di confronto e relazione, anche esclusivo e personale. La metodologia del progetto prevede un modello di intervento distinto in due fasi: l’esperienza immersiva e l’incontro in classe o nel contesto di riferimento.

L’esperienza immersiva si svolge nei locali del Centro di Promozione della Salute e consiste nell’attraversare stanze in cui avvengono esperienze di apprendimento e confronto relative ai temi proposti. Le attività sono progettate in base al modulo previsto e ai destinatari, per cui il focus potrà essere sui diversi usi delle nuove tecnologie (smartphone, Internet, *social network*, app) nel caso si tratti di una visita di una classe di una Scuola Secondaria di Primo Grado o su alcool o gioco d’azzardo nel caso di studenti di Scuola Secondaria di Secondo Grado.

Nel secondo incontro effettuato nella classe gli operatori riprendono i contenuti più significativi dell’esperienza al Centro Promozione della Salute, per rielaborare l’esperienza e consolidare i messaggi di promozione della salute.

Le attività vengono costantemente aggiornate, soprattutto per quello che riguarda il modulo sulle tecnologie; infatti la velocità dell’evoluzione tecnologica richiede una costante rivisitazione per garantire attualità agli interventi proposti.

Il progetto di “Prox Experience” si articola in tre moduli, che si distinguono per il tema e per i destinatari:

– *Social and technology*

È il primo modulo progettato che ha i seguenti obiettivi specifici:

- a) favorire la riflessione sulle dinamiche e sul significato dell’uso del web e delle tecnologie, con particolare riferimento agli impliciti comportamenti che sottostanno al loro utilizzo;
- b) accrescere la consapevolezza e stimolare uno sguardo critico sull’impatto che le tecnologie hanno nella vita, nelle relazioni quotidiane e nella cultura delle persone che ne fanno uso;
- c) creare spazi di confronto su opportunità e rischi dell’uso delle nuove tecnologie, con particolare riferimento all’uso della rete telematica, dei social networks, degli smartphone e dei *videogame*.

Destinatari sono gli studenti degli Istituti di scuola secondaria di primo grado. Tale modulo, negli ultimi anni è stato integrato con un progetto rivolto agli insegnanti della scuola secondaria di secondo grado, denominato Little Media, che ha molte affinità con il Progetto CCM “Rete senza fili” ed estende quindi le sue azioni a destinatari ancor più giovani.

– *Alcool and friends*

Questo modulo ha i seguenti obiettivi specifici:

- veicolare una corretta informazione sulla storia e sulla cultura dell’assunzione di bevande a contenuto alcolico, sulle caratteristiche della sostanza alcool, sui suoi effetti e sui tempi di assorbimento, con particolare riferimento ad eventuali mescolanze tra le diverse tipologie di bevande alcoliche e/o con altre sostanze psicoattive;
- sviluppare un senso critico rispetto al significato dell’uso di alcol, in relazione anche ai diversi contesti;
- accrescere la consapevolezza sui rischi derivanti dall’abuso di alcol e sugli aspetti legali inerenti ad eventuali comportamenti in stato di ebbrezza;
- favorire una riflessione sulla motivazione al bere alcolici e sugli aspetti emotivi coinvolti e sulle strategie che si possono adottare per sostenere la pressione del contesto (es. gruppo dei pari, situazioni aggreganti e ricreative).

Destinatari sono gli studenti degli Istituti di scuola secondaria di secondo grado.

– *Gambling and dreams*

Questo modulo ha i seguenti obiettivi specifici:

- fornire una corretta informazione sulla struttura *nascosta* dei giochi d’azzardo al fine di sviluppare un senso critico rispetto al gioco come prodotto commerciale;
- sviluppare la consapevolezza sugli aspetti dell’essere umano sui quali fanno leva i giochi d’azzardo per essere commercialmente appetibili ed agganciare le persone alla reiterazione dell’attività di gioco;
- favorire una riflessione consapevole sulle dinamiche dell’attività di gioco, sul significato della relazione con questo e sugli aspetti emotivi che ne vengono coinvolti.

Destinatari sono gli studenti degli Istituti di scuola secondaria di secondo grado.

Si riporta in Tabella 1, la sintesi degli interventi effettuati dal 2014.

**Tabella 1. Interventi di “Prox Experience” effettuati nella città di Torino dal 2014 al 2021**

Anno scolastico	Modulo	Classi	Destinatari
2014-2015	<i>Social and technology</i>	6	144
2015-2016	<i>Social and technology</i>	14	339
2016-2017	<i>Social and technology</i>	13	307
	<i>Alcool and friends</i>	8	198
2017-2018	<i>Social and technology</i>	22	528
	<i>Alcool and friends</i>	24	552
	<i>Gambling and dreams</i>	6	108
2018-2019	<i>Social and technology</i>	18	433
	<i>Alcool and friends</i>	23	496
	<i>Gambling and dreams</i>	5	96
2019-2020	<i>Social and technology</i>	16	352
	<i>Alcool and friends</i>	24	541
	<i>Gambling and dreams</i>	8	160
2020-2021	<i>Social and technology</i>	23	444
	<i>Alcool and friends</i>	24+2 gruppi peer	535
	<i>Gambling and dreams</i>	6	41

## Guardando al futuro

Il progetto di prevenzione di “Prox Experience” ha voluto valorizzare nella metodologia di intervento l’impegno attivo dei destinatari (apparato scolastico e allievi), che partecipano ad un percorso didattico in un luogo fuori della scuola, per acquisire conoscenze e competenze in tema di evitamento di condotte a rischio e acquisizione di comportamenti salutari. Il percorso didattico si realizza attraverso un’esperienza immersiva in uno spazio laboratoriale con stanze a tema, che consente di divertirsi, emozionarsi, conoscere e apprendere. A ciò si aggiunge, l’interazione con figure adulte che interagiscono con i ragazzi stimolando la riflessione in un clima di ascolto e confronto.

L’efficacia della metodologia di “Prox Experience” ha trovato riscontro anche in una versione modificata del progetto, in remoto, realizzata nei mesi del lockdown del 2020 e delle successive restrizioni degli incontri per la pandemia legata alla diffusione del virus SARS CoV-2. Tale versione ha mantenuto le caratteristiche di immersività e interazione con i destinatari, attraverso l’uso di applicazioni dedicate che rendono i ragazzi soggetti attivi e non ricettori passivi delle informazioni.

“Prox Experience”, nato come progetto nel 2014 nell’ambito del Piano Locale delle Dipendenze del Dipartimento Dipendenze dell’ASL Città di Torino, ha trovato una sua riproposizione negli anni successivi, sia pure con opportuni aggiornamenti e innovazioni. Esso è diventato parte fissa delle attività di prevenzione del Piano Locale delle Dipendenze del Dipartimento ed è previsto il suo proseguimento anche negli anni 2022 e 2023.

Le numerose richieste delle scuole di interventi di prevenzione relativi all’uso problematico delle nuove tecnologie, costituiscono un indicatore del diffuso bisogno di azioni educative e di implementazione delle abilità dell’uso di strumenti tecnologici. Se da una parte risulta fondamentale sviluppare interventi di promozione di comportamenti sani, è altrettanto importante intercettare precocemente i primi segnali di insorgenza di disagio collegati ad un uso disfunzionale delle nuove tecnologie per mettere in atto adeguati trattamenti. La presenza all’interno del Centro di Promozione della Salute di professionisti con esperienza clinica nelle dipendenze comportamentali, può consentire di sviluppare utili sinergie con i Centri di trattamento, riguardo alla conoscenza dei fenomeni clinici e all’orientamento ai Servizi di cura.

## UNITÀ OPERATIVA AULSS 7 PEDEMONTANA: VILLA CÀ DOTTA

Giorgio Dal Santo, Laura Brusaterra

*Servizio di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e promozione della salute, Azienda  
Unità Locale Socio-Sanitaria 7 Pedemontana, Regione Veneto, Sarcedo (VI)*

### Cos'è Villa Cà Dotta?

La Regione del Veneto e l'Azienda Unità Locale Socio Sanitaria (AULSS) 7 Pedemontana hanno avviato dal 2009 dei percorsi di promozione degli stili di vita sani che si sono concretizzati nei laboratori di prevenzione di Ca' Dotta ([www.cadotta.it](http://www.cadotta.it)), inseriti nei Piano Regionale della Prevenzione 2014-19 e 2020-25 tra i programmi trasversali per più piani e programmi come attività raccomandata alle scuole per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili.

I laboratori costituiscono un programma di prevenzione rivolto agli studenti delle scuole primarie, secondarie di primo e di secondo grado del Veneto. La scelta di questo target è avallata dagli studi effettuati in letteratura, dove si evidenzia la necessità di lavorare sul potenziamento delle così dette *life skill* o abilità di vita al fine di rafforzare nei bambini e nei giovanissimi queste competenze di vita che l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce fattori protettivi per la vita (Marmocchi *et al.*, 2004).

L'offerta a tutte le scuole del Veneto e la gratuità dell'accesso ai Laboratori testimoniano l'orientamento degli stessi verso la riduzione delle disuguaglianze in salute.

Villa Ca' Dotta è di proprietà del Comune di Sarcedo (VI), la AULSS 7 Pedemontana ha in essere una convenzione pluriennale. Il coordinamento delle prenotazioni delle classi target ai relativi laboratori, avviene tramite l'Unità Operativa di Prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e promozione della salute della AULSS 7 Pedemontana.

In ogni AULSS del Veneto è nominato un referente al programma del Piano Regionale della Prevenzione che si interfaccia con il Coordinatore dei laboratori di Ca' Dotta. Ad ogni AULSS viene garantita una quota di date parametrata all'anno precedente e normata da un regolamento di accesso.

Quotidianamente arrivano a Ca' Dotta massimo 60 studenti per mattina, vengono divisi in 4 gruppi, ognuno dei quali viene seguito da un operatore appositamente formato per i 4 laboratori previsti, il quale, attraverso specifiche tecniche di counseling motivazionale e aperture di dialogo, gestisce la relazione con gli adolescenti. Ogni laboratorio produce stimoli diversi (scientifici, cognitivi, emozionali) e dura circa 50 minuti per un totale di circa 4 ore.

Questa organizzazione permette alle scuole di inserire la visita a Ca' Dotta come uscita didattica. A questi laboratori sono associati dei momenti di formazione dedicati ai docenti delle scuole primarie e secondarie e ai genitori.

## Obiettivo

Promuovere corretti stili di vita per i giovanissimi e rendere i bambini e i ragazzi che frequentano il laboratorio consapevoli delle scelte di salute che possono adottare stimolando lo sviluppo di diverse *life skill*.

Questo percorso didattico utilizza modalità comunicative di forte impatto emozionale e si avvale di laboratori tematici che considerano diversi aspetti: informatico, scientifico, letterario, di analisi immaginativa, musicale, artistico/espressivo e psicologico.

Attraverso i laboratori non si mira a istruire o rieducare; quindi, si evitano le interpretazioni e gli atteggiamenti giudicanti, andando oltre ai consigli o imposizione delle proprie credenze, stimolando al contrario la condivisione di immagini significative e/o domande aperte. L'*Adolescente*, del resto, non rispecchia un profilo unitario, bensì un mondo multiforme, che proprio per questa variabilità necessita di linguaggi e stimoli diversi, in modo da poter stimolare "le corde" personali di ogni ragazzo. In sostanza ogni studente porta a casa quel che lo ha più colpito, può essere una informazione scientifica, un'immagine, una foto, una storia o un'emozione.

## Destinatari

Le attività dei laboratori sono rivolte a scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado della Regione del Veneto; nel dettaglio sono attivi 5 percorsi laboratoriali:

1. Laboratorio di promozione della corretta alimentazione. Target classi seconda della scuola primaria.
2. Laboratorio promozione della attività fisica. Target classi prime scuole secondarie di primo grado.
3. Laboratorio aumento consapevolezza sull'uso delle nuove tecnologie (Internet, videogiochi, *social*, smartphone, *fake news*, cyberbullismo). Target classi seconda scuola secondarie di primo grado.
4. Laboratorio prevenzione tabagismo giovanile. Target classi terza scuole secondarie di primo grado.
5. Laboratorio prevenzione uso e abuso di alcol. Target classi prime della scuola secondaria di secondo grado.

## Laboratori per uso consapevole delle nuove tecnologie

Nel corso del 2018 sono state messe le basi per sperimentare e proporre nel 2019 un nuovo percorso laboratoriale dedicato all'aumento della consapevolezza nell'uso di strumenti come smartphone, tablet, Internet, *social*, videogiochi, Whatsapp.

Nel febbraio del 2019 il laboratorio è stato sperimentato e presentato poi ai referenti del programma 1T3 del piano regionale della prevenzione.

Nel corso dell'anno scolastico 2019-2020, anno del suo debutto ufficiale dopo la sperimentazione, è stato prenotato da 2583 studenti pari al 19,5%.

Normalmente i laboratori in presenza sono organizzati in 4 laboratori di circa 4 ore complessive. I laboratori sono:

1. Laboratorio scientifico: si affrontano temi dedicati allo sviluppo del cervello, ai concetti di dipendenza e alla somministrazione di una *check list* sull'uso delle nuove tecnologie.
2. Laboratorio creativo: dedicato al *braing storming* e alla prevenzione del *cyberbullismo*, presentazione del manifesto della comunicazione non ostile.
3. Laboratorio *media education*: dedicato alla prevenzione delle *fake news* e delle *deepfake*.
4. Laboratorio immaginativo: dedicato ai video giochi e alle influenze degli stessi in contrapposizione di una attività di rilassamento. Attraverso bende cerebrali (utilizzando l'elettroencefalografo Muse) e una app si evidenziano su tablet il grafico delle onde cerebrali ottenute dalla attività di rilassamento.

Alle classi sono proposte delle semplici attività pre e post-intervento a carico dei docenti.

## Laboratori dal 22 febbraio 2020 e l'emergenza sanitaria COVID-19

Dopo il divieto di gite e uscite didattiche a causa dello stato di emergenza sanitaria legata alla diffusione del virus SARS-CoV-2 del 22 febbraio 2020, gli operatori di Cà Dotta si sono adoperati per rivedere le diverse linee guida laboratoriali confermando le buone prassi e aggiornando quanto necessario a livello di esperienze e contenuto.

Dopo questo primo momento, visto il prolungarsi del lockdown, sono stati predisposti nell'anno scolastico 2020-2021 dei laboratori online, da offrire alle scuole nel caso (poi verificatosi) che non potessero venire in presenza a Cà Dotta. I laboratori online sono fruibili sia dalla classe, sia dai singoli studenti che si collegano dal proprio domicilio.

Sono stati predisposti 4 laboratori online della durata di due ore con delle attività pre e post-intervento a carico delle scuole.

All'inizio dell'anno scolastico 2020-21 le prenotazioni delle scuole saturavano tutte le date a disposizione, poi le prenotazioni in presenza, sono state modificate in laboratori online.

A fine anno scolastico, hanno partecipato ai laboratori online circa 16.000 studenti così suddivisi:

- percorso di prevenzione del tabagismo giovanile 7365 studenti;
- percorso di prevenzione dell'uso e abuso di alcol 2177 studenti;
- percorso di promozione dell'attività fisica e benessere individuale 682 studenti;
- percorso sull'uso consapevole delle nuove tecnologie 5734 studenti.

Nel corso dell'attuale anno scolastico 2021-22 i percorsi laboratoriali dedicati all'uso consapevole delle nuove tecnologie continuano ad essere proposti in modalità online e sono stati prenotati da 247 classi pari a 6047 studenti (Tabella 1).

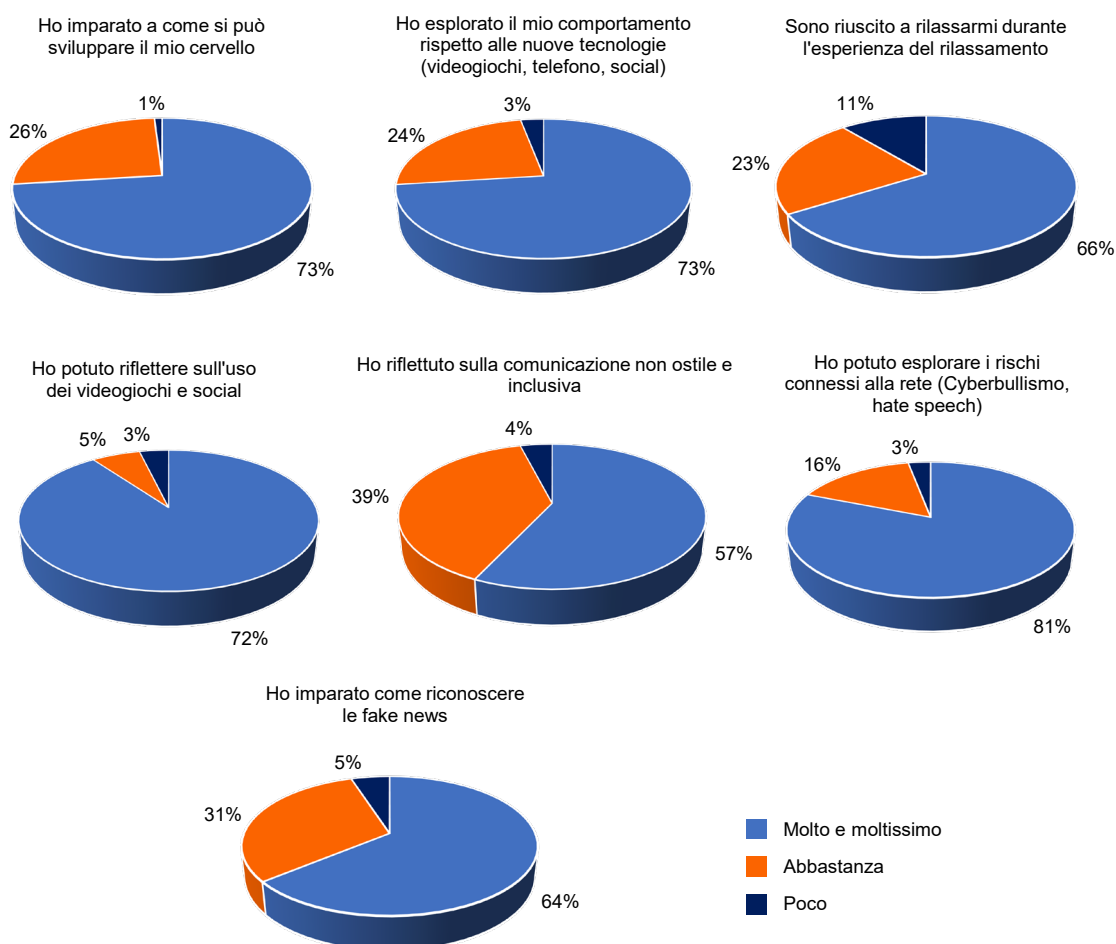
**Tabella 1. Frequenza degli studenti ai laboratori dedicati all'uso consapevole delle nuove tecnologie di Cà Dotta**

Anno	Classi	Studenti	Note
2019	9	207	sperimentazione
2019-2020	65	2853	attività in presenza
2020-2021	236	5734	attività online
2021-2022	247	6047	attività online
Totale	557	14841	

## Valutazione delle attività

Il primo laboratorio “esperienziale” attivato a Ca Dotta, denominato “Le Vie del Fumo”, è stato creato sulla linea scientifica progettuale e in collaborazione con la LILT di Reggio Emilia dove dal 2003 sono attivi laboratori analoghi (<https://www.luoghidiprevenzione.it/Home/>). Questi laboratori sono stati oggetto di valutazione scientifica di tipo retrospettivo randomizzato confrontando i questionari di 1500 studenti che avevano partecipato ai laboratori, con 1500 che non avevano partecipato ad attività laboratoriale, risultando scientificamente validi (Angelini *et al.*, 2013).

Dal 7 gennaio 2021 sono stati proposti in forma anonima dei questionari online da compilare dopo i Laboratori prevenzione tabagismo giovanile (<https://forms.gle/MMHtnZThqg413vge6>), i Laboratori nuove tecnologie (<https://forms.gle/i2Y7sXBFToBr1Piu7>) e i Laboratori prevenzione uso e abuso di alcol (<https://forms.gle/yr1aRemhcNPSBYkt6>), ai quali hanno risposto 980 studenti. Tutte le domande prevedevano 4 risposte: poco, abbastanza, molto, moltissimo. Si riportano in Figura 1 i risultati del questionario sui laboratori per l’uso consapevole delle nuove tecnologie.



**Figura 1. Principali risultati del questionario sui laboratori per l’uso consapevole delle nuove tecnologie somministrato online nel 2021**



## Prospettive e possibili sviluppi

Ca' Dotta è inserita in programmi di promozione della salute integrati con i progetti delle scuole. L'accesso delle varie classi a Ca' Dotta continuerà ad essere validato dai vari referenti aziendali delle AULSS anche al fine di garantire sempre di più un lavoro di continuità con attività di promozione della salute svolte a scuola.

Le attività pre e post-intervento fanno parte della consueta integrazione scuola – laboratori per garantire agli studenti il corretto sviluppo di *life skill* previsto nelle linee guida laboratoriali.

Il sito [www.cadotta.it](http://www.cadotta.it) si è dimostrato utile come contenitore di materiale dedicato alle scuole per le attività pre e post-intervento.

In futuro è probabile e auspicabile diventi anche banca dati per strumenti utili a docenti e operatori delle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto.

Altri sviluppi potrebbero essere:

- I laboratori online possono continuare a essere fruibili per quelle realtà scolastiche remote, tipo isole della laguna veneta o di valli del bellunese, in parallelo con i laboratori in presenza che continueranno a essere esperienziali.
- Pagina Facebook e/o Instagram con contenuti derivanti dalle attività laboratoriali e orientati alle buone scelte di salute.
- Attività di formazione rivolta alle famiglie e genitori di adolescenti
- Sostegno alla consueta attività di formazione rivolta a scuole e docenti.
- Attività di formazione rivolta a stakeholders quali allenatori sportivi o soggetti e associazioni che hanno a che fare con bambini e adolescenti.
- Attività di sostegno e integrazione ad attività volte alla promozione della salute nelle comunità e collettività.
- Attività di sostegno alle buone pratiche di salute sostenute dalle amministrazioni locali.

## Bibliografia

Angelini P, Faggiano F, Bosi S, Gorini G, Beltrami P, Tamelli M, Monti C, Allara E, Carreras G, Martini A, Storani S, Fride M, Finarelli AC. *Interventi di contrasto ai principali fattori di rischio in adolescenza: il programma "Paesaggi di Prevenzione" e la sua valutazione tramite uno studio controllato e randomizzato*. Paesaggi di prevenzione, 2013. Disponibile all'indirizzo: [https://www.luoghidiprevenzione.it/\\_Public/Files/Pagine\\_PaesaggiDiPrevenzione/2013-02-22\\_PdP\\_report\\_baseline.pdf](https://www.luoghidiprevenzione.it/_Public/Files/Pagine_PaesaggiDiPrevenzione/2013-02-22_PdP_report_baseline.pdf); ultima consultazione 26/01/2022.

Marmocchi P, Dall'Aglio C, Zannini M. *Educare le life skills. Come promuovere le abilità psico-sociali e affettive secondo l'organizzazione Mondiale della Sanità*. Trento: Eickson; 2004.

## UNITÀ OPERATIVA USL TOSCANA NORD-OVEST: INTERVENTI DI SISTEMA INTEGRATI

Guido Intaschi

Azienda USL Toscana Nord-Ovest. Regione Toscana

La rivoluzione dell'era digitale – definita da Luciano Floridi (2017) *quarta rivoluzione*, dopo quelle di Copernico, Darwin e Freud – ha coinvolto la società in ogni aspetto della vita, forzando cambiamenti repentini negli stili e ritmi di vita e portando con sé aspetti positivi e criticità, soprattutto nella sfera relazionale.

Oggi che Internet è un tessuto connettivo che collega quasi tutti e tutto sul pianeta, sostenere che si tratti di uno strumento capace di democratizzare gli aspetti positivi dell'umanità e disgregare quelli negativi, creando un mondo più aperto e paritario, secondo molti esperti, è una falsa promessa alla luce del persistente digital divide e dell'insufficienza di regole riguardo a problemi come *fake news*, *hate speech*, *cyberbullismo*. L'educazione civica digitale è una risposta necessaria al cambiamento culturale derivante dall'invasione delle nuove tecnologie per formare un'utenza consapevole del web e sviluppare una piena cittadinanza digitale a partire dagli studenti nelle scuole primarie e secondarie. La scuola diventa fulcro di questo cambiamento rivedendo il proprio modo di svolgere le lezioni, vedi l'esperienza della didattica a distanza a causa della pandemia. Soprattutto si rivolge ad alunni che sono definiti nativi digitali e che hanno impresso nella propria mente esperienze completamente diverse dai propri genitori e nonni e anche dagli stessi insegnanti. I giovanissimi hanno spesso abilità di utilizzo delle nuove tecnologie e del web superiori agli adulti, possiedono un linguaggio multimediale completamente nuovo e diverso dallo stile narrativo temporale degli adulti. Tuttavia, ai giovani alunni mancano spazi di elaborazione in cui poter rivisitare e dare senso alle proprie esperienze sociali svolte in rete. Il progetto "Rete senza fili" nelle 4 zone coinvolte dell'Azienda USL (Unità Sanitaria Locale) Toscana Nord-Ovest ha cercato di dare, nonostante le restrizioni legate alla pandemia, una risposta a questo gap offrendo interventi di sistema integrati: mondo della scuola, della sanità e famiglie, uniti per un patto di salute e di promozione di sani stili di vita dei ragazzi. Il progetto svolge un'azione di stimolo per fare acquisire ai docenti (risultano già formati un centinaio di insegnanti) maggiori competenze per potenziare le abilità di vita degli alunni (risultano già coinvolte 25 classi delle scuole primarie). Le azioni progettuali prevedono, inoltre, interventi di informazione e sensibilizzazione della comunità (risultano già svolti una trentina di incontri nelle 4 zone dell'Azienda USL Toscana Nord-Ovest che hanno coinvolto centinaia di cittadini e in particolare genitori e nonni degli studenti).

La dipendenza da nuove tecnologie pone inoltre nuove sfide agli operatori dei servizi sociosanitari per offrire una risposta quanto più possibile adeguata, per la nuova utenza che sempre più frequentemente chiede aiuto per uso problematico di Internet.

Da un lato le dipendenze da nuove tecnologie colpiscono prevalentemente la fascia della popolazione adolescenziale e giovanile, chiamando inevitabilmente in causa soprattutto i servizi di neuropsichiatria infantile. Il tipo di comportamento problematico ricalca dall'altro lato le caratteristiche delle dipendenze comportamentali come il gioco d'azzardo, e quelle da sostanze psicoattive, che richiedono, per il loro trattamento la professionalità specialistica di chi si occupa da anni di addiction, e quindi i Servizi per le dipendenze patologiche.

Da questa constatazione nasce nella realtà territoriale versiliese, la volontà di sperimentare una nuova collaborazione tra questi servizi sanitari.

Spesso si pensa al digitale e ad Internet come ad un unicum indistinto di cose inutili e rischiose ma, in realtà, gli usi che se ne possono fare sono molteplici e ci dicono molto sul paziente e sulla gravità della sua condizione.

La crescente diffusione della rete e dei nuovi *media personal*, divenuti vere e proprie protesi sociali, hanno un ruolo sempre più invasivo nel determinare le scelte degli individui (soprattutto nei cosiddetti nativi digitali) e lanciano alla prevenzione una sfida nuova. L'educazione e la didattica comportano sempre più l'uso delle rappresentazioni medialità (*media education*) come "spazio e opportunità per leggere in anticipo le linee di tendenza, avvertire i fenomeni nel loro darsi, intuire strategie efficaci per evitare certi effetti" (Rivoltella, 2012). La portabilità, la multimedialità e la facile autorialità di questi media incidono in profondità sulle pratiche di consumo delle giovani generazioni, problematizzando il compito della famiglia e della scuola. Come riporta Rivoltella:

"È assodato che i media digitali e sociali sono una dimensione della nostra esistenza. Se lo capiamo, capiamo anche che non sono né meravigliosi né temibili, capiamo l'importanza di un'educazione che insegni a sfruttarli al meglio" (Rivoltella, 2015).

I media stanno modificando completamente il significato e le forme della partecipazione inserendo i soggetti al centro di reti che li pluricollocano attraverso i *social network*.

"Ecco allora l'importanza di costruire comunità attraverso la tecnologia, massimizzando quello che la tecnologia consente dal punto di vista della (ri)costruzione dei legami e minimizzando quello che invece potrebbe allentarli e dissolverli" (Rivoltella, 2021).

Anche secondo Matteo Lancini la compenetrazione tra virtuale e realtà quotidiana è presente nelle esperienze delle nuove generazioni fin dalla nascita. Il continuo intrecciarsi di azioni-comunicazioni mediate da Internet e incontri personali ha fatto sì che molti giovani, pur distinguendo l'esperienza filtrata dalla tecnologia da quella con il corpo, comprendano meglio di tanti adulti che la quotidianità è una, e in questa ci sono spazi di socializzazione virtuali che hanno sostituito gli spazi di socializzazione e di gioco spontanei, chiusi anche perché gli adulti hanno paura di esporre i figli a troppi rischi (Lancini, 2015). L'adolescente di oggi fragile e spavaldo (Pietropolli Charmet, 2009) vive nella nostra società complessa, caotica e in crisi, caratterizzata da "bulimia dei consumi e anoressia dei valori" (Maffei, 2014) ed è caratterizzato da un equilibrio emotivo fragile con sbilanciamento verso la ricerca immediata del piacere e poca lungimiranza per il futuro. Negli ultimi anni, la società è stata investita da un cambiamento epocale:

"Si è passati da una famiglia 'normativa', improntata sul senso di colpa e sulle regole, ad una 'affettiva', che spinge all'adultizzazione del bambino, assecondando i suoi talenti e promuovendone gli aspetti più espressivi e creativi" (Lancini, 2019).

Molti studi in letteratura evidenziano che ben il 35%-57% delle persone con sofferenze mentali medie e gravi non accede ai servizi per un trattamento adeguato (Colleoni, 2020). La salute mentale digitale (*Digital Mental Health*) potrebbe aiutare i giovani a ridurre la distanza dai servizi di cura (Fragilità) attraverso la creazione di un "ECOsistema di Cura online-offline" (Colleoni, 2020) per garantire una cura personalizzata, innovativa e non stigmatizzante. Il lavoro coordinato condiviso su alcuni casi specifici permette una presa in carico precoce e un intervento di tipo psico-educativo e psicoterapico finalizzato ad intercettare rapidamente bambini e ragazzi in situazione di rischio di dipendenza tecnologica o con già una diagnosi di questo tipo per offrire a loro e alle loro famiglie un adeguato sostegno. In tal senso è importante non solo un lavoro diretto sul bambino fin dall'inizio della rilevazione clinica, ma anche un intervento di empowerment dell'ambiente prossimale.

Oltre a momenti di formazione comune fra gli operatori dei servizi socio-sanitari (Servizi per le Dipendenze-Ser.D, Promozione Salute, Consultori, Salute Mentale Infanzia e Adolescenza) dell'Azienda USL Toscana NordOvest coinvolti nelle azioni progettuali di "Rete senza fili" è in corso di definizione un progetto sperimentale condiviso fra il Servizio Dipendenze e quello di Neuropsichiatria Infantile della Zona Versilia per l'inquadramento diagnostico, la presa in carico e il sostegno multidimensionale di adolescenti con uso problematico di Internet anche associato ad altre problematiche di salute mentale. Gli obiettivi di questa collaborazione sono:

1. supportare i bambini/adolescenti che in età evolutiva presentano una sintomatologia attribuibile a uso problematico/dipendenza da Internet con sintomatologia emotiva e comportamentale aggravata nel corso della pandemia COVID-19.
2. offrire alle famiglie in difficoltà un servizio qualificato che risponda alle esigenze e difficoltà dei propri bambini; diminuire il senso di inadeguatezza delle famiglie in cui sono presenti bambini con difficoltà.
3. ridurre la distanza tra persone e servizi e intercettare tempestivamente problematiche di salute mentale più gravi, facilitando la presa in carico precoce e la risoluzione tempestiva della sintomatologia.
4. fare un corretto inquadramento diagnostico evitando lo "sguardo iatrogeno" che può generare disagio in quanto polarizzato solo sui rischi/danni del digitale senza tenere in considerazione le sue opportunità specie per gli adolescenti.

## Bibliografia

- Floridi L. *La quarta rivoluzione. Come l'infosfera sta trasformando il mondo*. Milano: Ed. Cortina; 2017.
- Lancini M. *Adolescenti navigati. Come sostenere la crescita dei nativi digitali*. Trento: Ed. Erickson; 2015.
- Lancini M. *Il ritiro sociale negli adolescenti. La solitudine di una generazione iperconnessa*. Milano: Ed. Cortina; 2019.
- Maffei L. *Elogio della lentezza*. Bologna: Ed. Il Mulino; 2014.
- Pietropolli Charmet G. *Fragile e spavaldo. Ritratto dell'adolescente di oggi*. Bari: Ed. Laterza; 2008.
- Rivoltella PC. *La scala e il tempio. Metodi e strumenti per costruire comunità con le tecnologie*. Milano: Ed. Franco Angeli; 2021.
- Rivoltella PC. *Le virtù del digitale. Per un'etica dei media*. Brescia; Ed. Morcelliana; 2015.
- Rivoltella PC. *Neurodidattica. Insegnare al cervello che apprende*. Milano: Ed. Cortina; 2012.

**TERZA PARTE**  
**Esperienze regionali**



# REGIONE LIGURIA: IL CONTRIBUTO DI ASL3 GENOVESE PER LE DIPENDENZE

Cristiana Busso

*Servizio per le Dipendenze, ASL 3 Genovese, Regione Liguria, Genova*

## Gruppo Dipendenze Tecnologiche

Nell'ottobre 2017 si è costituito un Gruppo di lavoro specifico sulle Dipendenze Tecnologiche all'interno del Servizio per le Dipendenze del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze della Azienda Sanitaria Locale (ASL) 3 Genovese.

Questo Gruppo di lavoro si è originato dall'interesse per le tematiche da parte di molti operatori e le richieste di consulenza, sia in campo clinico che preventivo, di altri Servizi territoriali, degli Istituti scolastici e delle famiglie. È un gruppo interservizi e multiprofessionale, composto da 22 operatori (dicembre 2021). Sono rappresentate tutte le sei Strutture Semplici Distrettuali Ser.T (Servizi per le Tossicodipendenze) del territorio genovese (Distretti dall'8 al 13); sono presenti tutte le figure professionali; un membro del gruppo appartiene al privato sociale.

Gli operatori che fanno parte del Gruppo Dipendenze Tecnologiche svolgono anche la funzione di referenti all'interno dei loro servizi di appartenenza, in modo che in ogni parte della città ci siano operatori specializzati e dedicati a tali problematiche. Le riunioni del gruppo di lavoro hanno cadenza mensile.

La finalità prevalente è consolidare un pensiero competente, aggiornato e condivisibile sulle tematiche inerenti al rapporto con la tecnologia e la rete, con l'obiettivo di comprendere e approfondire le nuove normalità, i nuovi rischi e le nuove espressioni psicopatologiche, evitando sia la criminalizzazione della tecnologia sia la banalizzazione di certi fenomeni.

I settori di interesse sono: ricerca, formazione, prevenzione, trattamento, centrati soprattutto sul target adolescenti, giovani adulti e loro familiari in risposta alle richieste di aiuto più frequenti, ma sono ricomprese anche tutte le forme dipendenza tecnologica che possono riguardare anche la popolazione adulta: gioco d'azzardo online, trading compulsivo online, shopping compulsivo online, dipendenza da relazioni e sesso virtuale, ricerca eccessiva di informazioni in rete e altro.

## Settori operativi del gruppo

### Settore Ricerca

In questi anni il Gruppo ha collaborato con il Dipartimento di Scienze della Formazione (DISFOR) dell'Università di Genova per la realizzazione della Ricerca: "Dipendenza da Internet e benessere psicologico in giovani adulti liguri" sulla tipologia e frequenza dei comportamenti online dei giovani adulti e la relazione di questi con alcune caratteristiche di personalità. Hanno partecipato allo studio 661 studenti delle classi quinte di nove scuole superiori secondarie di Genova. La presentazione dei risultati è avvenuta presso il DISFOR il 6 febbraio 2019

([http://www.asl3.liguria.it/components/com\\_publiccompetitions/includes/download.php?id=12559:report-dipendenze-tecnologiche.pdf](http://www.asl3.liguria.it/components/com_publiccompetitions/includes/download.php?id=12559:report-dipendenze-tecnologiche.pdf)).

## Settore Formazione

Nel 2019 il Gruppo Dipendenze Tecnologiche ha svolto attività formative interne (con crediti ECM, Educazione Continua in Medicina) rivolte agli operatori del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze dell'ASL3 sul tema "Dipendenze tecnologiche: nuove normalità, nuovi rischi e nuove patologie nelle ultime generazioni"; inoltre, ha organizzato occasioni formative per rispondere alle richieste della popolazione, di insegnanti, di genitori.

Le richieste provenienti dal mondo della Scuola sono veicolate dagli operatori del Ser.T che, da anni, si occupano di prevenzione e sono in relazione con le figure dei docenti referenti per queste attività.

I seminari e i corsi organizzati hanno target differenziati: insegnanti di scuole secondarie di primo e secondo grado, insegnanti delle scuole di infanzia e primarie, genitori di bambini, preadolescenti, adolescenti.

Dal 2019 il Gruppo organizza annualmente un webinar sul tema: "Tecnologia: normalità o rischio per le nuove generazioni?" presentato a cura del Coordinatore del Gruppo al Salone dell'Orientamento ai Magazzini del Cotone del Porto Antico di Genova, Salone dedicato all'orientamento, alla formazione e al lavoro e rivolto agli studenti e alle loro famiglie.

La metodologia utilizzata nei corsi, nei seminari, nei webinar fa riferimento ai principi della *media education* e della *life skill education*, con costruzione di clip sempre aggiornate, sulla base degli stimoli del mondo della rete e dei media, al fine di promuovere una comunicazione immediata e partecipativa che lavora con il *sentire* della persona, suscitando emozioni e incrementando i processi di empowerment personali e sociali.

In alcuni corsi è previsto, dopo l'incontro seminariale, lo strumento del piccolo gruppo, a doppia conduzione, con l'utilizzo di stimoli che permettano ai partecipanti di lavorare sia razionalmente che emotivamente sulle tematiche proposte nello spazio/tempo dell'incontro di gruppo.

## Settore Prevenzione

Il Servizio per le Dipendenze della ASL 3 Genovese ha una lunga tradizione di buone prassi che prevedono la progettazione e realizzazione di interventi multimodali che coinvolgono target e contesti differenziati.

Nel campo delle Dipendenze Tecnologiche, proprio perché la tecnologia e la rete fanno parte del mondo dei bambini fin dalla loro nascita, è fondamentale che i programmi di prevenzione contemplino la famiglia e il contesto scolastico con particolare attenzione alle scuole primarie.

Il Gruppo Dipendenze Tecnologiche, quindi, fa riferimento a prassi consolidate in campo preventivo, ma considerando la specificità del tema.

I progetti realizzati rispetto all'esperienza in prevenzione con i genitori dei bambini, prassi consolidata dal 2009 nel Ser.T Distretto 13 del Levante Genovese, tengono conto delle linee guida (UNODC, 2009) che sottolineano l'importanza di avere come target gli adulti di riferimento e di intervenire precocemente. Tali attività hanno permesso di cogliere con anticipo i cambiamenti in atto nei nuovi stili educativi delle famiglie e hanno offerto nuove chiavi di lettura per quelle che sono le nuove problematiche e per il ruolo che la rete svolge sia nella normalità sia nella patologia.



L'attenzione al tema della tecnologia e dei possibili rischi si è concretizzata, fin dalla nascita del Gruppo Dipendenze Tecnologiche, in un'attività di prevenzione primaria rivolta ai genitori di bambini piccoli (2-10 anni).

Queste attività, realizzate in collaborazione con le strutture afferenti al privato sociale, propongono ai genitori uno spazio formativo (seminariale e in piccoli gruppi) per riflettere su come meglio accompagnare i propri figli, fin dai primi anni di vita, ad un buon rapporto con i dispositivi e la rete. L'accento è posto sull'importanza di osservare e riflettere per poter regolare e accompagnare (trasformare lo spazio di vigilanza ad uno spazio di relazione), ma soprattutto sull'importanza di comprendere meglio i significati e i bisogni che vengono messi in gioco attraverso l'uso di *social* e videogame:

- “A Tutti i Costi – Incomincio da... 3” propone un percorso formativo ai genitori di bambini dai 3 ai 10 anni con due linee di approfondimento; una centrata sugli aspetti relazionali e sui cambiamenti che sono avvenuti nella famiglia e nella società dove prevalgono sempre di più atteggiamenti narcisistici; l'altra legata al gioco d'azzardo e ai confini sempre più sfumati tra il mondo dei *social*, del *Gaming* e del *gambling*.
- “Riconoscersi attraverso la rete” ha come target docenti, studenti familiari, delle scuole secondarie di primo grado. Viene realizzata dagli operatori del Sert del Distretto 9 con la finalità, non solo di far acquisire conoscenze sufficienti sul tema delle trasformazioni tecnologiche e sociali, ma anche di far acquisire ai partecipanti competenze metodologiche e strumenti innovativi da utilizzarsi sia all'interno del gruppo-classe che nelle relazioni studenti-familiari-docenti.

Gli operatori del Gruppo Dipendenze Tecnologiche presentano, nell'ambito *Offerta formativa regionale in tema di salute (PRP 2020-2025)* all'Ufficio Scolastico Regionale le proposte progettuali sui temi della Rete. Inoltre, su richiesta del Tavolo Regionale (Programma Predefinito 04 Dipendenze) della Liguria sono state proposte dal Coordinatore Gruppo Dipendenze Tecnologiche delle Azioni per il Piano Regionale Prevenzione (2020-2025) mirate ad una sensibilizzazione specifica sul tema: “Tecnologia: normalità o rischio” e sugli stili educativi (target: docenti, genitori), anche per l'individuazione precoce di soggetti a rischio.

## Settore Trattamento

Le Istituzioni Scolastiche, i Servizi Sociali del Territorio, le Associazioni Genitori hanno segnalato un incremento di situazioni problematiche di dipendenza tecnologica o di rapporto disfunzionale con la rete e i dispositivi, che coinvolgono prevalentemente adolescenti, giovani adulti e i loro familiari.

Nell'ambito delle singole Strutture Semplici Sert si assiste a un progressivo aumento di richieste di aiuto, di consulenza o trattamento, provenienti dai genitori, da segnalazioni dei Servizi Sociali o da altri Servizi della ASL. Si osserva, anche, una graduale diminuzione dell'età dei casi segnalati a partire dalla fascia della preadolescenza (11-13 anni), con una netta prevalenza di soggetti maschi.

Le richieste di aiuto stanno aumentando anche in relazione al periodo di *lockdown*, alla didattica a distanza, ai cambiamenti di vita dovuti all'emergenza sanitaria in atto.

Il Gruppo Dipendenze Tecnologiche ha dedicato particolare attenzione all'accoglienza, alla lettura della domanda di aiuto, alla raccolta dei dati e delle informazioni, con lo scopo di una valutazione diagnostica sempre più accurata. Il Gruppo si confronta sui casi clinici, proponendosi di diventare il luogo privilegiato per un approfondimento e una riflessione strutturata.

L'attenzione al rapporto disfunzionale con la rete e la tecnologia permette di riscontrare problematiche di questa natura anche nell'ascolto e nel trattamento di casi di tossicodipendenza

o altre dipendenze, già in carico, non solo in soggetti giovani, ma anche adulti. Il Gruppo si sta confrontando sui diversi modelli di trattamento al fine di predisporre delle metodologie il più possibile condivise di presa in carico, tenuto conto anche delle risorse attuali dei Servizi.

Gli strumenti di cura utilizzati per tali problematiche sono: colloqui di accoglienza della domanda di aiuto e valutazione diagnostica del problema, interventi psicologici e psicoeducativi sia per la famiglia che per il ragazzo, interventi psicoterapici individuali e familiari, interventi domiciliari nel caso di adolescenti ritirati socialmente con lo scopo di valutare la situazione e creare un possibile aggancio, anche utilizzando videochiamate.

Qualora si ritenga necessario si coinvolgono nella presa in carico del caso anche altri Servizi che possono contribuire per le loro competenze (Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, Consultorio, Salute Mentale).

Pur essendo già buona prassi lavorare attraverso mini-équipe funzionali per le situazioni che coinvolgono più servizi, gli obiettivi futuri del Gruppo Dipendenze Tecnologiche riguardano la costruzione di una rete consolidata tra operatori di diversi Servizi quali Servizio Salute Mentale, Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza, Consultorio, Servizi Sociali del Territorio, al fine di favorire l'integrazione e la collaborazione su questa tipologia di casi.

## Bibliografia

UNODC. *United Nations Office on Drugs and Crime. Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention*. New York: United Nations Office on Drugs and Crime; 2009. Disponibile all'indirizzo: [https://www.unodc.org/pdf/youthnet/family%20based/FINAL\\_ENGLISH\\_version%20for%20PRINTING%20received%20120209.pdf](https://www.unodc.org/pdf/youthnet/family%20based/FINAL_ENGLISH_version%20for%20PRINTING%20received%20120209.pdf); ultima consultazione 21/02/2022.

# REGIONE MARCHE: UN LABORATORIO TERAPEUTICO DI VIDEOGIOCHI AD ANCONA

Rodolfo Maria Rabboni

*Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche, Area Vasta 2 Ancona, Regione Marche, Ancona*

## Quando il virtuale è una soluzione

In queste pagine sarà presentato un setting terapeutico alternativo per le problematiche legate ad un uso eccessivo della strumentazione digitale (videogiochi, chat, *social*, ecc.), come è proposto dall'équipe dell'Area Gioco Patologico del Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche (STDP) di Ancona.

Prima di discuterlo, è necessario soffermarsi su alcune riflessioni critiche, già a partire dal significato e dall'utilità di una diagnosi di dipendenza da Internet, indispensabili per comprendere l'orizzonte teorico-interpretativo entro cui sono formulate le azioni di cura del Servizio.

## Per approfondire la questione

Il ragionamento parte dall'idea che fornire una corretta comprensione dell'uso reiterato degli strumenti digitali in età evolutiva sia una questione piuttosto delicata, in primo luogo perché è riferita ad un comportamento che non si lascia facilmente inquadrare con i concetti tipici delle tradizionali dipendenze (tossicomania, alcolismo, abuso di farmaci). Una seconda difficoltà concerne il fatto che ci si indirizza ad un periodo di vita, l'adolescenza e la preadolescenza, che per sua natura è multiforme e variegato, dinamico ma anche caotico e sfuggente.

In più, considerando l'ampia diffusione e il forte investimento che proprio in tali età è riservato ai dispositivi elettronici, un'osservazione pacata serve, sin dall'inizio, per non cadere in un'ottica allarmistica e per non procedere con un intervento eminentemente pragmatico. Il desiderio di arginare la problematica non deve infatti far sfuggire agli occhi del clinico i motivi psichici profondi che la animano e la alimentano. Il rischio sarebbe costituito non solo dal restituire una visione solamente descrittiva del fenomeno, ma soprattutto dal non riuscire a sintonizzarsi con la sofferenza della persona che con questa modalità emerge.

Coerentemente occorre evitare di cedere a una prospettiva che mira ad includere ad ogni costo i vissuti e i comportamenti *fuori norma* in una determinata categoria diagnostica, pur provvisoria: questa è comunque sempre portatrice di una valenza patologizzante che inevitabilmente pesa sull'immagine che l'adolescente si va formando di sé e che può segnare il suo cammino di crescita.

Per continuare in questo sforzo critico, è necessario inoltre focalizzare anche la specificità delle condotte che stiamo indagando: queste, a differenza di quanto accade nelle tradizionali condotte di abuso, non hanno un oggetto concreto che deve essere introdotto nell'organismo per produrre effetti psicotropi. Qui, infatti, l'oggetto rimane sempre esterno e, in aggiunta, non è portatore di significati negativi condivisibili. Il videogioco, così come la frequentazione di una chat, è invece considerato come un'attività che fa parte del quotidiano di moltissimi adolescenti,

che è promossa come prodotto culturale e in grado di offrire potenzialità creative per la crescita e la socializzazione.

Come spiegare pertanto che una siffatta circostanza possa deragliare dal suo corso per divenire un'abitudine dai caratteri compulsivi, in cui è persa la dimensione della soddisfazione e del desiderio? In cui non si gioca più per piacere ma si continua a giocare malgrado il dispiacere?

Se nel caso delle tradizionali dipendenze il motivo dell'intossicazione chimica ha sicuramente un ruolo, sebbene non spieghi di per sé il dramma psichico della persona che diventa tossicomane, qui è ancora più chiaro che occorra passare dal piano immediatamente descrittivo a quello sottostante, alla ricerca della conflittualità psichica che l'adolescente sta vivendo.

Detto in altri termini, anche in questo caso è valido ciò che si verifica per tutte le condotte compulsive: che l'oggetto di cui si fa uso non è la causa della sofferenza, in quanto il suo ruolo è quello di spostarla su un altro piano (Valleur, 2003).

### **A proposito della formulazione di una diagnosi di dipendenza da Internet**

Alle considerazioni sopra esposte, se ne aggiunge un'altra ed è il principio per cui non si dovrebbe procedere ad una diagnosi di psicopatologia prima che sia concluso l'iter di crescita dell'individuo, che generalmente corrisponde al ventesimo/ventunesimo anno di età circa. Questo per i seguenti motivi:

1. perché non è completo il processo di maturazione neurofisiologica delle vie e delle aree del sistema nervoso deputate al controllo del comportamento e dell'azione impulsiva;
2. perché non è dato per concluso, secondo la visione attualmente vigente nel sistema socioculturale occidentale, il cammino di uscita dall'adolescenza da parte del soggetto, che pertanto non è ancora includibile nello status di adulto;
3. perché può accadere che la crisi adolescenziale a volte sfoci in manifestazioni abnormi e allarmanti, anche dal sapore "quasi psicotico" (Cahn, 1994) o "quasi perverso" (Marty, 2001), che non necessariamente si strutturano in una psicopatologia a carico del comportamento o dell'identità, ma che progressivamente, nel corso della crescita, si riducono di intensità fino a scomparire;
4. perché in questo modo si rischia di colludere con la richiesta, più o meno implicita, del genitore, il quale, nell'urgenza di trovare un nome alla situazione critica del figlio e intimorito da una lettura psicologica che possa coinvolgerlo, preferisce proiettivamente trovare una causa completamente esterna al piano psichico e relazionale;
5. perché non è così immediato, soprattutto a quell'età, riuscire a distinguere in termini clinici una condotta di dipendenza (comportamento patologico) da una pratica eccessiva (comportamento problematico), oppure da una semplice passione che tanto può polarizzare l'interesse dell'adolescente;
6. perché infine l'insistenza sui danni prodotti dall'uso di uno strumento esterno perpetua l'idea dell'esistenza di un'entità demoniaca fuori dalla psiche, alla cui esposizione si rimane irrimediabilmente irretiti, spiegazione che conduce, di fatto, a deresponsabilizzare il suo stesso utilizzatore.

Se non si vuole dunque cadere in una logica per cui "l'oggetto maschera il soggetto" (Gaon, 2008), riteniamo necessario che, di fronte alla richiesta di un adolescente che si presenta ad una consultazione per un uso smodato dello strumento digitale, il clinico non proceda *tout-cours* alla definizione di una diagnosi di dipendenza da Internet. Dovrebbe primariamente mettersi invece in ascolto delle difficoltà vissute e percepite, i cui segnali possono sfuggire all'adolescente stesso.

Gli aspetti e i temi della condotta compulsiva, comunque da prendere in considerazione, gli serviranno, già dal primo colloquio, per provare ad entrare nell'esperienza soggettiva dell'altro,

condividerne le dinamiche profonde, fino a rintracciare eventuali bisogni difensivi a cui la condotta compulsiva stessa è chiamata a rispondere.

## I possibili significati di un gioco virtuale

Questo cambio di prospettiva induce a considerare dunque lo strumento digitale, prima che elemento di alienazione, un varco di accesso al mondo interno del giocatore.

Da tale angolazione, quello che si mette in scena con un videogioco (o con le altre attività compiute nell'ambito del virtuale) è definibile come la costruzione mentale di un soggetto che è in stretto dialogo con uno dispositivo elettronico, da cui riceve potenti stimolazioni sensoriali e verso cui proietta i suoi contenuti psichici. Grazie a questa "diade numerica" (Tisseron, 2009) si produrrà una *viva* realizzazione delle fantasie (e dei conflitti) su un supporto, lo schermo, che, a differenza di altri (un libro, un film) garantisce maggiori livelli di coinvolgimento, di dinamismo e di interazione.

Ed è proprio in virtù di questo aspetto paradossalmente allucinatorio che il gioco diviene una situazione estremamente realistica e appassionante. In più, con la partecipazione di altri membri del gruppo, la creazione si co-costruisce fino a divenire un'allucinazione condivisa, dai caratteri completamente opposti a quelli del contesto quotidiano.

All'interno dei confini di un pensiero oniroide, il virtuale richiederà pertanto un procedimento psichico che, più che sulla funzione cosciente, farà appello all'attivazione di processi primari, all'illusione di controllo magico dell'oggetto, alla capacità di de-concentramento dell'Io.

Proposto in questo modo, è riduttivo legare la passione per il virtuale esclusivamente all'evasione e al divertimento.

Deve essere valutata in primis, infatti, la valenza di terzietà dello strumento e dell'attività di gioco, grazie alla quale l'adolescente vede aprirsi davanti ai suoi occhi uno spazio personale e appartato, lontano dall'ingerenza delle figure genitoriali. In un periodo connotato dalla necessità di svincolo dagli antichi riferimenti familiari e dalla ricerca di una nuova definizione di sé, è di pregiudiziale importanza che l'adolescente possa muoversi in un territorio maggiormente libero, in cui l'intromissione dell'adulto progressivamente si ridimensiona.

Secondariamente è da sottolineare che un territorio siffatto si proporrà come luogo di ricerca e sperimentazione del nuovo assetto identitario. L'eventualità di presentarsi in una sessione di gioco o in una chat con differenti profili consentirà all'utente di vivere alternativamente gli emergenti stati del Sé, senza necessariamente passare per una loro aperta dichiarazione. Come nel palcoscenico di un teatro privato, dove l'attore diventa ora un personaggio ora un altro, il processo di individuazione ha modo così di realizzarsi, non sulla negazione delle immagini e delle fantasie che spingono dall'interno, ma su una costruzione articolata e più consapevole della sua personalità.

La dimensione descritta vale anche come occasione per mettersi alla prova rispetto a sentimenti ed emozioni (amicizia, affetto, rabbia, odio, ecc.) ancora caotici e non ben definiti, che assumono a questa età una complessità mai provata. Agirli attraverso un personaggio virtuale, in un contesto che non comporta conseguenze reali, può significare conoscerli e imparare a controllarli.

Seguendo questa logica interpretativa, l'attività ludica virtuale, nelle sue varie forme ricreative o marcatamente compulsive, diventa non solo lo specchio dello stato del processo di soggettivazione dell'adolescente (Cahn, 1998), del suo percorso evolutivo o del suo stallo, ma anche lo strumento di accesso al mondo interno.

Da questo punto di vista, diventa decisivo, come sopra si diceva, non rintracciare necessariamente in un eventuale uso eccessivo segni di patologia.

Immaginiamo la situazione di un adolescente che non compare nelle occasioni di interazione virtuale con le vere sembianze, ma insiste nel mostrarsi solo come entità verbale, oppure attraverso un avatar arricchito di attributi fisici, comportamentali o di temperamento differenti da quelli reali. Perché non ipotizzare che il cambiamento puberale lo abbia talmente sconvolto da non permettergli più di riconoscere una continuità in sé e da essere sormontato da sensi di inadeguatezza e di vergogna? Perché non pensare che allora la presenza virtuale sia l'unico modo che possieda per continuare a relazionarsi?

Immaginiamo anche un altro adolescente, nel mezzo della crisi del periodo, talmente confuso e pieno di contraddizioni da ritirarsi progressivamente dalla vita familiare, sociale e scolastica. Sarebbe pericolosissimo accettare di interpretare questa sequenza come conseguenza di un uso reiterato di videogiochi, esattamente come spesso ci viene detto dai genitori. Altrettanto deleterio, ai fini di una comprensione dello stato della sua angoscia, procedere con una diagnosi di dipendenza da Internet e suggerire l'immediata interruzione dell'abitudine.

Muovendosi all'opposto, il clinico potrebbe invece provare a sintonizzarsi con la scelta di quell'adolescente sottolineando che, più che di ritiro, egli abbia bisogno del sostegno psichico che trova nel pc, come fosse un *oggetto-sé* (Kohut, 1971). Se la metamorfosi puberale lo ha gettato in una condizione di passività e di estraniamento, il videogioco diviene l'unico ambito in cui riscoprire una nuova forma di iniziativa personale (identificandosi con un personaggio eroico e potente) e in cui trovare una fonte di rinforzo narcisistico (nel gruppo dei giocatori ha un'appartenenza ed è riconosciuto in un ruolo).

## Un laboratorio terapeutico di videogiochi

A seguito di una richiesta di consultazione da parte di un adolescente, il percorso di cura che l'équipe di Ancona propone si struttura secondo un modello di trattamento psicoterapeutico integrato.

Il primo intervento è una serie di colloqui clinici a scopo conoscitivo e valutativo, effettuato sia con l'adolescente sia con i familiari. Secondariamente, dopo la restituzione dell'osservazione e la formulazione di un progetto di intervento, segue l'avvio dell'attività psicoterapeutica, di orientamento psicodinamico, condotta in setting individuale o di gruppo. A fianco a questa, infine, è previsto uno spazio terapeutico per i genitori, inerente alle relazioni in famiglia e i legami che ognuno dei due ha con il proprio figlio.

Nell'affrontare il disagio degli adolescenti, nel tempo, si è notato che il canale verbale, classicamente impiegato nel contesto psicoterapeutico, non riesca sempre, a differenza di quanto accade con l'adulto, a rappresentare una via privilegiata: in alcuni casi, la riflessione su di sé da parte dell'adolescente è poco utilizzata o, comunque, può non suscitare particolare interesse obbiettivare a parole il racconto della propria vita; in altri ancora, il condividere con un adulto i propri pensieri può attivare fantasie di un nuovo controllo.

In coloro che hanno una smodata passione verso la strumentazione tecnologica si è riscontrato in aggiunta, soprattutto se l'abitudine è iniziata precocemente, una caratteristica alterazione del funzionamento psichico: l'incremento della capacità visuo-motoria e di problem solving non è accompagnata da un'analogica crescita di altre funzioni dell'Io (riflessione lenta e profonda, tendenza all'agire piuttosto che al mentalizzare) e dall'impiego di stati affettivi variegati e maturi (alfabetismo emotivo).

Per questi motivi nel processo di cura con l'adolescente si è pensato di affiancare, alla tradizionale attività dei colloqui psicologici, un laboratorio espressivo, in cui dare spazio ad altre modalità di manifestazione dei contenuti interni e di contatto con sé.

Come sappiamo l'introduzione di *medium terapeutici espressivi* (Milner, 1987), come l'arte, la danza, la musica, il teatro, non consentano soltanto di superare il limite della conoscenza e dell'impiego del linguaggio verbale, ma stimolano e attirano molto di più l'interesse dell'adolescente, notoriamente curioso e bisognoso di sempre nuove sollecitazioni da parte dell'ambiente.

Tra questi linguaggi alternativi oggi possiamo annoverare l'utilizzo dello strumento informatico e del gioco elettronico. Esattamente come per le attività creative sopra citate, anche l'oggetto virtuale mostra, infatti, di possedere sorprendenti dimensioni impiegabili in un setting psicoterapeutico: è sufficientemente poco strutturato, tanto da ricevere le proiezioni del suo utente; mostra la malleabilità giusta per una "concreta" azione di trasformazione; grazie all'interazione che si stabilisce con il giocatore, è in grado di restituire delle rappresentazioni con cui il giocatore stesso può identificarsi. In virtù di tali caratteristiche, il virtuale si propone pertanto a buon diritto come una *plastilina digitale* (Tisseron, 2009).

Se i contenuti del gioco virtuale sono oggi giorno frequenti in una psicoterapia, nel caso di condizioni di utilizzo eccessivo o problematico del videogioco costituiscono, per quanto sopra detto, una valida alternativa non solo a livello di racconto. Il suo impiego, all'interno di un laboratorio terapeutico, rappresenterà dunque sia del materiale su cui riflettere e da interpretare, sia una nuova proposta tecnica e metodologica (Lespinasse e Perez, 1996; Leroux, 2009).

Del resto, si è visto che coinvolgere tali adolescenti in una simile iniziativa suscita immediata adesione. Con tutta probabilità, ai motivi accennati, si somma un'altra motivazione: il gioco elettronico (o lo strumento digitale) non è demonizzato e non viene messo al bando, come in genere accade in famiglia, dal momento che il terapeuta mostra di apprezzarlo comunque come una passione del paziente, come una parte importante del suo attuale mondo psichico, ludico e relazionale.

Una volta attivata, la conduzione dell'attività laboratoriale si indirizza verso alcune direttrici:

- sostenere lo sforzo dell'adolescente di mettere in parola e riflettere su quegli stati emotivi che la sessione di gioco stessa attiva (l'eccitazione, la tensione, la rabbia);
- dialogare su quegli aspetti dell'esperienza di sé che emergono (come nella creazione dell'avatar, nelle psicologie dei personaggi utilizzati, nella dinamica delle varie scene del gioco) al fine di favorirne l'integrazione nella personalità dell'adolescente;
- stimolare una forma di condivisione tra pari dell'esperienza, in modo da contrastare l'isolamento che regna nella propria stanza.

## Considerazioni conclusive

Il laboratorio terapeutico di videogiochi del STDP di Ancona è stato allestito per quelle condotte ludiche digitali disfunzionali. Il progetto nasce dall'idea di tentare un approccio con l'adolescente difficile avvicinandosi al suo stesso campo di interesse e confrontandosi con quella che rimane, nonostante tutto, una grande passione.

Incaricato di questo ruolo, la sua specificità non si esaurisce tuttavia in un'azione psicoeducativa per contrastare abitudini di gioco problematico o che sfociano in soluzioni altamente patologiche (gioco reiterato, associato a ritiro sociale e abbandono scolastico).

L'obiettivo si spinge infatti verso il territorio dell'*intervento psicoterapeutico mediato*. Attraverso il gioco, così come la tradizione psicoanalitica da Freud (Freud, 1920) e dalla Klein (Klein, 1932) ci ha insegnato, è possibile farsi condurre nel mondo interno del paziente, là dove si trovano i principali motivi di difficoltà a livello intrapsichico e relazionale.

Se il virtuale si mostra in condizioni sfavorevoli per la crescita psichica della persona (in maniera altamente difensiva, se non sotto forma di vera e propria alienazione), lo sforzo è quello di trasformarlo invece in un'occasione di soggettivazione. Al posto di un'attività compulsiva, bloccata in termini creativi ed evolutivi, che svolge esclusivamente una funzione di scarico della tensione interna, la conduzione terapeutica del laboratorio intende ripristinare la *valenza transizionale e trasformativa* dell'atto ludico (Tisseron, 2017).

In definitiva, nel laboratorio la manipolazione dell'oggetto virtuale permette all'individuo di riacquistare il potere di "giocare" dall'esterno con i contenuti della psiche. Nello specifico, le trasformazioni subite nella fase puberale e adolescenziale acquisiscono per questa via un nuovo significato, privato della connotazione traumatica, riconosciuto come parte legittima del Sé.

## Bibliografia

- Cahn R. *Adolescenza e follia*. Roma: Borla; 1994.
- Cahn R. *L'adolescente nella psicoanalisi*. Borla: Roma; 1998.
- Freud S. *Al di là del principio del piacere*. Bollati Boringhieri: Torino; 2013.
- Gaon T. Critique de la notion d'addiction au jeux vidéo. In Quaderni. MSH-Sapientia, n.67, 2008.
- Klein M. *La psicoanalisi dei bambini*. Martinelli: Firenze; 1969.
- Kohut H. *Narcisismo e analisi del Sé*. Bollati Boringhieri: Torino; 1971.
- Leroux Y. Le jeu vidéo comme support d'une relation thérapeutique. *Adolescence*, 2009; 273, 699-709.
- Lespinasse F, Perez J. Un atelier thérapeutique "jeu vidéo" en hopital de jour pour jeunes enfants. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1996; n. 9-10; pp. 501-506.
- Marty F. Potentialités pervers à l'adolescence. *Cliniques méditerranéennes*, 2001/1; n. 63; pp. 263- 279.
- Milner M. *La follia rimossa delle persone sane*. Borla: Roma; 1992.
- Tisseron S, Missonier S, Stora M. *Il bambino e il rischio del virtuale*. Borla: Roma; 2009.
- Tisseron S, Tordo F. *L'enfant, les robots et les écrans*. Paris: Dunot; 2017.
- Valleur M. *Les nouvelles formes d'addiction*. Paris: Ed. Flammarion; 2003.



## REGIONE PIEMONTE: LA STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE DIPENDENZE DA COMPORTAMENTI

Enrico Teta

*Azienda Sanitaria Locale Città di Torino, Regione Piemonte, Torino*

La Struttura Semplice Dipartimentale (SSD) Dipendenze da Comportamenti, articolazione organizzativa del Dipartimento Dipendenze dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) Città di Torino, è operativa dal 13/03/2019 in forza dell'attuazione dell'Atto Aziendale della medesima ASL. Il Servizio si occupa delle problematiche e delle patologie da dipendenza in cui la situazione problematica o l'oggetto della dipendenza è un uso inappropriato o un rapporto patologico con un comportamento o un'attività come il Disturbo da Gioco d'Azzardo, le Dipendenze Tecnologiche, lo Shopping Compulsivo, la *Sex Addiction* e altre. Nello specifico le attività correlate con le Dipendenze Tecnologiche erano iniziate alcuni anni prima, all'interno dei Servizi per le Dipendenze, come risposta ad una domanda crescente di interventi per la prevenzione a livello scolastico e di trattamenti ambulatoriali per la Dipendenza da Internet.

La costituzione della SSD Dipendenze da Comportamenti è stata quindi l'occasione per strutturare un luogo fisico e di pensiero che divenisse un polo di riferimento per la gestione dei disturbi connessi ad Internet e alle nuove tecnologie nelle loro varie declinazioni, unendo l'esperienza maturata nell'ambito del trattamento delle dipendenze da sostanze e da gioco d'azzardo, con le più recenti osservazioni e conoscenze nel campo delle dipendenze da nuove tecnologie.

La SSD Dipendenze da Comportamenti si avvale di una équipe multidisciplinare composta da psichiatra, psicologi, educatori professionali e assistenti sociali, per la presa in carico dei soggetti portatori del problema e delle loro famiglie. La multidisciplinarietà consente una complessiva valutazione delle situazioni problematiche, permettendo di tenere conto della specificità individuale insieme al contesto familiare e ambientale, che risulta di particolare importanza data la frequente giovane e minore età dei soggetti interessati.

In due anni di attività, abbiamo preso in carico 28 soggetti con 16 nuclei familiari. Il numero è di rilievo considerando la scarsa conoscenza del Servizio e la situazione pandemica che ha scoraggiato l'accesso ai servizi sanitari, considerazioni che appaiono plausibili visto che negli ultimi mesi le richieste di aiuto stanno aumentando esponenzialmente.

Riguardo alle fasce di età, gli utenti risultano così distribuiti: 15 (53,5%) hanno un'età inferiore a 18 anni, 7 (25,0%) hanno un'età compresa fra 18 e 30 anni, 6 (21,5%) hanno più di 30 anni. Riguardo al genere, 25 sono maschi e 3 femmine, con grande prevalenza quindi del genere maschile.

Nella maggioranza dei casi (60%) le situazioni che arrivano alla nostra osservazione con problematiche correlate all'uso di Internet, possono essere inquadrabili come condizioni di abuso dei mezzi tecnologici e/o della connessione ad Internet; in un minor numero di casi (40%) si hanno situazioni che rimandano ad uno stato con le caratteristiche della dipendenza con compromissione della salute psichica e fisica e conseguenze dannose in varie aree della vita.

Emerge quindi un campione significativo di soggetti in età adolescenziale in cui l'abuso/dipendenza dalle nuove tecnologie appare come un sintomo/disturbo legato alla fase di crescita, caratterizzata dalla separazione e individuazione dalla famiglia di origine e/o come luogo di *chillout* dalle dinamiche familiari e/o ambienti di vita disfunzionali e sofferenti. In altri casi l'abuso/dipendenza si configura come un disturbo primario prodotto da una incapacità di usare

gli strumenti tecnologici in modo appropriato e da un non riconoscimento delle implicazioni dannose, fino allo sviluppo di una relazione patologica di dipendenza. In altri casi ancora l'abuso/dipendenza da Internet sottende disturbi psicopatologici.

Le caratteristiche dell'utenza richiedono modalità di accoglienza e di trattamento flessibili, capaci di individuare i bisogni dei soggetti e dare risposte personalizzate, che facilitino il mantenimento dei contatti col Servizio e la costruzione di una relazione positiva con gli operatori.

In effetti i soggetti che si rivolgono al Servizio sono prevalentemente giovani, per lo più sollecitati e accompagnati dai genitori, allarmati dal progressivo scadimento dei profitti scolastici. Anche l'isolamento e la riduzione dei contatti sociali oppure manifestazioni di rabbia e aggressività quando invitati a ridurre l'uso dei mezzi tecnologici, possono costituire la spinta alla richiesta di aiuto al Servizio. Altre volte sono Servizi pubblici (Neuropsichiatria Infantile, Salute Mentale, Servizi Sociali, ecc.) o Enti del privato sociale, Associazioni che operano sul territorio che effettuano l'invio e con i quali si sta costruendo una rete che faciliti l'emersione del fenomeno e il suo trattamento.

L'iter di Accoglienza del Servizio prevede colloqui con lo psicologo e l'educatore professionale e, nel caso si sospettino problematiche psichiatriche, anche la valutazione dello psichiatra.

Il trattamento è variamente articolato a seconda della fase motivazionale e dei bisogni degli utenti. Si va dalle attività di gruppo sia per i portatori del problema/disturbo che per i familiari, ai percorsi individuali educativi, psicoterapeutici e psichiatrici, attività esperienziali e interventi di prevenzione in collaborazione con la rete territoriale.

Particolarmente delicata è la fase di valutazione del problema/disturbo, considerando che si tratta di fenomeni dai confini sfumati che riguardano attività e comportamenti diffusi in cui l'uso delle nuove tecnologie fa parte della vita quotidiana per motivi di lavoro, studio, comunicazione, socialità, ricreazionali, ecc. Un equilibrato e funzionale uso delle nuove tecnologie esprime quindi un "sano" processo di adattamento del cervello umano ai cambiamenti.

Quando allora l'uso delle nuove tecnologie diventa un problema o nelle situazioni più gravi una patologia? Possiamo dire che ci troviamo in una condizione di uso inappropriato delle nuove tecnologie o di dipendenza, quando il soggetto non riesce a gestire il rapporto con i mezzi tecnologici in modo rispondente agli obiettivi prefissi, con danni a vari aspetti della sua vita quali salute, lavoro, studio, relazioni interpersonali, tempo libero e riposo.

Non è pensabile arrivare ad una condizione di eliminazione di tali strumenti, per cui il lavoro terapeutico consiste nell'aiutare il soggetto ad acquisire consapevolezza del problema/disturbo e stimolare la motivazione ad un cambiamento del comportamento in modo che l'uso dei mezzi tecnologici sia inserito in uno stile di vita sano e armonico. L'abuso dei mezzi tecnologici genera delle alterazioni nel sistema della gratificazione, che necessita di un reset, affinché gradualmente riacquisti il suo corretto funzionamento. La diagnosi di abuso/dipendenza è necessaria per comprendere il livello di coinvolgimento del paziente e riconoscere eventuali comorbilità con altre patologie, per potere mettere in atto adeguate strategie di cura e riabilitazione.

L'osservazione e la ricerca sull'abuso/dipendenza da nuove tecnologie data da poco tempo, per cui è importante che il Servizio dedicato si doti di strumenti di monitoraggio della sua attività e dei risultati, per potere elaborare strategie di trattamento capaci di adattarsi e rispondere in modo efficace a problematiche poco conosciute e in evoluzione.

## REGIONE SICILIA: CENTRO DIPENDENZE SENZA SOSTANZE A PALERMO

Francesca Picone

*Dipartimento Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Azienda Sanitaria Provinciale Palermo, Palermo*

Il Centro Dipendenze Senza Sostanze (CeDiSS) della Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) di Palermo, inizialmente denominato Progetto GAP (da Gioco d'Azzardo Patologico, GAP), nasce ufficialmente nel 2006 (Delibera N.0453 del Direttore Generale dell'AUSL n. 6) come progetto del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, con la costituzione all'interno di un Servizio per le Tossicodipendenze (Ser.T) della città di Palermo, dell'Ambulatorio Specialistico Interdistrettuale per il Gioco d'Azzardo Patologico, avvalendosi di una équipe interdisciplinare già operante con successo da diversi anni presso lo stesso servizio.

Con il diffondersi di nuove forme di dipendenza, è sembrato necessario potenziare l'offerta terapeutica e le conoscenze scientifiche in merito ad un fenomeno, quello del gioco d'azzardo patologico, che ancora oggi appare in gran parte sommerso, anche per il timore e il senso di vergogna nei confronti di un comportamento che abitualmente è considerato un *vizio* e non una malattia che richiede cure specialistiche e che però via via, più di recente si è esteso per rispondere alle richieste riguardanti tutte le nuove dipendenze, in particolare quelle relative a comportamenti di abuso/dipendenza tecnologica.

In questa cornice, venne individuata successivamente nel 2012, una sede autonoma a Palermo, in grado di garantire adeguate condizioni di privacy e un contesto funzionale alla necessaria complessità e integrazione degli interventi. D'altra parte, l'ambulatorio rappresenta ormai un punto di riferimento per il trattamento del GAP nella Sicilia Occidentale e l'esperienza clinica dell'équipe, suffragata da una casistica ormai significativa anche a livello nazionale, riportata anche dagli organi di informazione, ha ricevuto importanti riconoscimenti, attraverso le pubblicazioni sulle riviste scientifiche del settore e la partecipazione a varie ricerche scientifiche e convegni specialistici. L'interesse suscitato per le attività dell'ambulatorio ha così permesso la realizzazione della giornata di studi *Il Gioco patologico: tra passione e dipendenza*, svoltosi a Palermo il 4 ottobre 2008, con la partecipazione di numerosi e importanti studiosi e ricercatori nazionali. Successivamente, nei mesi di maggio-giugno 2010, è stato anche attivato il 1° Corso di Formazione per amministratori ed esercenti, come intervento sperimentale per la promozione del gioco responsabile, nell'ambito del progetto nazionale *Il Gioco è una cosa seria*. Da qui, nel corso degli anni, sono partite numerose iniziative territoriali, in linea con i dettami dei Decreti Assessoriali sull'argomento e che a poco a poco si sono estese sempre più all'ambito delle dipendenze tecnologiche.

### Perchè un centro specialistico per le nuove dipendenze

Lo stesso GAP, riconosciuto dal DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*) come una dipendenza patologica, facente parte delle cosiddette *nuove dipendenze*, si è spostato sempre più spesso dalla forma reale e tradizionale alla forma virtuale, online. L'evidenza clinica inoltre, sottolinea come, nelle storie dei pazienti, le problematiche del

GAP si intreccino, confluendo spesso nel tempo, con quelle di altre forme di dipendenza, come lo shopping compulsivo o l'*Internet Addiction Disorder* (IAD). Quest'ultimo, nelle sue varie forme, oggi è diventato spesso rilevante, come testimoniano i dati degli ultimi anni all'interno del CeDiSS, che mostrano come siano aumentate sensibilmente le forme di problematiche di abuso/dipendenza tecnologica, riguardanti soprattutto la popolazione di giovanissimi, nel territorio della ASP di Palermo.

## Modello d'intervento e attività

Il modello d'intervento si avvale di un approccio integrato multidimensionale, che, a partire da una valutazione diagnostica complessa, si sforza di connettere:

- psichiatria e sistemica;
- psicopatologia e clinica;
- psicoterapia individuale, di coppia e familiare.

Gli interventi utilizzano un'ottica co-costruttiva, all'interno di un contesto collaborativo e conversazionale che tende ad includere al suo interno anche i familiari dei pazienti.

Le attività proposte dal CeDiSS sono:

- consulenza individuale e familiare sulle “nuove dipendenze”;
- valutazione psicologico-clinica e psichiatrica, con l'eventuale attivazione di un trattamento psicofarmacologico;
- presa in carico della famiglia gestione delle situazioni di crisi, anche attraverso una funzione di *tutoring* e l'offerta di consulenze legali;
- costruzione dei trattamenti integrati personalizzati e della rete di supporto;
- psicoterapia individuale, di coppia e familiare, rivolte alle “nuove dipendenze”;
- formazione di gruppi terapeutici e di sostegno ai familiari (in via di realizzazione);
- ricerca nell'ambito della valutazione clinica e dell'intervento riguardo i nuovi comportamenti di dipendenza. In questa cornice, inoltre, negli anni passati, è stata attivata una collaborazione con il Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile G. D'Alessandro e il Dottorato di Ricerca in “Neuroscienze e Disturbi del Comportamento” dell'Università degli Studi di Palermo;
- prevenzione nelle scuole del fenomeno delle nuove dipendenze, sia attraverso la promozione di una cultura relativa al gioco responsabile, per quanto riguarda il GAP, sia con l'ausilio di interventi di formazione/informazione, rivolti ad adolescenti e studenti delle scuole superiori, in generale per quanto riguarda oggi tutte le forme di dipendenza tecnologica.

## Équipe

È costituita da 4 operatori, provenienti dalle Unità Operative Semplici dei Servizi per le Dipendenze (Ser.D):

- 3 psicologi psicoterapeuti con una formazione sistemico-relazionale;
- 1 psichiatra, con competenze cliniche nel “GAP” e nella “doppia diagnosi”.

## REGIONE TOSCANA: PROGETTI DI PREVENZIONE PER PROMUOVERE STILI DI VITA SALUTARI

Guido Intaschi, Emanuele Palagi, Annamaria Badalotti

*Servizio per le Dipendenze, ASL Toscana Nord-Ovest Zona Versilia, Viareggio*

La Regione Toscana è da sempre impegnata in progetti di prevenzione universale e selettiva con azioni che hanno contribuito alla diffusione nella popolazione di vari messaggi riguardo alla promozione di stili di vita salutari e alla riduzione del rischio/danno legato a consumi di sostanze psicoattive e altri comportamenti problematici come la guida pericolosa.

Gli interventi di prevenzione, all'interno dei Servizi per le Dipendenze (Ser.D) della Toscana, riconoscono come protagonista privilegiato il mondo dell'adolescente e delle sue relazioni significative (famiglia, scuola, pari, ecc.) e partono dalla constatazione che tutte le sostanze, sia legali che illegali, sono sicuramente pericolose ma, d'altra parte, tutte le droghe hanno effetti piacevoli e seducenti agendo sui centri del nostro cervello che regolano la dimensione del piacere. Attivare percorsi di prevenzione rispetto a questi soggetti significa mettere in campo competenze specifiche di ascolto e di osservazione, capacità comunicative e relazionali ma anche "attivare" (conoscenza come "fuoco da accendere" secondo il modello maieutico *life skill*) relazioni significative che consentano di sperimentare una relazione di appartenenza nei vari ambiti di vita (scuola, tempo libero, lavoro, famiglia, sport), indispensabile perché possa svilupparsi quella gamma di abilità cognitive, emotive e relazionali di base necessaria ad una crescita equilibrata e alla capacità di fare scelte consapevoli.

Soprattutto per ciò che concerne il lavoro preventivo in Versilia solo negli ultimi anni si sono succeduti interessanti progetti con azioni integrate fra Ser.D e Dipartimenti di Prevenzione incentrati dapprima sul tema dell'abuso alcolico e dell'incidentalità stradale specie nei giovani (es. *Non la bevo, Ricreazione in via d'estinzione, Cresco Sicuro, + divertimento – alcol, Bevi sano e con gusto. Bevi analcolico, Guadagnare salute in 4 mosse, Insieme per la sicurezza, Divertirsi guadagnando salute* solo per citarne alcuni) a cui si sono affiancati poi interventi finalizzati alla prevenzione del consumo problematico delle nuove tecnologie e dell'insorgenza della dipendenza da Internet. La Regione Toscana ha, infatti, realizzato il progetto *Social Net Skill* nell'ambito del programma 2011 del Centro per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM). Questo progetto che ha previsto percorsi di promozione del benessere organizzativo nei contesti scolastici, del divertimento notturno e sui *social network*, attraverso la metodologia delle *life skills*, finalizzati alla promozione della salute, tramite la predisposizione di percorsi di intervento sul web e sul territorio, è stato coordinato dal Responsabile dell'Unità Funzionale del Ser.D della zona Versilia e dal curatore del sito web *substance.info* della Società della Salute di Firenze. In generale, *social net skill* ha contribuito alla creazione e condivisione di percorsi e interventi di prevenzione tra la Regione Toscana proponente e le sei regioni che hanno aderito al nuovo progetto: Emilia-Romagna, Liguria, Campania, Lombardia, Umbria e Puglia. La proposta innovativa è stata l'apertura sui *social network*, maggiormente utilizzati dagli adolescenti, di pagine e profili finalizzati all'intercettazione del disagio adolescenziale in aree quali l'affettività, la sessualità, le sostanze, l'alimentazione, per avviare percorsi di aiuto online e di prevenzione dei comportamenti a rischio, consumo di alcol, tabacco, sostanze con l'integrazione delle linee guida degli interventi portanti di *Divertirsi guadagnando salute*.

L'Unità Funzionale del Ser.D di Viareggio, in collaborazione con varie agenzie pubbliche e private, realizza e programma da tempo vari interventi nel campo della promozione della salute.

La strategia programmatica è quella di intervenire su fattori di rischio *modificabili* (come tabagismo e abuso alcolico), come evidenzia il documento del Ministero della Salute *Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari*, che prevede un approccio intersettoriale attraverso azioni condivise tra le istituzioni e i protagonisti della società civile e del mondo produttivo, partendo dalla constatazione che il successo della promozione della salute dipende in gran parte dalla capacità di mettere “in rete” le varie agenzie interessate.

In una società in trasformazione e con la diffusione dei nuovi media, nuove sfide coinvolgono oggi gli operatori del Ser.D e degli altri servizi sociosanitari impegnati nell’educazione civica digitale che è una risposta necessaria al cambiamento culturale derivante dall’invasione delle nuove tecnologie per formare un’utenza consapevole del web e sviluppare una piena cittadinanza digitale a partire dagli studenti nelle scuole primarie e secondarie.

Da questa consapevolezza nasce, nel 2019, l’adesione del Ser.D della Zona Versilia Azienda USL (Unità Sanitaria Locale) Toscana Nord-Ovest al Progetto CCM “Rete senza fili. Salute e Internet Addiction Disorder (IAD): tante connessioni possibili”.

La scuola diventa fulcro di questo cambiamento rivedendo il proprio modo di svolgere le lezioni, vedi l’esperienza della didattica a distanza a causa della pandemia. Soprattutto si rivolge ad alunni che sono definiti nativi digitali e che hanno impresso nella propria mente esperienze completamente diverse dai propri genitori e nonni e anche dagli stessi insegnanti. I giovanissimi hanno spesso abilità di utilizzo delle nuove tecnologie e del web superiori agli adulti, possiedono un linguaggio multimediale completamente nuovo e diverso dallo stile narrativo temporale degli adulti. Tuttavia, ai giovani alunni mancano spazi di elaborazione in cui poter rivisitare e dare senso alle proprie esperienze sociali svolte in Rete.

La dipendenza da nuove tecnologie pone inoltre nuove sfide agli operatori dei servizi sociosanitari per offrire una risposta di presa in carico multiprofessionale quanto più possibile adeguata, per la nuova utenza che sempre più frequentemente chiede aiuto per uso problematico di Internet. Gli smartphone sono stati la finestra sul mondo a cui ci siamo più affacciati specie durante la pandemia COVID-19. I *lockdown* hanno fatto registrare, da subito e ovunque, picchi di utilizzo di app e *social* mai visti prima. Ma tutta questa fame d’interazione virtuale può creare problemi fino ad una vera e propria dipendenza, soprattutto in un tempo come il nostro, provato dalla paura del contagio e dalle necessarie restrizioni come il distanziamento sociale che inducono e talvolta impongono l’utilizzo dei dispositivi multimediali tecnologici anche per la didattica o il telelavoro. E gli esiti possono essere pericolosi e creare disagi preoccupanti specialmente tra i giovani come il timore di essere tagliati fuori dalle reti sociali (cosiddetta FOMO, acronimo di *Fear Of Missing Out*) e come la paura di perdere o essere senza il proprio cellulare (cosiddetta *nomofobia*, letteralmente *no mobile phobia*) che genererebbe dei veri e propri stati di ansia e frustrazione al pari di qualsiasi altra fobia e sarebbe collegata alla paura di non sentirsi più in contatto con amici e familiari. Ecco allora che l’Azienda USL Toscana Nord-Ovest ha messo in campo in 4 zone (Versilia, Lucca, Apuane e Lunigiana – vale a dire il territorio provinciale di Lucca e Massa Carrara) il progetto “Rete senza fili” per dare una risposta, offrendo interventi di sistema integrati che coinvolgono il mondo della scuola, la sanità e le famiglie, tutti uniti per un patto di salute e di promozione di sani stili di vita dei ragazzi. L’obiettivo è quello di svolgere un’azione di stimolo per fare acquisire ai docenti e ai genitori maggiori competenze, per potenziare le abilità di vita agli alunni, fin già dalle scuole primarie. Sono stati coinvolti nell’iniziativa operatori che fanno parte del Ser.D e dei servizi di Educazione e promozione della salute, Neuropsichiatria Infantile e Consultorio adolescenti. Fondamentale inoltre è stata la collaborazione con l’Ufficio Scolastico Territoriale IX di Massa-Carrara e Lucca per il coinvolgimento e la formazione dei docenti (risultano già formati un centinaio di insegnanti e coinvolte 25 classi delle scuole primarie). Le azioni progettuali hanno previsto, inoltre, interventi di informazione e sensibilizzazione della comunità (risultano già svolti una trentina di incontri

nelle 4 zone dell'Azienda USL Toscana Nord-Ovest che hanno coinvolto centinaia di cittadini e in particolare genitori e nonni degli studenti) che hanno lo scopo principale di focalizzare l'attenzione sulla comprensione non solo dei fattori che determinano un uso problematico di Internet, ma anche su quelli che permettono di trasformarlo in un organo funzionale al raggiungimento degli obiettivi che caratterizzano le attività in cui quotidianamente siamo impegnati, sempre più consapevoli della continua interazione fra vita offline e vita online che ormai costituiscono una realtà ibrida (*ONLIFE*) nella quale tutti siamo immersi.

## REGIONE UMBRIA: UN SERVIZIO AZIENDALE PER IL TRATTAMENTO DEL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO A PERUGIA

Antonella Lucantoni, Glenda Carolina Perna

*Servizio Aziendale per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo patologico, Unità Sanitaria Locale Umbria 1, Perugia*

Il Servizio Aziendale per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo di Perugia è stato inaugurato il 27 settembre 2018, con DGR n. 1246 del 29 ottobre 2015 *Piano operativo per la prevenzione, il contrasto e la cura del gioco d'azzardo patologico*, grazie al quale sono stati stabiliti gli orientamenti fondamentali per la costruzione di un sistema di Servizi Sanitari specificamente dedicati all'accoglienza e alla presa in carico degli utenti con dipendenza da gioco d'azzardo e delle loro famiglie, a partire dalle esperienze già attive presso le Aziende Unità Sanitarie Locali (USL), ma dandogli una connotazione in termini di spazi e in termini di équipe multidisciplinare. Il servizio di Perugia attualmente si occupa anche di dipendenze comportamentali, quali dipendenze tecnologiche, shopping compulsivo, dipendenze da *gaming* e altre.

Al nostro servizio giungono sempre di più giovani che riferiscono problemi e risultano iperconnessi ai *social*, ipersensibili al giudizio degli altri, sempre con lo smartphone in mano. Queste peculiarità di comportamento, che sembrano caratteristiche prevalenti per alcune fasce di età anagrafica e per questo momento storico richiedono un trattamento specifico, ponendo la priorità di una riflessione rispetto a nuove modalità di accoglienza e di trattamento.

Attualmente il percorso diagnostico terapeutico prevede la fase dell'accoglienza, la fase di *assessment* e la definizione del Programma Terapeutico Individuale (PTI).

### Percorso diagnostico terapeutico

La fase dell'accoglienza costituisce il primo contatto dell'utente e/o del familiare con il servizio, dal quale prende avvio la relazione tra di essi; la qualità di questo primo impatto può condizionare in maniera positiva o negativa l'evoluzione del percorso successivo.

L'accesso al servizio è diretto, e non è condizionato al possesso di requisiti di alcun genere. Al primo accesso al servizio, con o senza appuntamento, prende avvio immediatamente la fase di accoglienza. Non si prevedono liste di attesa. Inoltre, data l'attuale fase pandemica mondiale, abbiamo potuto inserire nuove modalità di accoglienza con colloqui online o con videochiamate, per rispondere anche in maniera più tempestiva e di più facile accettazione da parte del ragazzo/a.

In uno sguardo futuro, queste modalità saranno sicuramente da stabilizzare e da strutturare in maniera più organica.

Segue poi la fase di *assessment*. La valutazione diagnostica multidimensionale, è volta ad avviare un'alleanza con l'utente e/o i familiari, a delineare il quadro dei bisogni e delle risorse della persona e della sua rete di relazioni, a comprendere in maniera approfondita il problema, a verificare l'eventuale compresenza di altri disturbi o patologie. Costituisce una base indispensabile per definire il progetto terapeutico appropriato a ciascuna situazione specifica e un punto di riferimento per il monitoraggio successivo del programma di trattamento.



Sulla base di un approccio multidisciplinare che coinvolge le diverse figure professionali dell'équipe, formata da psicologi, assistenti sociali, psichiatra e tecnico della riabilitazione psichiatrica, vengono raccolte informazioni rilevanti per l'inquadramento del caso, per il riconoscimento di eventuali comorbidità e per una valutazione del livello di gravità.

La valutazione clinica della dipendenza da Internet, specie in un'ottica evolutiva, dovrebbe riuscire a cogliere quanto Internet incida, positivamente o negativamente, sul bilancio evolutivo dell'adolescente, cercando di cogliere in che modo l'adolescente vive lo spazio virtuale, se come un rifugio protettivo dal confronto con il mondo esterno, o viceversa come una "palestra sociale" per sperimentarsi in vista del contatto e delle relazioni reali; o ancora come una prigione da cui diventa impossibile uscire.

A conclusione della fase di valutazione multidisciplinare, sulla base delle risultanze emerse, l'équipe del servizio definisce il Programma Terapeutico Individuale (PTI), integrato e personalizzato, che viene successivamente condiviso con l'utente e i suoi familiari.

## Programma Terapeutico Individuale

Il programma terapeutico individuale costituisce un unicum, entro cui i diversi interventi sono opportunamente integrati, anche qualora concorrano nella sua realizzazione servizi e soggetti diversi, avvalendosi anche di realtà presenti sul territorio. Possono essere proposti, a seconda di quanto emerso dalla valutazione, trattamenti individuali rivolti all'utente:

- colloqui motivazionali,
- colloqui di sostegno,
- psicoterapia individuale,
- trattamento farmacologico e colloqui di monitoraggio associati,
- programmi di accompagnamento,
- interventi di supporto sociale;

e/o, laddove il programma coinvolge i familiari o altre figure di riferimento:

- colloqui di sostegno e di monitoraggio con i familiari,
- psicoterapia di coppia e/o familiare,
- programmi di accompagnamento rivolti al nucleo familiare;

e/o interventi di gruppo:

- gruppi informativo-motivazionali, di sostegno,
- psicoterapia di gruppo,
- gruppi di auto mutuo aiuto;

e/o interventi rivolti ad eventuali comorbidità:

- trattamenti per forme di addiction concomitanti,
- terapie per patologie psichiatriche concomitanti.

Il trattamento di elezione per la fascia d'età giovanile è quello di gruppo, con programmi specifici che abbiano a che fare anche con gli stili di vita più in generale, permettendo all'utente di confrontarsi con i pari, in una comunicazione autentica. Spesso, infatti, i giovani comunicano soltanto attraverso una successione di messaggi, che non li costringono a far fronte ad un contraddittorio in tempo reale.

In una panoramica di insieme, all'interno dell'USL Umbria 1, sono attivi anche numerosi progetti facenti parte del servizio della Promozione della Salute, orientati proprio ai giovani e alla prevenzione nell'ambito delle dipendenze, come quelle comportamentali.

Nello specifico, *Progetto Unplugged* è un programma di prevenzione scolastica inserito dal Piano regionale dell'Umbria 2014-2018 degli interventi formativi (DGR 1293 del 12/11/2018),

rivolto alla prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive e a comportamenti assimilabili, come il gioco d'azzardo e dipendenze tecnologiche; elaborato da un gruppo di ricercatori europei, è coordinato in Italia dall'Osservatorio epidemiologico delle dipendenze del Piemonte in collaborazione con alcune università.

Sottoposto a valutazione, questo programma ha dimostrato la sua efficacia specialmente nel ritardare e prevenire la sperimentazione di sostanze piuttosto che nel promuovere la cessazione del consumo ed è quindi particolarmente indicato per le classi seconde e terze delle scuole secondarie di primo grado.

Il programma è basato sul modello dell'influenza sociale e utilizza un approccio interattivo; si associa ad altri progetti indirizzati alle scuole dell'infanzia, alle scuole primarie e alle secondarie di secondo grado, che propongono metodologie affini, con l'obiettivo di realizzare un percorso di promozione della salute esteso, in maniera continuativa, lungo tutto l'iter scolastico. Un gruppo di formatori locali, provenienti dalla rete dei servizi di promozione della salute e preparati precedentemente dai formatori dell'Osservatorio Epidemiologico piemontese, hanno realizzato in ciascun territorio distrettuale corsi di formazione rivolti agli insegnanti, che applicheranno poi il metodo nelle classi, con la supervisione dei formatori stessi.

## GLOSSARIO

**Adv:** abbreviazione di advertising, ossia pubblicità. Compare a volte nei post pubblicati sui social media a indicare che la persona sta pubblicizzando un prodotto

**Computer Gaming Addiction:** dipendenza dai videogiochi

**Cyberbullismo:** qualsiasi comportamento messo in atto attraverso i media elettronici o digitali da individui o gruppi che comunicano ripetutamente messaggi ostili o aggressivi volti a infliggere danno o disagio agli altri

**Cyberstalking:** l'atto di utilizzare molestie e denigrazioni ripetute e minacciose mirate a incutere paura

**Deep fake:** tecnica che sfrutta l'intelligenza artificiale per sovrapporre il volto di una persona ad un'altra ripresa in un video

**Device:** dispositivo elettronico; si dice in particolare di dispositivi e apparecchi ad alta tecnologia e di piccole dimensioni

**Dipendenza dalle relazioni virtuali (Cyber-Relational Addiction):** eccessiva tendenza ad instaurare rapporti d'amicizia o amorosi con persone conosciute in rete principalmente via chat, forum o social network

**Dipendenza dal sesso virtuale (Cybersexual Addiction):** uso compulsivo di siti dedicati alla pornografia e al sesso virtuale

**Doxing:** diffondere pubblicamente via Internet i dati personali e sensibili

**Facebook:** piattaforma web scritta in vari linguaggi di programmazione che consente agli utenti iscritti di postare foto, testi, commenti, video ecc.

**Fake news:** Locuzione inglese (lett. notizie false), che designa un'informazione in parte o del tutto non corrispondente al vero, divulgata intenzionalmente o meno attraverso il Web, i media o le tecnologie digitali di comunicazione, e caratterizzata da un'apparente plausibilità, quest'ultima alimentata da un sistema distorto di aspettative dell'opinione pubblica e da un'amplificazione dei pregiudizi che ne sono alla base, ciò che ne agevola la condivisione e la diffusione pur in assenza di una verifica delle fonti

**Flaming:** mandare messaggi online violenti e volgari mirati a suscitare battaglie verbali in un forum

**FOMO** ("fear of missing out"): paura di perdersi qualcosa, timore di essere tagliati fuori dalle reti sociali.

**Hate speech:** Espressione di odio rivolta, in presenza o tramite mezzi di comunicazione, contro individui o intere fasce di popolazione

**Hikikomori:** forma di ritiro sociale patologico o distacco sociale la cui caratteristica essenziale è l'isolamento fisico" nella propria casa

**Internet Addiction Disorder:** qualsiasi comportamento compulsivo correlato alla rete che provoca difficoltà nello svolgimento dell'attività lavorativa, nei rapporti affettivi, interferendo con lo svolgimento delle attività quotidiane

**Morphing:** tecnica che permette di trattare le immagini con un elaboratore, mutandole gradualmente da una forma iniziale ad una di arrivo, con un effetto di trasformazione del tutto credibile e naturale

**Net Compulsion:** coinvolgimento eccessivo e comportamenti compulsivi collegati a varie attività online quali il gioco d'azzardo, lo shopping compulsivo, i giochi di ruolo.

**Nomofobia** ("no mobile fobia": paura di rimanere senza connessione alla Rete da mobile, timore ossessivo di non essere raggiungibili al cellulare.

**Onlife:** Termine coniato da L. Floridi nel 2014 per indicare un vissuto ibrido di continua interazione tra realtà materiale e analogica e realtà virtuale dove l'uomo non distingue più tra online o offline

**Podcast:** File audio digitale distribuito attraverso Internet e fruibile su dispositivi tecnologici

**Reel:** Instagram Reels sono brevi video multi-clip, della durata di 15 secondi, in tutto e per tutto simili a quelli di TikTok

**Sexting:** termine che unisce la parola sesso e sms, consiste nell'invio messaggi elettronici con delle allusioni a sfondo erotico

**Shopping compulsivo online:** estrema preoccupazione per lo shopping e l'acquisto, impulsi all'acquisto vissuti come irresistibili e ricorrenti eccessi di acquisto disadattivi che portano a disagio e instabilità

**Social media:** servizi che danno la possibilità di condividere in Internet contenuti testuali, immagini, audio e video.

**Social challenges:** sfida online che prevede che un individuo si registri con uno smartphone o con una webcam, mentre completa una sfida per poi condividere la clip su diversi canali

**Social Media Addiction:** dipendenza comportamentale che si caratterizza per un bisogno incontrollabile di accedere ad informazioni o veicolare dei propri contenuti verso terzi, in una maniera talmente tanto compulsiva da compromettere gli altri ambiti di vita quotidiana

**Snapchat:** social network rappresentato dal logo "del fantasmino". La particolarità è la funzione della chat: una volta usciti dalla conversazione la chat scompare e non può essere in nessun modo recuperata. Da qui il nome "snap" (veloce) e il simbolo del "fantasmino".

**Sovraccarico cognitivo (Information Overload):** ricerca ossessiva di informazioni sul web

**Streaming:** trasmissione di dati audio/video riprodotti di volta in volta, senza attendere che questi siano arrivati completamente a destinazione. Consente quindi di guardare/ascoltare contenuti online, senza bisogno di scaricarli interamente sul proprio dispositivo. La parola deriva dall'inglese, to stream che significa letteralmente far fluire

**Tik tok:** *social network* che permette ai suoi utenti di realizzare video di breve durata. È possibile creare nuovi contenuti o reinterpretare delle scene di un film o di una serie tv imitando il proprio attore preferito

**Twitch:** piattaforma di *livestreaming*, dedicata principalmente allo streaming di videogiochi, di eventi e competizioni *eSports*. Più recentemente ha introdotto la categoria dedicata alla musica, una categoria "creative", destinata a quei canali principalmente interessati a opere artistiche e creative.

**Twitter:** servizio gratuito di *social network* e *microblogging*, grazie al quale gli iscritti possono inviare messaggi di testo lunghi al massimo 280 battute. Il nome deriva dal verbo inglese to tweet («cinguettare»).

**Tumblelog:** sito web, variante del blog, la cui caratteristica principale consiste nella brevità dei contenuti testuali arricchiti da altri elementi multimediali

**Tumblr:** piattaforma di *microblogging* e social networking che consente di creare un tumblelog offrendo la possibilità all'utenza di creare un blog dove postare contenuti multimediali.

**Youtube:** piattaforma web che consente la condivisione e visualizzazione in rete di contenuti multimediali (*video sharing*), quali per esempio videoclip, trailer, cortometraggi, notizie, live streaming, slideshow, video blog, brevi video originali, video didattici ecc. Gli utenti possono anche votare, aggiungere ai preferiti, segnalare e commentare i video.

*Serie Rapporti ISTISAN  
numero di marzo 2022, 2° Suppl.*

*Stampato in proprio  
Servizio Comunicazione Scientifica – Istituto Superiore di Sanità*

*Roma, marzo 2022*