



Ministero della Salute

Consiglio Superiore di Sanità

Sessione LIII (2022-2025)

Presidente: Prof. Franco Locatelli

Sezione I

**Pianificazione di sistema ed economica, Innovazione e ricerca,
sviluppo di nuovi modelli di servizio nel SSN**

Presidente: Prof. Paolo Vineis

Segretario tecnico: Dr. Stefano Moriconi

***“I disturbi da Addiction nelle dipendenze
non legate all’uso/abuso di sostanze”***

Coordinatore: Prof. Vincenzo Mastronardi

Co-coordinatori: Prof. Francesco Saverio Mennini

Prof. Stefano Vicari

12 ottobre 2022

INDICE

SOMMARIO ESECUTIVO.....	3
INTRODUZIONE.....	4
1. Addiction: il contesto generale	
1.1 Riconcettualizzazione della dipendenza come risultato di apprendimento.....	6
1.2 L'addiction come apprendimento maladattivo. I meccanismi neurocognitivi di base	10
1.3 Aspetti neurobiologici.....	12
2. I disturbi del comportamento	
2.1 Le "dipendenze comportamentali": un problema aperto.....	15
2.2 Classificazione delle addiction.....	17
2.2.1 La dipendenza generalizzata da Internet (GIA).....	17
2.2.2 Disturbo da gioco su internet (Internet gaming disorder IGD).....	24
2.2.3 Cybersex.....	25
2.2.4 Disturbo da shopping (buying-shopping disorder BSD).....	28
2.2.5 Dipendenze connesse ai disturbi del comportamento alimentare	29
a. <i>Disturbo evitante/restrittivo (e selettivo) dell'assunzione di cibo</i>	30
b. <i>L'anoressia nervosa</i>	31
c. <i>La bulimia</i>	33
d. <i>Disturbo da Alimentazione Incontrollata - Binge-Eating Disorder (BED)</i>	35
e. <i>Night Eating Syndrome</i>	35
f. <i>Co-morbilità</i>	36
g. <i>Pica e disturbo da ruminazione – Allotriofagia o Mericismo</i>	37
2.2.6 Dipendenza dal lavoro - <i>Workaholism</i>	39
2.2.7 Dipendenza da esercizio fisico - <i>Workout</i>	41
2.2.8 Dipendenza affettiva/tossicomania oggettuale (ricerca continuative e incessante di esperienze sentimentali e di stati di innamoramento).....	44
2.2.9 I giochi di ruolo - <i>MUD's</i>	47
3. Aspetti sanitari e sociali dell'Addiction	
3.1 La necessità di un approccio integrato socio-sanitario	52
3.2 I costi sociali e sanitari delle Addiction	54
3.3 Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità.....	60
4. Gli aspetti giuridici in ambito civile e penale	
Civile	
A. Le dipendenze comportamentali nel panorama civilistico	61
B. Effetti delle dipendenze comportamentali e tutele successive	63
i. Capacità di agire.....	63
ii. Incapacità naturale.....	67
iii. Licenziamento per giusta causa o incapacità di intendere e volere.....	68
iv. Invalidità del matrimonio e separazione.....	69
v. Sovraindebitamento.....	71
C. Tutela preventiva delle dipendenze comportamentali. Educazione al consumo e obblighi informativi: verso l'estensione dell'ambito oggettivo di applicazione del Codice del Consumo.....	73
Penale	
A. Le dipendenze riconosciute.....	77
B. Le c.d. nuove dipendenze.....	80
Gruppo di Lavoro "Addiction" CSS Sezione I.....	83

SOMMARIO ESECUTIVO

Storicamente già nel 1969, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) descrisse nel 16° Rapporto la dipendenza, ma in cinquant'anni i consumi di sostanze sono variati sia in termini di modalità di assunzione che di gamma di sostanze utilizzate al punto da rendere quella definizione insufficiente a rappresentare la complessità della situazione corrente, e si è giunti alla più recente definizione (10 Novembre 2019). Tuttavia, nonostante il tentativo di essere al passo con i tempi che ha visto l'adozione di diverse terminologie come "tossicodipendenza" ed ancor più recentemente "dipendenza patologica", che rappresenta il limite della definizione dell'OMS dato che considera dipendenze solo quelle legate a sostanze, con l'introduzione del sempre più utilizzato termine "addiction" si vuole tenere conto di quei comportamenti (gioco d'azzardo, videogiochi, internet, chat, sesso, shopping, esercizio fisico, cibo) che, se eccessivi, rappresentano una **"dipendenza patologica" classificata come "addiction"**. La caratteristica dell'addiction è che i soggetti che ne sono affetti hanno difficoltà a fare tesoro dalle deleterie conseguenze dei loro precedenti comportamenti privilegiando abitualmente certe abitudini, spesso quotidiane, a scapito di altre, perdendo centralità ed equilibrio.

Nel 2020, il Consiglio Superiore di Sanità, Sezione I, è stato chiamato ad esprimere un parere in relazione ad uno schema di decreto finalizzato all'estensione del sistema informativo nazionale dipendenze (SIND), fino ad oggi mirato esclusivamente alla tossico e all'alcoldipendenza, e, in particolare, in merito all'ampliamento del "concetto di dipendenza" così da poter includere anche le ulteriori alterazioni del comportamento che possano essere considerate e classificate come vere e proprie patologie anche alla luce anche del DPCM 12 gennaio 2017 *"Definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza"*, considerata la necessità di garantire interventi sanitari e socio-sanitari integrati da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per l'assistenza rivolta alle persone con dipendenze patologiche o con comportamenti a rischio di uso e di abuso di sostanze;

La Sezione I del CSS ha approvato il nuovo **"concetto di dipendenza"** elaborato da un Gruppo di lavoro *ad hoc*, e riportato nel parere espresso il 10 novembre 2020 come segue (in rosso le integrazioni/modifiche):

"condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo, una sostanza e/o uno specifico comportamento, caratterizzata da risposte psicofisiche che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza e/o di mettere in atto un determinato comportamento disfunzionale in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e di evitare il malessere della sua privazione".

Pertanto, proprio in considerazione dell'innovativo concetto di dipendenza, il CSS, avvalendosi della funzione propositiva finalizzata alla proposta di schemi, di norme e di provvedimenti per la tutela della salute pubblica (ai

sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, comma 1 d), ha promosso uno studio sui disturbi comportamentali correlati alla dipendenza non da abuso di sostanze considerando fondamentale approfondire tali aspetti ancora troppo sottostimati rispetto alla reale situazione sociale, che richiedono necessari interventi, attualmente soltanto indiretti, da parte del sistema sanitario.

Il CSS ritiene di porre in evidenza una serie di azioni specifiche, sotto forma di Raccomandazioni, finalizzate ad offrire soluzioni qualitativamente innovative adottabili nel nostro sistema sanitario.

INTRODUZIONE

Il termine inglese “*addiction*” rappresenta molto bene il rapporto che si crea, si struttura, si mantiene e si evolve nel tempo fra individuo/soggetto affetto e oggetto. Purtroppo, la traduzione italiana col termine di “dipendenza” non è altrettanto efficace. La lingua inglese opera un'importante distinzione tra i termini *addiction* e *dependence*, che in italiano sono invece tradotti con la stessa parola “dipendenza”, pur avendo significati molto diversi. Con *addiction* si vuole definire una condizione generale, in cui la dipendenza psicologica da una sostanza o da un oggetto spinge alla ricerca dell'oggetto stesso, senza il quale l'esistenza sembra priva di significato; con *dependence*, invece, si intende la dipendenza fisica e chimica, ovvero la condizione in cui l'organismo necessita di una determinata sostanza per funzionare e quindi la richiede.

Ancora oggi (specie in Italia) la percezione comune della pericolosità, del danno potenziale e del costo sociale dei comportamenti di abuso resta prioritariamente vincolata all'oggetto “sostanza” e il costrutto di addiction è riferito, all'origine, al “rapporto compulsivo e ad un attaccamento patologico a una sostanza psicoattiva”¹ mentre, in realtà, le più recenti evidenze scientifiche internazionali hanno ormai accertato che il rapporto patologico di dipendenza possa svilupparsi con le stesse dinamiche biologiche e caratteristiche fenomenologiche anche verso particolari tipologie di comportamento, che non implicano l'uso di sostanze psicoattive. In questo senso si parla di “dipendenze comportamentali”, ovvero di “*non-drug-related behavioral addictions*”. Possiamo dare per acquisito quindi che il costrutto di addiction non è di per sé unitario, ma comprende una molteplicità di caratteristiche, che ne rappresentano la complessità e la pervasività rispetto al funzionamento globale dell'individuo. Siamo di fronte ad una alterazione massiva del rapporto fra organismo e ambiente, mediata dall'impatto di stimoli specifici di diversa natura. La dimensione esperienziale di questo

¹ Biondi M. (2016). Compendio di Psichiatria e salute mentale. Alpes Italia, Roma.

processo di alterazione è caratterizzata principalmente da: sensazione di piacere, associata a perdita di controllo, preoccupazione, compulsione, interruzione o danneggiamento dei principali ambiti vitali (sociale, familiare e lavorativo), senso di colpa e ricadute croniche.¹ Altre caratteristiche fondamentali sono: persistenza (reiterazione e ripetitività) dei comportamenti di dipendenza nonostante le conseguenze negative (specie di natura psico-sociale), tolleranza, astinenza e craving.

La minore attenzione verso le dipendenze comportamentali può essere spiegata, almeno in parte, dalla difficoltà di rilevazione. Non esistono infatti esami fisici obiettivi in grado di rilevare la dipendenza comportamentale, al contrario di ciò che accade con le dipendenze da sostanze, la cui presenza nell'organismo è osservabile attraverso esami clinici (analisi del sangue, delle urine etc.) e segni neurocognitivi (ad es. eloquio disorganizzato, disturbi del contenuto e del flusso del pensiero, deficit di concentrazione, attenzione, memoria etc.).

Appare chiaro che l'ampliamento del costrutto di addiction sia la condizione necessaria per acquisire una nuova consapevolezza della rilevanza di forme alternative a quelle legate all'uso di sostanze, partendo proprio dagli elementi comuni alle diverse forme.

Tali elementi comuni riguardano sia la conformazione clinica di profili complessi/comorbidità (ovvero la dimensione della diagnosi psicopatologica), sia la dimensione della eziopatogenesi (Tabella 1).

Tipologia di dipendenza	Comorbidità	Fattori eziopatogenetici
Dipendenza da sostanze	Comorbidità con disturbi psichiatrici, quali: disturbi d'ansia, disturbo depressivo maggiore, ADHD, disturbo bipolare.	Evidenze rilevate da differenti linee di ricerca: epidemiologiche, modelli animali, di familiarità, di indagine clinica, di tipo genetico, di visualizzazione cerebrale (neuroimaging), di tipo neurobiologico.
Dipendenze comportamentali	<p>Tratti di personalità: antisociali, impulsività, ricerca della novità, ricerca di sensazioni forti.</p> <p>Nel caso delle dipendenze comportamentali si osserva inoltre comorbidità con dipendenze da sostanze e tra diverse dipendenze comportamentali.</p> <p><u>Sintesi</u>: si rileva esistenza di comorbidità fra dipendenze comportamentali e dipendenze da sostanze e di entrambe con altri disturbi psichiatrici.</p>	<p><u>Sintesi</u>: i circuiti neurali centrali (ad es. il Sistema della ricompensa-Reward System) e i neurotrasmettitori implicati (ad es. dopamina e serotonina) nei comportamenti di dipendenza sia da sostanze che comportamentali, sono per la gran parte gli stessi.</p>

Tabella 1: conformazione clinica di profili complessi/comorbidità (ovvero la dimensione della diagnosi psicopatologica) e dimensione della eziopatogenesi.

Un'importante ulteriore conferma del quadro rappresentato in tabella è data dalle osservazioni delle risposte ai trattamenti di tipo psicologico e soprattutto farmacologico dato che la ricerca ha dimostrato che gli stessi trattamenti utilizzati con effetti positivi per le dipendenze da sostanze, mostrano livelli di efficacia simili per le dipendenze comportamentali. Pertanto, la consapevolezza della natura essenzialmente neurobiologica dei meccanismi di dipendenza ha portato anche alla comprensione e alla valutazione differenziale dell'efficacia di terapie psicologiche, come ad esempio quelle di tipo comportamentale, anche attraverso studi di visualizzazione cerebrale (es. fMRI).²

1. ADDICTION: IL CONTESTO GENERALE

1.1 Riconcettualizzazione della dipendenza come risultato di apprendimento

Per comprendere le “nuove dipendenze” o “*new addiction*” è necessario aggiornare il concetto stesso di dipendenza. I vecchi modelli psicologici fondati sulla rilevanza delle dinamiche conflittuali intrapsichiche sono da considerarsi ormai superati e privi di affidabilità scientifica. Le principali acquisizioni sui meccanismi alla base della dipendenza derivano dagli studi sulle dipendenze da sostanze. Gli esiti di tali studi possono essere traslati, almeno in larga parte, alle forme comportamentali nella misura in cui si sono ormai rilevate caratteristiche comuni a livello genetico, neurobiologico e fenomenologico.

Queste similitudini sono state ampiamente documentate per alcuni specifici comportamenti, primo fra tutti quello di Gioco d'azzardo patologico (PG).^{2 3 4 5 6 7}

² Potenza MN, Balodis IM, Franco CA, Bullock S and Xu J, Chung T. (2013). Neurobiological Considerations in Understanding Behavioral Treatments for Pathological Gambling. *Psychology of Addictive Behaviors*; American Psychological Association 2013, Vol. 27, No. 2, 380–392.

³ Frascella J, Potenza MN, Brown LJ, & Childress AR. (2010). Shared brain vulnerabilities open the way for nonsubstance addictions: Carving addiction at a new joint? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1187, 294–315.

⁴ Leeman RF, & Potenza MN. (2012). Similarities and differences between pathological gambling and substance use disorders: A focus on impulsivity and compulsivity. *Psychopharmacology*, 219, 469–490.

⁵ Potenza MN. (2006). Should addictive disorders include non–substance related conditions? *Addiction*, 101, 142–151.

⁶ Potenza MN. (2008). The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: An overview and new findings. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series B: Biological Sciences*, 363, 3181–3189.

⁷ Grant JE, Black DW, Stein DJ, & Potenza MN. (2009). Clinical case discussion: Pathological gambling and nicotine dependence. *Journal of Addiction Medicine*, 3, 120–127.

In generale la dipendenza è “un disturbo cronico, recidivante nel quale il soggetto va incontro a fluttuazioni cicliche di uso sostenuto e compulsivo della sostanza (o del comportamento) e periodi di astinenza di durata variabile”.

La recidiva del comportamento di dipendenza si verifica tipicamente a dispetto di una cascata di conseguenze negative e proprio questo è l'aspetto chiave e, forse, quello più problematico sul piano psicosociale.⁸ Questa mancata considerazione delle conseguenze negative è considerata la caratteristica che riflette, almeno in parte, l'apprendimento associativo maladattivo, che si verifica in conseguenza all'esposizione alle proprietà di rinforzo delle sostanze (o dei comportamenti) da abuso.^{9 10 11} Possiamo affermare che i comportamenti di dipendenza da sostanze e di buona parte delle dipendenze comportamentali implicano il reclutamento e il coinvolgimento degli stessi circuiti neurali che sono coinvolti durante i processi normali di apprendimento e di memoria.¹² In ogni caso, ci sono evidenze che mostrano come le particolari proprietà di rinforzo dell'oggetto di abuso incrementino massivamente la rappresentazione del comportamento associato all'oggetto e l'associazione di tale comportamento con gli stimoli correlati. I normali processi di apprendimento coinvolgono specifici circuiti neurali, attraverso i quali stimoli particolari sono in grado di elicitare risposte comportamentali (azioni) altamente ripetitive e stereotipa.¹³ Queste azioni sono da considerarsi come habit-based (basate sull'abitudine) piuttosto che goal-directed (dirette ad uno scopo) e il costituirsi di tali circuiti consente una più efficiente selezione della risposta, liberando risorse cognitive necessarie per altri processi cognitivi. Il meccanismo in sé ha un'elevata efficacia adattiva. Queste “azioni abituali” sono, per propria natura, sotto il controllo di stimoli scatenanti/di innesco (“triggering stimuli”) piuttosto che dipendenti dagli esiti delle azioni stesse. In poche parole, ci troviamo davanti all'implementazione di risposte che sono esito di apprendimento mediato da plasticità¹⁴ dipendente dall'esperienza, in grado di modificare il comportamento indipendentemente dalla

⁸ APA (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

⁹ Ostlund SB, & Balleine BW. (2008). On habits and addiction: An associative analysis of compulsive drug seeking. *Drug Discovery Today: Disease Models*, 5: 235–245.

¹⁰ Balleine BW, & O'Doherty JP. (2010). Human and rodent homologies in action control: Corticostriatal determinants of goal-directed and habitual action. *Neuropsychopharmacology*, 35: 48–69.

¹¹ Belin D, Belin-Rauscent A, Murray JE, & Everitt BJ. (2013). Addiction: Failure of control over maladaptive incentive habits. *Current Opinions in Neurobiology*, 23: 564–572.

¹² Koob GF, & Volkow ND. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35: 217–238.

¹³ Dickinson A. (1985). Actions and habits: The development of behavioral autonomy. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Series B-Biological Sciences*, 308: 67–78.

¹⁴ Nel cervello dell'adolescente e dell'adulto la neuroplasticità coinvolge l'abilità del cervello di formare e riorganizzare le connessioni sinaptiche (detta plasticità sinaptica) e modularne l'eccitabilità in risposta all'esperienza o in seguito a un danno. Il processo di modificazione dei circuiti neurali è sempre in corso, considerato che i circuiti preesistenti sono continuamente rimodellati (funzionalmente e strutturalmente) dall'esperienza nel corso di tutta la vita.

coscienza. Esempi di questo tipo di apprendimento sono tipicamente: il condizionamento, l'apprendimento motorio e l'apprendimento percettivo. Nello specifico parliamo di apprendimento/condizionamento associativo, dove il comportamento è modificato dalla formazione di associazioni fra diversi eventi. Si tratta di forme di apprendimento che si verificano lentamente e con esposizione ripetuta/prolungata e risultano perciò particolarmente resistenti al decadimento/cambiamento e hanno una connotazione tipicamente predittiva (ovvero allo stimolo viene associata l'attesa di una qualche forma di reward che ne segue la presentazione). L'automatismo (indipendenza dalla coscienza) e la stabilità (resistenza alla soppressione) di questo tipo di associazioni apprese rendono particolarmente difficile la soppressione del comportamento, anche se questo conduce a conseguenze evidentemente negative. Questo meccanismo sarebbe alla base dei comportamenti di tipo drug-seeking e drug-taking e dunque della estrema difficoltà di interromperli ed eradicarli.

Ad aggravare questo problema è il fatto che l'esposizione ripetuta a droghe d'abuso (e alcuni comportamenti) determina e potenzia la "fiducia" sui circuiti di azione abituale e altera, a propria volta, i comportamenti di apprendimento associativo¹⁵ ¹⁶ Come McKim e Boettiger sintetizzano efficacemente: "... *addiction is appropriately considered a neurobehavioral disorder of maladaptive learning that results from chronic drug use*"¹⁷. Il cervello cambia con modificazioni dei circuiti neurali di tipo funzionale e strutturale, per adattarsi alle nuove associazioni apprese.

In sintesi, quindi, se fino a pochi decenni fa le dipendenze sono state considerate quelle legate all'uso/abuso di droghe e all'alcool va evidenziato, al contrario, che parallelamente si è assistito ad una "*entrata in scena*" di un altro gruppo di dipendenze, legate ad oggetti o comportamenti presenti nella vita quotidiana di tutti e che non hanno nulla a che vedere con l'abuso di sostanze e che sono identificabili nella dipendenza da sesso, Internet, shopping compulsivo, gioco d'azzardo, lavoro eccessivo, così come la ricerca continua e incessante di esperienze sentimentali e di stati di innamoramento, rappresentando un gruppo eterogeneo comunemente definito "dipendenze comportamentali" o "nuove dipendenze" o, ancora, "*new addiction*".¹⁸ Tutte appaiono come espressione di un disagio psichico profondo e di un malessere culturale vasto e pervasivo, richiamando la nostra attenzione sulla necessità di ascoltare e decodificare una domanda di aiuto che si esprime spesso con modalità paradossali. Sebbene infatti ogni forma di *addiction* sia caratterizzata da aspetti specifici, nel loro insieme invece

¹⁵ Belin-Rauscent A, Everitt BJ, & Belin D. (2012). Intrastratial shifts mediate the transition from drug-seeking actions to habits. *Biological Psychiatry*, 72: 343–345.

¹⁶ Hogarth L, Balleine BW, Corbit LH, & Killcross S. (2013). Associative learning mechanisms

¹⁷ McKim TH, Boettiger CA. (2015). Neurocognitive Mechanisms of Addiction Learning, Inhibitory Control, and Working Memory, in Wilson SJ. (2015). *The Wiley Handbook on the Cognitive Neuroscience of Addiction*. John Wiley & Sons, Ltd.

¹⁸ Caretti V., La Barbera D (2005) *Le dipendenze patologiche*. Clinica e psicopatologia, Milano: Raffaello Cortina Editore

sembrano manifestare un desiderio di fuga dalle difficoltà della vita quotidiana e un'incapacità a tollerare la sofferenza psichica che porta, a volte quasi consapevolmente, a rinunciare all'uso del pensiero critico e della riflessività a favore di uno stato soggettivo di piacere e in certi casi di euforia (cioè alterazioni dello stato di coscienza ordinario) messo in atto con modalità progressivamente più compulsive.

Le ricerche sulla dipendenza ritengono che esista un continuum che va dal normale al patologico, lungo il quale è possibile inserire i vari comportamenti: ad un estremo ci sono le dipendenze vere e proprie caratterizzate dai fenomeni di tolleranza, astinenza e craving, poi gli stati di dipendenza che riguardano sostanze, oggetti o comportamenti intenzionali, ma che non intaccano la cognitivtà, l'affettività e la volizione per poi arrivare all'altro estremo che include normali comportamenti che non hanno nulla a che fare con le caratteristiche proprie della dipendenza e che non sono assolutamente patologici quali ad esempio il desiderio di un bicchiere di vino o di una sigaretta dopo un pasto.

Leissur nel 1994 ha affermato che il soggetto mette in atto i comportamenti di dipendenza per far fronte ad una realtà dolorosa, si crea un'esperienze dissociativa che permette di uscire dalla dura realtà e per alleviare una condizione di disagio. Sono dunque fenomeni dissociativi, situati anche essi lungo un continuum che va dal normale al patologico. Tali esperienze di sottrazione del Sé dalla realtà sono stati definiti da Steiner "rifugi della mente"¹⁹ intendendo "i luoghi mentali ma anche i comportamenti ripetitivi, i riti e le abitudini personali, in cui ci si ritira quando si vuole sfuggire a una realtà insostenibile perché portatrice di angoscia. Questi rifugi della mente funzionano quindi come una medicazione dell'Io, di un Io che si sente danneggiato o in grave pericolo quando è posto di fronte alla necessità di affrontare il lutto e il dolore psichico collegato con la paura della perdita o con l'esperienza della perdita. Una particolare caratteristica dei rifugi della mente è la relazione con la realtà che non è né pienamente accettata né pienamente ripudiata: se l'allontanamento dalla realtà è parziale e temporaneo allora l'ambivalenza può non essere troppo grave, invece se l'allontanamento è prolungato o permanente sorgono problemi ed il soggetto può rifugiarsi in un mondo onirico o fantastico che trova preferibile al mondo reale e sorgono i comportamenti di dipendenza"¹⁹.

¹⁹ Steiner J. I rifugi della mente, 1993 – Editore Bollati-Beringhieri (traduzione 1996)

1.2 L'addiction come apprendimento maladattivo.²⁰ I meccanismi neurocognitivi di base

La automaticità assume valore adattivo attraverso la sua efficienza: risposte automatiche a stimoli familiari liberano risorse cognitive da applicare ad altre condizioni cognitivamente impegnative. Ad esempio, tali risorse sono necessarie nei contesti in cui le contingenze di risposta sono incerte a causa della novità o del cambiamento degli ambienti. In tali casi, la risposta ottimale deve essere adottata in modo adattivo e la flessibilità cognitiva è necessaria per consentire tale dinamica di risposta. Durante l'apprendimento iniziale, l'associazione tra stimoli e risposte è modellata da azioni di tipo goal-directed (dirette a un obiettivo) sulla base dei risultati contingenti delle risposte comportamentali (Balleine & Dickinson, 1998²¹). Tali risposte comportamentali sono inizialmente flessibili, il che consente alle persone di adattare il loro comportamento in conseguenza al cambiamento del valore dei risultati e al fine di massimizzare quelli positivi.

La pratica ripetuta facilita l'autonomia comportamentale, consentendo in ultima analisi la selezione della risposta comportamentale guidata da associazioni stimolo-risposta (SR), invece che da associazioni azione-risultato. Quindi i comportamenti SR (o abituali) non sono più sotto il controllo dell'obiettivo o del risultato della risposta e sono invece azioni fondate sullo stimolo (stimulus-bound actions).¹³ Questi comportamenti abituali più rigidi, in genere supportano un'interazione efficiente con l'ambiente. Tuttavia, anche tali azioni basate sull'abitudine possono essere alla base di modelli comportamentali patologici che sono difficili da cambiare/correggere. Nel contesto delle dipendenze questi meccanismi risultano promuovere proprio il consumo compulsivo di droghe e l'aumento della suscettibilità alle ricadute.

L'accoppiamento ripetuto fra certi stimoli e sostanza (o comportamento) conferisce agli stessi stimoli (prima neutri) la qualità di "salianza incentiva" (incentive salience) che consente loro di elicitare:

- il desiderio dell'oggetto (craving);
- il comportamento di ricerca (seeking);
- il comportamento di assunzione/azione.

L'apprendimento associativo è stato ampiamente investigato dalla ricerca sulle dipendenze da sostanze e recentemente esteso allo studio delle dipendenze comportamentali.

²⁰ McKim, Boettiger, Addiction as maladaptive learning, with a focus on habit learning - Dipendenza come apprendimento disadattivo, con particolare attenzione all'apprendimento delle abitudini. In SJ Wilson, Il manuale Wiley sulla neuroscienza cognitiva della dipendenza (pp. 3–28). Wiley Blackwell. 2015.

²¹ Balleine B.W. Dickinson A. Goal-directed instrumental action: contingency and incentive learning and their cortical substrates Neuropharmacology Volume 37, Issues 4–5, 5 April 1998, Pages 407-419

Per comprendere ancora meglio come gli stimoli gratificanti possano produrre un comportamento di ricerca, bisogna comprendere che la produzione di gratificazione da parte dei Sistemi di reward crea sempre una memorizzazione a cui corrisponde la produzione di circuiti neurali e modellamento cognitivo, su cui si basa l'apprendimento e la successiva ricerca di stimoli considerati gratificanti come indicato nel seguente Grafico 1.

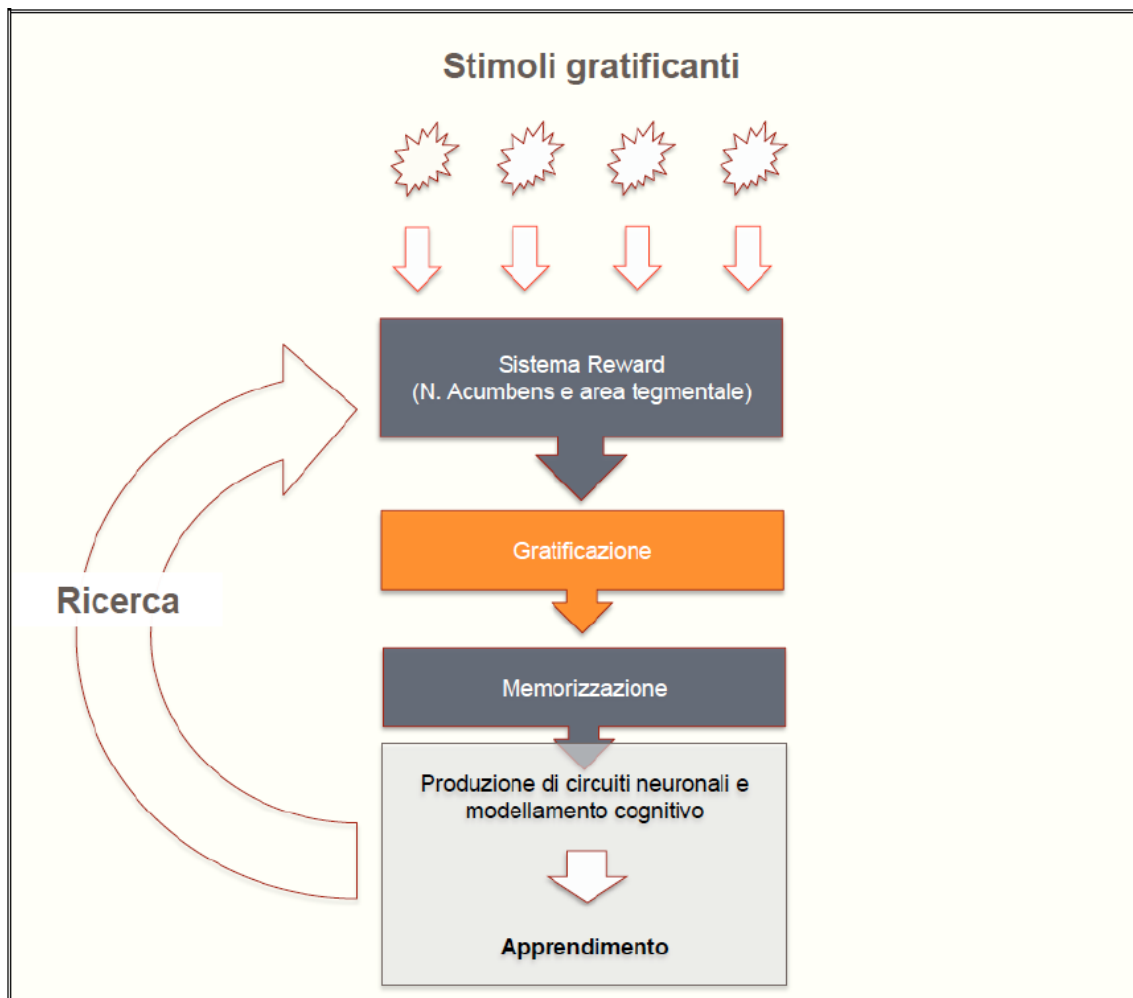


Grafico 1: modello illustrativo per comprendere come gli stimoli gratificanti possano produrre un comportamento di ricerca.

Una via promettente per comprendere la dinamica della dipendenza è quella di concentrare l'attenzione sulle modalità di transizione del comportamento dal tipo goal-directed al tipo habit-based, ovvero sul passaggio dal

comportamento iniziale a quello compulsivo.^{9 10 16 22 23} Ciò consentirà, fra le altre cose, di ampliare la comprensione della dinamica di innesco della dipendenza, dell'incontro dell'individuo con l'oggetto (sostanza o comportamento) e delle conseguenze che tale incontro ha sulla funzionalità adattiva a medio e lungo termine. Tale conoscenza comprende anche l'integrazione dell'inventario dei fattori di rischio rilevanti (di tipo individuale e ambientale) e la conseguente individuazione di azioni di prevenzione efficaci su ampia scala. Infatti, resta chiaro che il passaggio di meccanismi fisiologici adattivamente efficienti a processi patologici è mediato da fattori di vulnerabilità che definiscono in modo chiaro le differenze interindividuali nel rischio di sviluppare la patologia.

1.3 Aspetti neurobiologici

Come già anticipato la ricerca ha evidenziato una sostanziale sovrapposibilità fra i meccanismi neurobiologici della dipendenza da sostanze e quelli di specifiche dipendenze comportamentali. Il caso che ha visto la maggiore proliferazione di studi in questo senso è quello del gioco d'azzardo patologico.

Nei disturbi di dipendenza da sostanze è noto il ruolo centrale del Sistema della ricompensa e, sul piano neurochimico, dell'aumento dei livelli di Dopamina (DA) indotto direttamente o indirettamente dall'assunzione della sostanza. L'intossicazione da sostanza da abuso conduce ad effetti di rinforzo (di natura dopaminergica) con un incremento esponenziale della salienza incentivante associata alla sostanza (e prima ancora agli stimoli correlati). Il risultato è, come anticipato nei paragrafi precedenti, un apprendimento condizionato con il conseguente instaurarsi di comportamenti maladattivi di tipo habit-based. L'uso prolungato della sostanza conduce inevitabilmente a modificazioni cellulari a livello recettoriale. Ovvero si determina una riduzione dei recettori dopaminergici D2 e D3 e del trasportatore della dopamina (DAT) nello Striato. Dunque, le dipendenze si associano tipicamente ad una ridotta funzionalità dopaminergica. Oltre alle modificazioni nel Sistema della ricompensa e dei sistemi di controllo cognitivo, si osservano anche modificazioni dei circuiti dopaminergici di collocazione prefrontale-mesolimbica che risulta in uno spostamento del controllo dei comportamenti di ricerca e assunzione da aree corticali prefrontali ad aree dorostriatiali. Questo passaggio contribuisce alla riduzione della capacità di frenare gli impulsi e favorisce la compulsività del comportamento. La ricerca mostra che alcuni

²² Everitt BJ, & Robbins TW. (2005). Neural systems of reinforcement for drug addiction: From actions to habits to compulsion. *Nature Neuroscience*, 8: 1481–1489.

²³ Everitt BJ, & Robbins TW. (2013). From the ventral to the dorsal striatum: devolving views of their roles in drug addiction. *Neuroscience Biobehavioral Reviews*, 37: 1946–1954.

comportamenti (in particolare il gioco d'azzardo patologico) hanno la stessa capacità di attivare il Sistema di ricompensa e un simile coinvolgimento del neurotrasmettitore modulatorio Dopamina.

Si sono individuati quattro circuiti implicati nel gioco d'azzardo patologico (e potenzialmente in altre dipendenze comportamentali)¹:

1. Circuito della ricompensa (Reward System), con particolare riferimento al NA (Nucleus Accumbens);
2. Circuito della motivazione localizzato a livello della corteccia orbito-frontale;
3. Circuito della memoria/apprendimento (parte del MTL, Amigdala e Ippocampo);
4. Circuito del controllo, localizzato a livello della corteccia prefrontale dorsolaterale e giro cingolato anteriore.

Parlando di vulnerabilità rispetto al Gioco d'azzardo Patologico si sono individuati anche fattori genetici. Tale vulnerabilità genetica sarebbe espressa, ad esempio, dall'allele D2A1, responsabile del deficit dopaminergico nel Circuito della ricompensa. Il deficit dopaminergico può essere alla base della ricerca di attività che generano piacere, a compensazione dell'ipoattività dopaminergica basale. Ciò conduce all'aumento del rischio di sviluppare altre dipendenze, sia da sostanze che da altri comportamenti, spiegando l'alto tasso di comorbilità con altri disturbi psichiatrici afferenti alla stessa categoria diagnostica.¹ È importante specificare che la vulnerabilità di natura genetica non è da intendersi in senso causale diretto e dunque deterministico rispetto alla probabilità di sviluppare la patologia. Ciò su cui i geni agiscono è il meccanismo neurobiologico innescato dall'interazione con l'ambiente, ovvero dall'esperienza. In questo senso i fattori ambientali (come ad es. la facilità di accesso alla sostanza o ad un comportamento o le caratteristiche del contesto familiare) sono di estrema rilevanza.

Sempre nel caso del PG, gli studi sulle similitudini con le dipendenze da sostanze hanno individuato una relazione particolarmente forte con la dipendenza da alcol (compresi fattori genetici²⁴), oltre che con quelle da nicotina e da cocaina.^{6,7} Nel caso della relazione con la dipendenza da alcol i fattori condivisi possono essere alla base delle similitudini nella compromissione della performance cognitiva in compiti di decision making

²⁴ Slutske WS, Eisen S, True WR, Lyons MJ, Goldberg J, & Tsuang M. (2000). Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men. *Archives of General Psychiatry*, 57, 666–673

rischio-ricompensa (risk-reward), così come nella risposta ad alcuni trattamenti farmacologici, come quelli con antagonisti degli oppioidi o agenti glutammatergici (ad es. N-acetil cisteina).^{25 26}

Più in generale, **sono stati individuati alcuni circuiti neurali candidati ad essere considerati centrali nelle dipendenze comportamentali**. Fra questi, uno dei principali è il network di salienza (salience network), che regola lo “switching” fra i networks neurali nel guidare l’implementazione di risposte adeguate. Alterazioni del salience network si sono mostrate implicate nel dirigere la salienza aberrante verso gli stimoli associati alla dipendenza, determinando il fenomeno del craving e la mancanza di controllo comportamentale^{27 28}, ad esempio, hanno riportato che l’incremento dello spessore corticale insulare è correlato alla severità dei sintomi in individui con IGD (Internet Gaming Disorder).

I dati di questo studio forniscono la prova per la scoperta di una CT (Cortical Thickness) anormale in aree cerebrali distribuite e supportano l’idea che le anomalie strutturali da alterazione osservate nella dipendenza da sostanze si manifestino anche nell’IGD. Tali informazioni ampliano le attuali conoscenze sulla riorganizzazione cerebrale correlata all’IGD e potrebbero aiutare gli sforzi futuri per identificare il ruolo dell’insula in questo specifico disturbo. In un altro studio²⁹ è stato riportato che subregioni della corteccia cingolata anteriore (un altro nodo fondamentale del salience network) formavano differenti patterns di connettività funzionale (FC) in soggetti con IGD in comorbilità con depressione. Il gioco online problematico si mostra spesso in comorbilità con Depressione Maggiore (MDD). La depressione appare correlata strettamente ad una alterazione della FC (Connettività Funzionale) all’interno e tra il Default mode network (DMN) e il Salience network. Inoltre, la neurotrasmissione serotoninergica può regolare i sintomi della depressione, inclusa l’impulsività, modulando potenzialmente il DMN.²⁴ Studi simili con risultati promettenti sono stati condotti anche su altre dipendenze comportamentali, come ad esempio quelle legate ai comportamenti sessuali.

Il risultato di un approccio neurobiologico allo studio delle dipendenze ha condotto allo sviluppo di modelli trattamentali transdiagnostici, che individuano il target terapeutico proprio nelle similitudini fra dipendenze da sostanze e dipendenze comportamentali. Un esempio è il CMAT (Component Model of Addiction Treatment).¹⁷

²⁵ Lawrence AJ, Luty J, Bogdan NA, Sahakian BJ, & Clark L. (2009). Problem gamblers share deficits in impulsive decision making with alcohol-dependent individuals. *Addiction*, 104, 1006–1015.

²⁶ Potenza MN. (2009). Non-substance and substance addictions. *Addiction*, 104, 1016–1017.

²⁷ Choi JS, King DL, and Yung YC. (2019). Editorial: Neurobiological Perspectives in Behavioral addictions. *Frontiers in Psychiatry*; Vol. 10, Art. 3.

²⁸ Wang S, Liu J, Tian L, Chen L, Wang J, Tang Q, Zhang F and Zhou Z. (2018). Increased Insular Cortical Thickness Associated with Symptom Severity Male Youths with Inter Disorder: A Surface-Based Morphometric Study. *Frontiers in Psychiatry*; Volume 9; Article 99.

²⁹ Lee M, Cho H et al. (2018). Circulating MicroRNA Expression Levels Associated with Internet Gaming Disorder. *Frontiers in Psychiatry*; Volume 9; Article 81.

Il modello si basa sulla convinzione che un approccio più efficiente consista nel concettualizzare le dipendenze comportamentali e da uso di sostanze come diverse espressioni di un disturbo sottostante comune e, per il trattamento, nel focalizzare l'attenzione sui meccanismi sottostanti comuni ad entrambe. Si tratta di un modello pragmatico in quanto mira alle componenti di vulnerabilità, che sono durature ma malleabili: caratteristiche psicologiche individuali, cognitive e neurobiologiche comuni a tutti i disturbi da dipendenza, che hanno dimostrato di essere modificabili.

In sostanza la stessa caratteristica di plasticità del CNS (Sistema Nervoso centrale), che media l'insorgenza e il mantenimento dei disturbi da dipendenza, rappresenterebbe la risorsa per il loro trattamento.

2. I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO

2.1 Le "dipendenze comportamentali": un problema aperto

Il ritardo nella programmazione di programmi strutturati di diagnosi e cura per le così dette dipendenze comportamentali risente di bias ed errate convinzioni che riguardano direttamente il piano definitorio, per poi riverberarsi nella pratica clinica e in settori valutativi di estrema rilevanza sociale, come ad es. quello clinico-forense. A fronte dei considerevoli sforzi della ricerca nel comprendere e descrivere le basi neurobiologiche delle dipendenze da sostanze, le potenziali qualità di "dipendenza" dei comportamenti ripetitivi e la relativa possibilità di parlare di "dipendenze comportamentali" sono state sostanzialmente trascurate.³⁰ Individuare un parallelo sul piano neurobiologico e fenomenologico fra dipendenze da sostanze e dipendenze comportamentali rappresenta una fondamentale occasione per colmare il gap di conoscenze fra le due realtà morbose, che solo apparentemente costituiscono entità nosografiche nettamente distinte. Esempi tipici di dipendenze comportamentali sono considerati in genere: disturbo da gioco d'azzardo patologico, acquisto compulsivo, comportamento sessuale compulsivo, furto compulsivo, uso problematico di internet.

Il dibattito scientifico attualmente attivo riguarda la classificazione di alcuni comportamenti problematici (in particolare per la loro connotazione ripetitiva e maladattiva) come vere e proprie dipendenze. Un passo importante nella comprensione dello stato dell'arte sul tema della classificazione diagnostica è dato

³⁰ Grant JE, Chamberlain SR. (2016). Expanding the Definition of Addiction: DSM-5 vs. ICD-11. *CNS Spectr.*; 21(4): 300–303.

dall'osservazione di come i principali Manuali di classificazione dei Disturbi Mentali (Diagnostic and Statistic Manual- DSM e International Classification of Disease- ICD) hanno, nelle loro più recenti edizioni, affrontato il problema dell'inquadramento nosografico di tali patologie. Grant e Chamberlain²⁷, osservano correttamente come i due sistemi di classificazione sopra citati abbiano assunto approcci sostanzialmente divergenti. Da questa osservazione si potrà capire come un nodo fondamentale da sciogliere sia quello diagnostico, ovvero di natura preminentemente categoriale. È fuori di dubbio che qualsiasi intervento strategico di sanità pubblica debba poter fare riferimento a diagnosi affidabili, tali da consentire una corretta analisi epidemiologica e l'implementazione di programmi di prevenzione e trattamento mirati ed efficaci. Se dunque è necessaria una revisione specifica della classificazione delle dipendenze comportamentali, tale processo di aggiornamento dovrà partire da una revisione del concetto generale di "dipendenza". Una ridefinizione del concetto di dipendenza aggiornata alle più recenti acquisizioni scientifiche (specie nel campo delle neuroscienze cognitive) condurrà automaticamente ad un suo ampliamento. L'integrazione multidisciplinare fra la ricerca nel campo delle neuroscienze cognitive e la ricerca sulle dipendenze appare essere la via più promettente per una maggiore comprensione del fenomeno nella sua complessità, dalle basi neurobiologiche, ai processi neurocognitivi implicati, fino allo sviluppo, al mantenimento e al trattamento delle dipendenze (da sostanze e comportamentali). La definizione ampliata di dipendenza sembra condurre ad una naturale inclusione dei comportamenti ripetitivi, come modulazioni di una stessa entità nosologica. Giunti a questo fondamentale turning point il problema che la ricerca dovrà affrontare sarà: quali tipi di comportamenti dovranno essere inclusi?

Ad esempio, se si parla di "Dipendenza da Internet" bisognerà comprendere fino a che punto l'individuazione dell'oggetto di dipendenza sia corretta. Si dovrà osservare se "Internet" rappresenti l'oggetto di dipendenza o semplicemente un fattore di rischio nell'aumentare la disponibilità e l'accesso a comportamenti problematici (ad es. gioco d'azzardo, pornografia, gaming etc.). In termini molto semplificati c'è il rischio di un fraintendimento del valore patogenetico dell'oggetto. Per essere più chiari, parlare di "dipendenza da internet" potrebbe essere come dire che un alcolista è affetto da "dipendenza da bar", o un soggetto con shopping compulsivo è affetto da "dipendenza da Centro Commerciale".

Ebbene per comprendere le dipendenze comportamentali e distinguere fra i diversi tipi di comportamenti si dovrà partire proprio dagli studi che hanno riguardato le dipendenze da sostanze, passando per gli studi su alcune dipendenze comportamentali specifiche (ad es. sul PG), per poi individuare i meccanismi comuni in termini neurobiologici, cognitivi e fenomenologici. Il primo passo sarà dunque quello di comprendere che se si parla di dipendenze si chiamano in causa una serie di funzioni mentali/meccanismi neurocognitivi, quali:

apprendimento, controllo cognitivo, working memory (memoria di lavoro), meccanismi di ricompensa (reward), motivazione e decision making.³¹ Laddove le evidenze scientifiche consentono di rappresentare, per specifici comportamenti, profili di compromissione di questi domini con anomalie strutturali e/o funzionali dei circuiti neurali sottostanti, allora sarà possibile eleggere gli stessi comportamenti allo status di dipendenze patologiche. In buona sostanza si tratta di integrare la ricerca fenomenologica con quella causale, in un continuum che va dalle dipendenze da sostanze a quelle comportamentali, al fine di ottenere rappresentazioni e definizioni nosologiche la cui completezza sia coerente con la complessità e l'ampiezza del tema d'indagine.

Gli studi epidemiologici non hanno sufficientemente studiato le addiction comportamentali, come ad esempio il gioco d'azzardo, attualmente, riconosciute come equivalenti ai disturbi da uso di sostanza, a causa delle loro similitudine cliniche e neurobiologiche. In ogni modo, anche le addiction comportamentali si manifestano in persone vulnerabili e in pazienti con concomitanti malattie mentali.

2.2 Classificazione delle Addiction

2.2.1 La dipendenza generalizzata da Internet (GIA)

Con l'avvento delle nuove tecnologie e lo sviluppo crescente della rete si è progressivamente assistito a un incremento delle attività online. Soprattutto nei giovani, più votati ad accogliere positivamente "l'evoluzione tecnologica", si è creata un'inversione di tendenza tra quelle che erano le abitudini prima dell'avvento di Internet (primi anni del '90) ovvero la tendenza ad incontrarsi e stabilire un contatto diretto tra le persone, e la nascita di una nuova modalità di comunicazione che ha cominciato a prendere forma con l'uso, oramai "smodato" di Smartphone, Tablet, Personal Computer, Internet, che hanno sostituito il contatto diretto con i coetanei o le persone, in generale, ma hanno trasformato il mezzo tecnologico in "compagni" inseparabili, dando origine a nuovi modelli vita sempre più solitaria oltre che sedentaria. In sintesi, si è creato un "distanziamento sociale" artificiale con feedback della vita quotidiana non sempre positivi. Le nuove tecnologie hanno quindi profondamente modificato i modelli di comunicazione e di relazione interpersonale.³²

Numerosi ricercatori hanno studiato le dipendenze da Internet e dai videogiochi negli ultimi dieci anni e man mano è emerso che un'ampia varietà di attività online è abbastanza coinvolgente da creare potenzialmente

³¹ Wilson SJ. The Wiley Handbook on the Cognitive Neuroscience of Addiction. John Wiley & Sons, Ltd., 2015.

³² Griffiths, M. D. (2012). Internet sex addiction: A review of empirical research. *Addiction Research & Theory*, 20(2), 111-124.

dipendenza, inclusi videogiochi, social media, uso di smartphone, messaggi di testo, video in streaming e pornografia online³³.

L'eccessivo utilizzo di Internet è stato classificato a metà degli anni '90 come *Internet Addiction Disorder* (I.A.D.)³⁴ vale a dire *“un particolare tipo di disturbo compulsivo-impulsivo che si manifesta con sintomi quali desiderio irrefrenabile di connettersi al web”*, Uso problematico di Internet (PIU) o dipendenza tecnologica (comportamentale). Questo termine ampio, tuttavia, si è evoluto e attualmente comprende molti tipi di problemi di dipendenza correlati alla **dipendenza generalizzata da Internet (GIA)** e **una serie di usi specifici di Internet che creano dipendenza**, tra cui gioco d'azzardo online, gioco online, social networking, cybersesso.

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 quelle attive sui canali social. È di 1 milione la quota di chi si sono 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.³⁵

La dipendenza da Internet (GIA) non è stata riconosciuta come un disturbo nei due principali sistemi internazionali per la classificazione delle malattie e dei problemi di salute mentale, ovvero l'ICD-11 e il DSM-5³⁶. Sebbene questi schemi nosografici non includano un'unità relativa all'uso patologico di Internet, è possibile rintracciare in letteratura diversi lavori, nei quali i ricercatori hanno proposto i propri criteri diagnostici per questo comportamento. Per esempio, secondo Young³⁷ (considerata tra i più importanti conoscitori del fenomeno), l'uso patologico di Internet è un "disturbo del controllo degli impulsi che non comporta intossicazione, ma altera in modo significativo e evidente il funzionamento di una persona in tutti gli ambiti della sua vita". Il disturbo viene diagnosticato quando nell'ultimo anno si sono manifestati 5 sintomi su 8, di seguito riportati:

³³ Sussman CJ, Harper JM, Stahl JL, Weigle P. Internet and Video Game Addictions: Diagnosis, Epidemiology, and Neurobiology. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, Volume 27, Issue 2, 2018,

³⁴ Block J.J. Issues for DSM-V: internet addiction *Am J Psychiatry* 2008 Mar;165(3):306-7. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07101556.

³⁵ Guida alle risorse territoriali per le problematiche legate all'uso di Internet (aggiornamento dicembre 2021) a cura del Centro Nazionale Dipendenze e Doping - Istituto Superiore di Sanità - 2022, viii, 73 p. (Strumenti di riferimento 22/S2)

³⁶ Cudo A, Zabielska-Mendyk E. Cognitive functions in Internet addiction - a review. *Psychiatr Pol.* 2019 Feb 28;53(1):61-79. English, Polish. doi: 10.12740/PP/82194. Epub 2019 Feb 28. PMID: 31008465.

³⁷ Young KS. Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior* 1998; 1(3): 237–244.

1. una forte preoccupazione per Internet, che assume la forma di pensare costantemente all'attività online; necessità di trascorrere una quantità crescente di tempo online per raggiungere la soddisfazione;
2. tentativi ripetitivi ma infruttuosi di controllare il proprio utilizzo di Internet riducendolo o astenendosi del tutto;
3. la comparsa di effetti negativi marcati, come depressione, irritazione, ecc., quando l'uso di Internet è limitato;
4. problemi a controllare la quantità di tempo che si trascorre utilizzando Internet;
5. l'uso di Internet produce stress e problemi personali e sociali;
6. utilizzando la manipolazione nelle relazioni al fine di nascondere la propria preoccupazione per Internet;
7. utilizzare l'attività online per regolare le proprie emozioni;
8. usare Internet come una via di fuga dai propri problemi e un metodo per affrontare gli stati emotivi negativi.

Strumenti di rilevazione

Young³⁸ ha sviluppato uno strumento per diagnosticare l'uso problematico di Internet chiamato **Internet Addiction Diagnostic Questionnaire (IADQ)**, che elenca otto criteri di dipendenza:

1. la persona è preoccupata per Internet;
2. è necessario passare sempre più tempo su Internet per ottenere soddisfazione;
3. 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 dello IADQ, è stata sviluppata la versione più comunemente utilizzata del questionario per la misurazione della dipendenza da Internet denominata **Internet Addiction Test (IAT)**. IAT è una scala di 20 elementi che misura la presenza e la gravità della dipendenza da Internet. 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

³⁸ Young KS. Caught in the net: how to recognize the signs of internet addiction-and a winning strategy for recovery. New York: John Wiley & Sons, Inc.; 1998.

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 5 gradi e classifica il comportamento di dipendenza in quattro categorie: mancanza di dipendenza, lievi segni di dipendenza, segni moderati di dipendenza e comportamento di dipendenza grave³⁹. 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.

Per quanto riguarda la realtà italiana, lo strumento più diffuso è **l'Uso, Abuso e Dipendenza da Internet**⁴⁰ 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.⁴¹

³⁹ Young KS, de Abreu CN, editors. Internet addiction: a handbook and guide to evaluation and treatment. New York: John Wiley & Sons, Inc.; 2010.

⁴⁰ Del Miglio, Gamba & Cantelmi. UADI, Uso, Abuso, Dipendenza da Internet (2001)

⁴¹ Baiocco et Al. Le scala IPPUN per l'attaccamento nei confronti dei genitori e del gruppo dei pari nell'adolescenza: un contributo alla validazione italiana (2005).

Autore	Strumento	Dimensioni
Goldberg (1996)	Internet Addiction diagnostic criteria	Sintomi mutuati dal DSM-IV (gioco d'azzardo patologico)
Brenner (1997)	Internet-Related Addictive Behavior Inventory (IRABI)	Uso eccessivo di internet
Young (1998)	Young Diagnostic Questionnaire (YDQ)	Impatto di internet su: prestazioni scolastiche o lavorative, relazioni interpersonali, livello di stress, alterazioni dell'umore, ritiro sociale
Young (1998)	Internet Addiction Test (IAT)	Ritiro - problemi sociali, gestione del tempo - performance, sostituzione della realtà
Lin, Tsai (1999)	Internet Addiction Scale for Taiwanese high school students (IAST)	Tolleranza, uso compulsivo e ritiro, problemi familiari sociali e di salute, problemi interpersonali ed economici, negazione
Kappeller, Thomas (1999)	Internet Addiction Questionnaire (IAQ)	Variabili cognitive, affettive e comportamentali dell'abuso di internet
Morahan-Martin, Schumacher (2000)	Pathological Internet Use Scale (PIUS)	Sintomi mutuati dal DSM-IV (gioco d'azzardo patologico)
Caplan (2002)	General Problematic Internet Use Scale (GPIUS)	Alterazioni dell'umore, percezione di benefici sociali, conseguenze negative, uso compulsivo, tempo eccessivo, ritiro, percezione di controllo
Davis (2002)	Online Cognitive Scale (OCS)	Diminuzione del controllo degli impulsi, solitudine, distrazione e benessere sociale
Clark (2004)	Internet Consequences Scale	Conseguenze fisiche, comportamentali e psicosociali
Nichols, Niki (2004)	Internet Addiction Scale (IAS)	Sintomi mutuati dal DSM-IV-TR (gioco d'azzardo patologico)

Tabella 2: Strumenti diagnostici per l'Internet Addiction Disorder

Dati epidemiologici

- a) Revisione sistematica⁴² sulla ricerca clinica (trattamenti farmacologici e psicoterapici)
- b) Revisione di Vondráčková e Gabrhelík⁴³ sulla prevenzione dell'IA, analizzando
 - i gruppi target che possono trarre vantaggio dalla prevenzione (ad esempio, bambini e adolescenti)
 - la necessità di migliorare competenze specifiche con l'aiuto di professionisti e altre persone significative (ad esempio, consulenti, genitori).
 - le caratteristiche del programma (es. fornire informazioni rispetto a interventi interattivi).
 - gli interventi ambientali sono stati indicati come necessari in alcune regioni

⁴² Kuss, D.J., Lopez-Fernandez, O. (2016). Internet addiction and problematic Internet use: A systematic review of clinical research. *World J Psychiatry*. Mar 22; 6(1), pp. 143–176.

⁴³ Vondráčková e Gabrhelík Prevention of Internet addiction: A systematic review. *Behav Addict* 2016 Dec;5(4):568-579.

- c) Meta-analisi mondiale sull'IA⁴⁴ ha indicato che il tasso di prevalenza stimato globale era di circa il 6%, con la prevalenza più alta in Medio Oriente con il 10,9% [IC 95% 5,4-16,3] e la più bassa nell'Europa settentrionale e occidentale con il 2,6% [IC 95% 1,0-4,1]. Inoltre, la prevalenza dell'IA era più alta per le nazioni con maggiore consumo di tempo di traffico, inquinamento e insoddisfazione per la vita in generale. Il tasso di prevalenza dell'IA varia nelle regioni del mondo. La prevalenza dell'IA è inversamente associata alla qualità della vita, come riflesso da indicatori sia soggettivi (soddisfazione della vita) che oggettivi (qualità delle condizioni ambientali).

PREVALENCE OF INTERNET ADDICTION BY WORLD REGION							
<i>World region</i>	<i>Prevalence rate</i>	<i>95% CI</i>	<i>k</i>	<i>N</i>	<i>Q</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
All 31 countries	6.0%	5.1–6.9	164	89,281	291.88	163	<0.0001
North America ^a	8.0%	3.2–12.9	15	4,117	25.43	14	0.0306
Oceania ^b	4.3%	0.5–8.1	10	2,716	0.83	9	0.9997
N+W Europe ^c	2.6%	1.0–4.1	29	16,086	4.84	28	0.9999
S+E Europe ^d	6.1%	4.4–7.7	46	27,699	75.33	45	0.0031
Middle East ^e	10.9%	5.4–16.3	9	3,979	20.73	8	0.0079
Asia ^f	7.1%	5.3–8.9	54	34,604	135.96	53	<0.0001
South America ^g	0.0%	n/a	1	80	n/a	n/a	n/a

^aUnited States. ^bAustralia. ^cAustria, Estonia, France, Germany, Ireland, Norway, Sweden, United Kingdom. ^dBulgaria, Cyprus, Czech Republic, Greece, Hungary, Italy, Poland, Romania, Serbia, Slovenia, Spain. ^eIran, Isarel, Lebanon, Turkey. ^fChina, Hong Kong, India, South Korea, Taiwan. ^gColumbia.

Tabella 3: Prevalenza della dipendenza da Internet per regione del mondo

- d) Metanalisi⁴⁵ su GIA con focus su IGD: questa è la prima meta-analisi che confronta direttamente tassi di prevalenza di GIA e IGD. La prevalenza aggregata per GIA (7,02%) era superiore a quella per IGD (2,47%). La prevalenza di GIA è aumentata nel tempo. Questa tendenza non è stata mostrata per la prevalenza di IGD. Questa differenza è coerente con il punto di vista che IGD dovrebbe essere distinta dal GIA.

⁴⁴ Cheng, C., & Li, A. Y. (2014). Internet addiction prevalence and quality of (real) life: a meta-analysis of 31 nations across seven world regions. *Cyberpsychology, behavior and social networking*, 17(12), 755–760. <https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0317>

⁴⁵ Pan YC, Chiu YC, Lin YH. Systematic review and meta-analysis of epidemiology of internet addiction. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 118 (2020) 612–622

e) Dal 2012 sono emersi molti studi interculturali sull'IA, soprattutto nelle regioni interculturali, come l'Europa^{46,47}. Questi studi erano basati sulla popolazione scolastica con campioni di adolescenti e hanno trovato tra l'1% e il 4% di prevalenza stimata di GIA (più alta nei maschi). C'è stato un continuo aumento nel numero di questi studi nel campo⁴⁸, inclusi per lo più studi intercontinentali transnazionali (che coprono Asia, America ed Europa), che hanno ricercato GIA e stimato la sua prevalenza con scale psicometriche, ottenendo maggiori tassi nei paesi asiatici e nei giovani utenti maschi.

Dati Italia. In uno studio⁴⁹ del 2012 è stata somministrata la versione italiana dell'Internet Addiction Test (IAT) a un campione di 2533 studenti di diversi tipi di scuola. Erano richiesti anche dati sociali e demografici. I risultati hanno mostrato che la maggior parte degli intervistati è stata classificata come normale utente di Internet (n = 2386, 94,19%), con 127 (5,01%) moderatamente dipendenti e 20 (0,79%) seriamente dipendenti. Sono state riscontrate differenze significative nel sesso e nei tipi di scuola. Non sono state rilevate differenze statistiche in termini di età e condizioni urbane o rurali. In un altro studio⁵⁰ condotto nel 2014 è stato somministrato, l'*Internet Addiction Test* (I.A.T.) a un campione di 1.035 studenti delle scuole superiori (età compresa tra 13 e 22 anni; 47,92% ragazze) di tre città del sud Italia. La prevalenza dell'uso patologico di Internet nel campione era del 3,9%, con i maschi che mostravano una maggiore probabilità di sviluppare un uso patologico di Internet. Le attività Internet più ricorrenti per gli utenti eccessivi erano i giochi online e le comunicazioni online. Non è stato riscontrato alcun effetto dell'età, del luogo di residenza e della regione di residenza.

⁴⁶ Durkee, T.; Kaess, M.; Carli, V.; Parzer, P.; Wasserman, C.; Floderus, B.; Apter, A.; Balazs, J.; Barzilay, S.; Bobes, J.; et al. Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: Demographic and social factors. *Addiction* 2012, 107, 2210–2222.

⁴⁷ Tsitsika, A.; Janikian, M.; Schoenmakers, T.M.; Tzavela, E.C.; Ólafsson, K.; Wojcik, S.; Macarie, G.F.; Tzavara, C.; Richardson, C. Internet addictive behavior in adolescence: A cross-sectional study in seven European countries. *Cyberpsychol. Behav. Soc. Netw.* 2014, 17, 528–535.

⁴⁸ 21. Lopez-Fernandez, O. Cross-cultural research on Internet addiction: A systematic review. *J Arch. Addict. Res. Med.* 2015, 1–5.

⁴⁹ Poli R, Agrimi E. Internet addiction disorder: prevalence in an Italian student population. *Nord J Psychiatry.* 2012 Feb;66(1):55-9. doi: 10.3109/08039488.2011.605169. Epub 2011 Aug 23. PMID: 21859396

⁵⁰ Bruno, A., Scimeca, G., Cava, L. et al. Prevalence of Internet Addiction in a Sample of Southern Italian High School Students. *Int J Ment Health Addiction* 12, 708–715 (2014). <https://doi.org/10.1007/s11469-014-9497-y>

Table 1 Prevalence of Young Diagnostic Questionnaire for Internet Addiction (YDQ) categorical groups^{a,b}—mean and standard deviations of YDQ total score^c—stratified by country and gender.

Country	Adaptive use (n = 9823)			Maladaptive use (n = 1608)			Pathological use (n = 525)			YDQ total score ^c			
	Sample size	Males	Females	Total	Males	Females	Total	Males	Females	Total	Males	Females	Total
	n	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)
Austria	943	289 (82.8)	495 (83.3)	784 (83.1)	50 (14.3)	80 (13.5)	130 (13.8)	10 (2.9)	19 (3.2)	29 (3.1)	1.24 (1.39)	1.31 (1.37)	1.29 (1.37)
Estonia	1034	392 (82.5)	411 (73.5)	803 (77.7)	61 (12.8)	115 (20.6)	176 (17.0)	22 (4.6)	33 (5.9)	55 (5.3)	1.42 (1.44)	1.76 (1.54)	1.60 (1.50)
France	1003	281 (88.4)	558 (81.5)	839 (83.7)	30 (9.4)	108 (15.8)	138 (13.8)	7 (2.2)	19 (2.8)	26 (2.6)	1.10 (1.21)	1.41 (1.33)	1.32 (1.30)
Germany	1438	573 (83.4)	588 (78.5)	1161 (80.7)	81 (11.8)	127 (16.9)	208 (14.5)	33 (4.8)	36 (4.8)	69 (4.8)	1.34 (1.50)	1.48 (1.44)	1.41 (1.47)
Hungary	1008	369 (88.9)	533 (89.9)	902 (89.5)	37 (8.9)	53 (8.9)	90 (8.9)	9 (2.2)	7 (1.2)	16 (1.6)	1.04 (1.19)	1.09 (1.10)	1.07 (1.14)
Ireland	1067	506 (87.2)	417 (85.6)	923 (86.5)	47 (8.1)	57 (11.7)	104 (9.8)	27 (4.7)	13 (2.7)	40 (3.8)	1.07 (1.45)	1.16 (1.31)	1.11 (1.39)
Israel	951	513 (68.0)	153 (78.1)	666 (70.0)	142 (18.8)	31 (15.8)	173 (18.2)	100 (13.3)	12 (6.1)	112 (11.8)	1.88 (1.98)	1.47 (1.65)	1.80 (1.92)
Italy	1188	341 (89.7)	729 (90.2)	1070 (90.1)	33 (8.7)	71 (8.8)	104 (8.8)	6 (1.6)	8 (1.0)	14 (1.2)	0.81 (1.19)	0.89 (1.12)	0.87 (1.15)
Romania	1136	303 (77.3)	629 (84.5)	932 (82.0)	69 (17.6)	83 (11.2)	152 (13.4)	20 (5.1)	32 (4.3)	52 (4.6)	1.48 (1.55)	1.28 (1.38)	1.35 (1.45)
Slovenia	1164	288 (83.5)	611 (74.6)	899 (77.2)	41 (11.9)	156 (19.1)	197 (16.9)	16 (4.6)	52 (6.4)	68 (5.8)	1.30 (1.43)	1.75 (1.52)	1.62 (1.51)
Spain	1024	452 (85.4)	392 (79.2)	844 (82.4)	58 (11.0)	78 (15.8)	136 (13.3)	19 (3.6)	25 (5.1)	44 (4.3)	1.20 (1.35)	1.51 (1.53)	1.35 (1.45)
Total	11 956	4307 (82.4)	5516 (82.0)	9823 (82.2)	649 (12.4)	959 (14.3)	1608 (13.5)	269 (5.2)	256 (3.8)	525 (4.4)	1.30 (1.52)	1.37 (1.40)	1.34 (1.45)

^aMissing values have been imputed in the analyses. ^bYDQ categorical score. ^cYDQ total score. SD: standard deviation.

Tabella 4: Esempi di Studi Internazionali che coinvolgono l'Italia

2.2.2 Disturbo da gioco su internet (*Internet gaming disorder IGD*)

IGD è stato incluso nella sezione III del DSM-5 e viene citato come uso persistente e ricorrente di Internet per partecipare a giochi, spesso con altri giocatori, che porta a compromissione o disagio clinicamente significativi. È recentemente presente anche nell'undicesima revisione della classificazione internazionale delle malattie (ICD-11, 2018), descritto come disturbo da gioco per definire un modello di comportamento di gioco ("gioco digitale" o "videogioco") caratterizzato da un controllo ridotto sul gioco, che aumenta la priorità data al gioco rispetto ad altre attività nella misura in cui il gioco ha la precedenza su altri interessi e attività quotidiane e la continuazione o l'escalation del gioco nonostante il verificarsi di conseguenze negative.

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

Una review⁵¹ del 2017 ha esaminato 37 studi "cross-sectional" e 13 studi longitudinali realizzati in tutto il mondo (nessuno studio italiano). Le difficoltà maggiori nella comparazione degli studi 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 degli studi che ha visto l'uso del giocatore verso il non giocatore per l'analisi dei dati in 30 studi.

⁵¹ Satoko Mihara, and Susumu Higuchi. Cross-sectional and longitudinal epidemiological studies of internet gaming disorder: a systematic review of literature. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2017; 71: 425-444.

La prevalenza di IGD sulla popolazione generale variava da 0,7% a 27,5%. La prevalenza di IGD nei maschi variava da 2,0% a 22,7% mentre quella delle femmine da 0% a 14,9%. In tutti gli studi, ad eccezione di uno studio Coreano, mostravano prevalenze di maschi maggiore 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.

Un'altra recente meta-analisi ha studiato la prevalenza di IGD negli adolescenti e ha scoperto che la prevalenza aggregata di IGD è del 4,1%⁵²

L'analisi di questi studi ha consentito di individuare i fattori associati all'IGD 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 IGD); personalità e comorbidità psichiatriche (es. iperattività e disturbi dell'attenzione, aggressività).

2.2.3 Cybersex

Il termine cybersex è stato coniato per riferirsi ad attività online nelle quali Internet viene utilizzato per raggiungere gratificazione sessuale attraverso esperienze erotiche ed interattive (Döring, 2009)⁵³. 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, Scherer, Boies, & Gordon, 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)⁵⁴; 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

⁵² Fam, J.Y., 2018. Prevalence of internet gaming disorder in adolescents: a meta-analysis across three decades. *Scand. J. Psychol.* 59, 524–531. <https://doi.org/10.1111/sjop.12459>

⁵³ Döring, N. M. (2009). The Internet's impact on sexuality: A critical review of 15 years of research. *Computers in Human Behavior*, 25(5), 1089-1101.

⁵⁴ Cooper, A., Scherer, C. R., Boies, S. C., & Gordon, B. L. (1999). Sexuality on the Internet: From sexual exploration to pathological expression. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(2), 154.

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. 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)⁵⁵.

*Strumenti di rilevazione*⁵⁶

Sono state sviluppate misure ben validate per la valutazione degli aspetti relativi alla dipendenza dalla pornografia su Internet, come il Cyber-Pornography Use Inventory⁵⁷, la Compulsive Pornography Compulsion⁵⁸, l'Hypersexual Behavior Inventory⁵⁹, il Compulsive Sexual Behavior Inventory⁶⁰, il Sexual Addiction Screening Test-Revised⁶¹, l'Internet Sex Screening Test⁶², l'Index of Problematic Online Experiences⁶³, e il Pornography Consumption Inventory (PCI).⁶⁴ Questi strumenti sono stati ben documentati come utile per misurare l'ipersessualità generale e in particolare si sono focalizzati ampiamente sulla dipendenza dalla pornografia su Internet ad eccezione del Cyber-Pornography Use Inventory (CPUI).⁶⁵ Inoltre, questi gli strumenti sono spesso troppo lunghi per un uso funzionale e un punteggio veloce.

⁵⁵ Young, K. S. (1999). Internet addiction: symptoms, evaluation and treatment. Innovations in clinical practice: A source book, 17, 19-31.

⁵⁶ 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, 60-65

⁵⁷ Grubbs et al. CPUI The Cyber-Pornography Use Inventory: The Development of a New Assessment Instrument, Sexual Addiction & Compulsivity - The Journal of Treatment & Prevention, Volume 17, 2010 - Issue 2

⁵⁸ Noor et al. CPC 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, Sexual Addiction & Compulsivity 2014

⁵⁹ Reid et al. Reliability, Validity, and Psychometric Development of the Hypersexual Behavior Inventory in an Outpatient Sample of Men, March 2011 Sexual Addiction & Compulsivity 18(1):30-51

⁶⁰ Coleman et al. Compulsive Sexual Behavior Inventory: A preliminary study of reliability and validity. July 2001 Journal of Sex and Marital Therapy 27(4):325-32

⁶¹ Carnes et al. The Same Yet Different: Refocusing the Sexual Addiction Screening Test (SAST) to Reflect Orientation and Gender Pages 7-30 Sexual Addiction & Compulsivity The Journal of Treatment & Prevention Volume 17, 2010 - Issue 1

⁶² Delmonico e Miller The Internet Sex Screening Test: A comparison of sexual compulsives versus non-sexual compulsives. Sexual and Relationship Therapy Volume 18, 2003 - Issue 3 Pages 261-276, 2003

⁶³ Mitchell et al. Index of Problematic Online Experiences: Item Characteristics and Correlation with Negative Symptomatology CyberPsychology & Behavior Vol. 12, No. 6 Published Online: 7 Dec 2009

⁶⁴ Reid et al. Reliability, Validity, and Psychometric Development of the Pornography Consumption Inventory in a Sample of Hypersexual Men October 2011 Journal of Sex and Marital Therapy 37(5):359-85

⁶⁵ Grubbs et al. The Cyber-Pornography Use Inventory (CPUI): The Development of a New Assessment Instrument Sexual Addiction & Compulsivity The Journal of Treatment & Prevention Volume 17, 2010 - Issue 2 Pages 106-126 | Published online: 26 May 2010

*Dati epidemiologici*⁶⁶

Nella revisione di Wéry & Billieux⁶⁷ si evidenzia che i tassi di prevalenza di *Cybersex Use* (CU) variano considerevolmente tra gli studi dal 33% al 75%. Tuttavia, la maggioranza degli studi inclusi nella revisione utilizzava campioni piccoli o non rappresentativi. Sebbene un ampio corpus di ricerche suggerisca un'associazione positiva tra CU e conseguenze negative e sintomi di dipendenza, non c'è ancora consenso rispetto al concetto e alla diagnosi di dipendenza o compulsione da cybersesso⁶⁸. I dati epidemiologici disponibili riportano uno studio di Cooper, Morahan-Martin, Mathy e Maheu⁶⁹ in cui è stata identificata una prevalenza del 9,6% sulla base del tempo eccessivo trascorso online e delle preoccupazioni auto-segnalate sul cybersesso; uno studio di Daneback, Ross e Månsson⁷⁰ in cui viene riportato un tasso di prevalenza di cybersesso problematico del 5,6% utilizzando la *Sexual Compulsivity Scale*⁷¹. Più recentemente, Ross et al.⁷² 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 ≥ 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 ≤ 4). Infine, Rosser, Noor e Iantaffi⁷³ 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.

⁶⁶ Studer J, Marmet S, Wicki M, Gmel G. Cybersex use and problematic cybersex use among young Swiss men: Associations with sociodemographic, sexual, and psychological factors. *J Behav Addict*. 2019 Dec 1;8(4):794-803. doi: 10.1556/2006.8.2019.69. Epub 2019 Dec 23. PMID: 31868514; PMCID: PMC7044587.

⁶⁷ Wéry A, Billieux J. Problematic cybersex: Conceptualization, assessment, and treatment. *Addict Behav*. 2017 Jan; 64:238-246. doi: 10.1016/j.addbeh.2015.11.007. Epub 2015 Nov 29. PMID: 26646983.

⁶⁸ Grubbs, Stauner, Exline, Pargament, & Lindberg, 2015; Wéry E Billieux, 2017

⁶⁹ Cooper, Morahan-Martin, Mathy e Maheu Toward an increased understanding of user demographics in online sexual activities *J Sex Marital Therapy*. Mar-Apr 2002;28(2):105-29.

⁷⁰ Daneback, Ross e Månsson Characteristics and Behaviors of Sexual Compulsives Who Use the Internet for Sexual Purposes *January 2006 Sexual Addiction & Compulsivity* 13(1):53-67

⁷¹ Kalichman & Rompa. Sexual sensation seeking and Sexual Compulsivity Scales: reliability, validity, and predicting HIV risk behavior *Pers Assess*. 1995 Dec;65(3):586-601.

⁷² Prevalenza, gravità e correlazioni dell'uso sessuale problematico di Internet negli uomini e nelle donne svedesi. 2011, *Archivi del comportamento sessuale* 41(2):459-66 DOI: 10.1007/s10508-011-9762-0

⁷³ , Rosser, Noor e Iantaffi 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. October 2014, *Sexual Addiction & Compulsivity* 21(4)

Limiti degli studi su Cybersex

Un importante limite degli studi attuali, con la degna di nota eccezione di quello condotto da Ross et al.⁷⁴, 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 dipendenza⁷⁵. 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 (ad 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, 2012⁷⁶; Karila et al., 2014⁷⁷; Wéry et al., 2014⁷⁸).

2.2.4 Disturbo da shopping (*buying-shopping disorder - BSD*)

Lo Shopping compulsivo o BSD è stato descritto da oltre 100 anni e rappresenta un disagio psicologico e comportamentale caratterizzato da una tendenza a manifestare vere e proprie crisi di acquisto, anche in forma maniacale al punto che, inizialmente fu descritta come oniomania o mania del comprare. Ci si riferisce pertanto

⁷⁴ Ross, M. W., Mañsson, S.-A., & Daneback, K. (2012). Prevalence, severity, and correlates of problematic sexual Internet use in Swedish men and women. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 459–466. doi:10.1007/s10508-011-9762-0

⁷⁵ Wéry, Burnay, Karila e Billieux. The Short French Internet Addiction Test Adapted to Online Sexual Activities: Validation and Links with Online Sexual Preferences and Addiction Symptoms. May 2016, *The Journal of Sex Research* 53(6):701-710

⁷⁶ Griffiths, M. D. (2012). Internet sex addiction: A review of empirical research. *Addiction Research and Theory*, 20, 111–124. doi:10.3109=16066359.2011.588351

⁷⁷ Karila, L., Wéry, A., Weinstein, A., Cottencin, O., Petit, A., Reynaud, M., & Billieux, J. (2014). Sexual addiction or hypersexual disorder: Different terms for the same problem? A review of the literature. *Current Pharmaceutical Design*, 20, 4012–4020. doi:10.2174=13816128113199990619

⁷⁸ Wéry, A., Karila, L., De Sutter, P., & Billieux, J. (2014). Conceptualisation, évaluation et traitement de la dépendance cybersexuelle: Une revue de la littérature [Conceptualization, assessment, and treatment of cybersex addiction: A review]. *Canadian Psychology*, 55, 266–281. doi:10.1037=a0038103

ad una situazione di estrema preoccupazione della persona nei riguardi dello shopping e con impulsi all'acquisto vissuti come irresistibili e ricorrenti eccessi di compera disadattivi che portano a disagio e instabilità.

Ciononostante il BSD non è incluso nel DSM-5 (5th edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)⁷⁹ e nella più recente 11th revisione del ID-11 (International Classification of Diseases)⁸⁰. Nel DSM-5 la spesa eccessiva “excessive spending” è citato come un esempio dei comportamenti impulsivi dei disturbi della personalità borderline. Più genericamente 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.

Una meta-analisi⁸¹ del 2016, che ha analizzato 40 studi realizzati negli Stati Uniti, Europa, Cina, India e Brasile, portanti 49 differenti stime per più di 32.000 soggetti, stima una prevalenza media di BSD nella popolazione adulta del 4,9% (3,4-6,9%). La meta-analisi ha preso in considerazione anche uno studio italiano del 2011 realizzato su 2.853 studenti universitari dove la prevalenza di BSD era stimata all’11,3%. La prevalenza di BSD è risultata più alta in tutti gli studi su studenti universitari 8,3% (5,9% - 11,5%). La maggior parte degli studi rilevavano anche una prevalenza maggiore di BSD nella popolazione adulta femminile mentre non si rilevavano differenze di genere significative nei giovani.

Anche per questa meta-analisi la difficoltà maggiore nella comparazione degli studi ha riguardato i diversi strumenti di rilevazione (screening test) e i cut-off utilizzati, la metodologia di rilevazione, la rappresentatività del campione esaminato per genere e fasce di età, il disegno sperimentale degli studi che indagava sul vissuto o sul contemporaneo.

2.2.5 Dipendenze connesse ai disturbi del comportamento alimentare

Nel DSM-5⁸² il capitolo che tratta i disturbi dell'alimentazione è così strutturato e non comprende l'obesità⁸³, considerata invece da molti psicologi e psichiatri un disturbo alimentare:

a. *Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo;*

⁷⁹ Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, noto anche con la sigla DSM (dall'inglese Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

⁸⁰ La classificazione ICD (dall'inglese International Classification of Diseases; in particolare, International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death) è la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, stilata dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS-WHO).

⁸¹ Aniko Maraz, Mark D. Griffiths, Zsolt Demetrovics. The prevalence of compulsive buying: a meta-analysis. *Addiction* 111; 408-419

⁸² American Psychiatric Association (2014). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-5, 5 ed. Milano R. Cortina Ed.

⁸³ Rosas-Vargas H., Martinez-Ezquerro J.D., Bienvenu T. (2011) Brain-derived neurotrophic factor, food intake regulation and obesity. *Archives of Medical Research* 42(6): 482-494. Doi: 10.1016/j.arcmed.2011.09.005

- b. *Anoressia nervosa (tipo con restrizioni, tipo con abbuffate/condotte di eliminazione);*
- c. *Bulimia nervosa;*
- d. *Disturbo da binge-eating o Disturbo da alimentazione incontrollata (e Night Eating Syndrome);*
- e. *Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione;*
- f. *Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione*
- g. *Pica e disturbo da ruminazione*

a. Disturbo evitante/restrittivo (e selettivo) dell'assunzione di cibo

In precedenza chiamato disturbo della nutrizione dell'infanzia o della prima fanciullezza, è stato spostato e i criteri diagnostici sono stati ampliati. Alcune condotte alimentari, come il ridotto apporto di cibo o l'evitamento di alcuni alimenti, sono comuni nell'età infantile e possono persistere in età adulta. Il disturbo di assunzione di cibo evitante/restrittivo inizia infatti specificatamente durante l'infanzia ma si può sviluppare a qualsiasi età. Nell'infanzia assomiglia al cosiddetto modo di fare abbastanza comune di "mangiare in maniera schizzinosa" ovvero i bambini rifiutano di mangiare determinati alimenti o cibi di certi colori, consistenza o odore. È abbastanza comune fra i bambini la ritrosia verso i cibi nuovi e una buona dose di selettività nei cibi che assumono e, di solito, è per pochi alimenti e sia l'appetito del bambino che l'assunzione alimentare complessiva con la conseguente crescita e lo sviluppo sono normali.

Al contrario, i pazienti con assunzione di cibo evitante/restrittivo non possono mangiare perché perdono interesse nel mangiare o perché temono che il mangiare possa portare a conseguenze dannose come soffocamento o vomito.

La restrizione del cibo porta a una perdita di peso significativa, a una mancata crescita come previsto nei bambini, a una significativa carenza nutrizionale, a una dipendenza dal supporto nutrizionale e/o a un grave disturbo del funzionamento psicosociale.

La terapia cognitivo-comportamentale è comunemente usata per aiutare i pazienti a normalizzare la loro alimentazione e li aiuta a dissolvere gli stati ansiosi per ciò che mangiano.⁸⁴

⁸⁴ Bressi C., Invernizzi G. (2017) *Psichiatria e Psicologia Clinica*, 5 ed. Mc Growhill

b. L'anoressia Nervosa

È la forma più nota di disturbo alimentare⁸⁵, la prima identificata come entità nosografica autonoma, è l'Anoressia, oggi detta Nervosa, un tempo anche "Mentale" per sottolinearne la natura essenzialmente psicologica. L'Anoressia è legata primariamente ad un ingiustificato, quanto esasperato, timore di ingrassare e interessa tipicamente il genere femminile.⁸⁶ In base ad i criteri diagnostici del DSM 5, occorre:

- A. Ricontrare restrizione nell'assunzione di calorie in relazione alle necessità, che porta a un peso corporeo significativamente basso nel contesto di età, sesso, traiettoria di sviluppo e salute fisica. Il peso corporeo significativamente basso è definito come un peso inferiore al minimo normale oppure, per bambini e adolescenti, meno di quello minimo previsto.
- B. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche se significativamente basso
- C. Alterazione del modo in cui viene vissuto dall'individuo il peso o la forma del proprio corpo ed eccessiva influenza di questi sui livelli di autostima oppure persistente mancanza di riconoscimento della gravità dell'attuale condizione di sottopeso.

Sempre il DSM 5 richiede inoltre di specificare se con:

- Restrizioni, nel caso in cui, durante gli ultimi 3 mesi, il soggetto non abbia presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione, come ad esempio vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi, in questo sottotipo la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la dieta, il digiuno e/o l'attività fisica
- Con abbuffate/condotte di eliminazione, nei casi in cui, durante gli ultimi 3 mesi, il paziente abbia presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione, quali ad esempio vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi.

Per l'Anoressia nervosa sono stati introdotti nuovi specificatori per l'eventuale grado di remissione o di gravità basati sull'indice di massa corporea (IMC) per gli adulti e sul percentile dell'IMC, per bambini e adolescenti. Il livello di gravità può essere:

- Lieve: IMC > 17 kg/m²

⁸⁵ Spence S., Courbasson C. (2012) The role of emotional dysregulation in concurrent eating disorders and substance use disorders. *European Eating Disorders Review: The Journal of Eating Disorders Association* 20(3): 182-189. Doi: 10.1002/erv.1140

⁸⁶ Dalle Grave R., Calugi S., Conti M., et al. (2013) Inpatient cognitive behaviour therapy for anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics* 82:390-3988. Doi: 10.1159/000350058

- Moderata: IMC 16-16,99 kg/m²
- Grave: IMC 15-15,99 kg/m²
- Estrema: IMC < 15 kg/m²

La paura di ingrassare è oggi molto comune, non solo negli adolescenti. I prodotti che promettono di far perdere peso occupano, infatti, uno spazio ragguardevole nella pubblicità, come nelle farmacie. Ciò che contraddistingue la condizione anoressica sono però le modalità particolari con cui il timore di ingrassare si manifesta. Nella maggior parte dei casi ad esordio adolescenziale la personalità premorbose è caratterizzata da tratti di perfezionismo, coscienziosità, competitività e necessità di ottenere sempre il massimo delle proprie prestazioni⁸⁷. Spesso una semplice dieta, se assume il carattere della ossessività è il primo segnale della malattia, altre volte vi sono lamentele somatiche riguardanti soprattutto la digestione che giustificerebbero la restrizione. Le conseguenze mediche dell'anoressia nervosa sono varie e possono comportare conseguenze anche molto gravi (squilibri elettrolitici, amenorrea, disturbi gastrointestinali, osteoporosi, anomalie neurologiche, parestesie, spasmi muscolari, crisi epilettiche). Se è vero tuttavia che alcuni soggetti possono guarire dopo un singolo episodio, con qualche manifestazione di andamento fluttuante dell'aumento di peso seguito da recidiva, altri invece possono cronicizzarsi nel corso degli anni. Può essere richiesto il ricovero in ambiente ospedaliero per recuperare il peso corporeo e per le diverse complicazioni mediche e non deve essere sottostimato il tasso di mortalità per l'anoressia nervosa che è di circa il 5% per decennio. Il decesso può infatti essere successivo a complicazioni mediche associate al disturbo stesso (insufficienza cardiaca, Edema e disidratazione, depressione, ansia, irritabilità, labilità emotiva) ma può realizzarsi anche per suicidio.

Il tasso di remissione dell'anoressia nervosa è del 25% dei casi circa dopo 3 anni dall'esordio e del 75% dopo 8 o più anni. Nel 15% dei casi il disturbo diventa cronico. La prognosi è positiva se trattasi di giovane età e di breve durata del disturbo mentre è negativa se vi è presenza di complicanze mediche o comorbilità psichiatriche.

La diagnosi differenziale va posta con il disturbo depressivo (si può verificare, non sempre, una grave perdita di peso) e con la schizofrenia (pazienti psicotici in cui coesistono bizzarri comportamenti alimentari e raramente mostrano la paura di aumentare di peso) mentre è necessario accertare, per la diagnosi di anoressia nervosa, la percezione della distorsione dell'immagine corporea.

⁸⁷ Marzola E., Abbate-Daga G., Brustolin A. et al. (2013), *Clinical outcomes of a day hospital treatment program for eating disorders*. Annual Meeting of the Eating Disorders Research Society, Bethesda, Maryland, 19-21 September 2013

Gli approcci psicoterapici⁸⁸ più efficaci nell'Anoressia Nervosa sono quello cognitivo-comportamentale e quello relazionale sistemico, molto meno quello relativo alla psicoterapia psicodinamica⁸⁹. In età infantile e adolescenziale è indicata la terapia familiare. Importante la psicoeducazione alimentare, con l'illustrazione degli effetti biologici della restrizione, del dimagrimento e dell'amenorrea, l'impiego di automonitoraggio sul quale le pazienti riportano ciò che hanno mangiato, i pensieri e le emozioni connesse con le eventuali condotte di compenso⁹⁰. In ogni caso l'approccio multidisciplinare integrato è indicato dal Ministero della Salute e dalle Linee Guida nazionali ed internazionali, come il più indicato.

c. La Bulimia

La **Bulimia Nervosa** come entità nosografica autonoma nasce molto più tardi rispetto all'anoressia, precisamente nel 1980 con la prima edizione del DSM 3. Nel DSM V è stata abbassata la soglia diagnostica, per cui ora è necessario che le abbuffate o le condotte compensatorie siano presenti almeno una volta alla settimana per un periodo di 3 mesi ed il livello di gravità viene assegnato in base al numero delle condotte compensatorie inappropriate che si hanno durante una settimana. Non rappresenta una variante dell'anoressia ma ha un quadro autonomo da un punto di vista psicopatologico con crisi bulimiche periodiche che interrompono la restrizione alimentare con abbuffate pantagrueliche, per lo più in solitudine. L'abbuffata è seguita da forte disagio psicologico, senso di colpa e spesso dalle cosiddette 'condotte di eliminazione' del cibo lo stesso per il timore angosciante dell'aumento di peso (vomito, uso di lassativi o diuretici, iperattività fisica, ecc.). La diagnosi secondo il DSM 5 segue i seguenti criteri:

- Ricorrenti episodi di abbuffata che può essere definita da:
 - Mangiare in un determinato periodo di tempo (ad esempio due ore) una quantità di cibo elevata, superiore a quella che la maggior parte delle persone assumerebbe nello stesso tempo e circostanze.
- Sensazione di perdere il controllo mentre si sta mangiando, non riuscire a smettere di mangiare o a controllare ciò che si sta mangiando
- Devono essere presenti ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva

⁸⁸ Fennig S., Brunstein Klomek A., Shahar B. et al. (2015), Inpatient treatment has no impact on the core thoughts and perceptions in adolescents with anorexia nervosa. *Early intervention in Psychiatry*. Doi: 10.1111/eip.12234

⁸⁹ Zipfel S., Wild B., Gorb G., et al. and ANTOP Study Group (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy and optimized treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP Study): Randomized control trial. *Lancet* 383: 127-137. Doi: 10.1016/S0140-6736(13)61746-8.

⁹⁰ Stiles-Shields C., Touyz S., Hay P. et al. (2013) Therapeutic alliance in two treatments for adults with severe and enduring anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. Doi: 10.1002/eat.22187

- Tali condotte devono verificarsi entrambe in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi
- I livelli di autostima sono indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo e l'alterazione non deve manifestarsi esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.

Il livello di gravità varia da una media di:

- 1-3 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana,
- moderata, con una media di 4-7 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana,
- grave, con una media di 8-13 episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana,
- estrema, con una media di 14 o più episodi di condotte compensatorie inappropriate a settimana.

La prevalenza a 12 mesi della bulimia nervosa tra individui giovani di sesso femminile è dell'1-1,5% ma è più alta tra i giovani adulti, dato che il disturbo ha il suo picco nella tarda adolescenza e nella prima età adulta. Il disturbo è molto meno comune nei maschi rispetto alle femmine, con un rapporto femmina-maschio di circa 10:1.

La bulimia nervosa regredisce in circa il 27% dei casi ad un anno dall'esordio e di oltre il 70% dopo 10 anni con circa il 23% di forme croniche nella popolazione.

La Diagnosi differenziale va posta poi con il disturbo depressivo maggiore con caratteristiche atipiche, e pur se l'iperfagia è comune, in questo disturbo non si riscontrano condotte compensatorie inappropriate né eccessiva preoccupazione per la forma e il peso del corpo, proprie della bulimia nervosa.

La bulimia nervosa va peraltro differenziata dal disturbo borderline di personalità poiché la condotta da binge-eating rientra nel criterio del comportamento impulsivo proprio del disturbo borderline di personalità. Se si soddisfano i criteri di entrambi i disturbi si può porre la doppia diagnosi.

Il bulimico controlla la forma del proprio corpo ed il peso in maniera ossessiva. Altre volte invece c'è un evitamento totale dello specchio o della bilancia ma, in entrambi i casi, questi comportamenti determinano un mantenimento dell'insoddisfazione corporea e non è infrequente, soprattutto nel caso di comorbidità della bulimia, la presenza di altri comportamenti disfunzionali messi in atto per la modulazione di stati mentali negativi, ovvero per ridurre la consapevolezza o neutralizzarli. Tra gli altri comportamenti disfunzionali indicati come "bulimia multi impulsiva" disfunzionali vi sono l'autolesionismo (bruciarsi o procurarsi tagli cutanei), l'assunzione di sostanze psicoattive (alcol, droghe, farmaci) e persino il tentato suicidio.

Le complicanze mediche sono frequenti e possono mettere a rischio la vita delle pazienti anche perché, di solito, passano dai 3 ai 6 anni prima di rivolgersi al medico o allo specialista ed il decorso può diventare cronico.

L'anoressia nervosa in anamnesi è presente nel 5% dei casi nella popolazione generale e nel 30-80% nella popolazione clinica mentre la presenza di sintomi depressivi è rilevabile nel 75% dei casi. È stato riportato un rischio elevato di mortalità nei soggetti con bulimia nervosa pari a circa il 2% per singolo decennio.

Secondo le linee guida internazionali la terapia è caratterizzata da un intervento integrato tra psichiatri, medici internisti, nutrizionisti e psicologi-psicoterapeuti.

Le psicoterapie più efficaci in questo disturbo sono quella cognitivo-comportamentale e quella interpersonale mirata alla presa di coscienza degli stati d'animo negativi, collegati alle diverse problematiche e alla difficoltà nello sviluppo di rapporti interpersonali.

d. Disturbo da Alimentazione Incontrollata - *Binge-Eating Disorder (BED)*

Il Binge-Eating Disorder è caratterizzato da episodi ricorrenti di abbuffata, non con condotte di eliminazione, proprie della bulimia nervosa. È presente nel 30% nei casi di obesità, e nell'80% nei casi di disturbo è presente in comorbilità con altri quadri psicopatologici quali i disturbi dell'umore.

La diagnosi di disturbo da binge-eating, in base ad i criteri del DSM 5, va effettuata grazie all'associazione di 3 o più delle seguenti caratteristiche presente almeno una volta a settimana per una durata minima di tre mesi:

- Mangiare molto più rapidamente del normale
- Mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni
- Mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente affamati
- Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando
- Sentirsi disgustati verso sé stessi, depressi o in colpa per l'episodio

Il disturbo non deve essere associato alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate e non verificarsi esclusivamente in corso di anoressia nervosa o bulimia.

Il livello di gravità è basato sulla frequenza delle abbuffate e varia da:

- lieve, con una media di 1-3 episodi di abbuffate a settimana
- moderata, con una media di 4-7 episodi di abbuffate a settimana
- grave, con una media di 8-13 episodi di abbuffate a settimana
- estrema, con una media di 14 o più episodi di abbuffate a settimana

e. Night Eating Syndrome

È un disturbo alimentare è caratterizzato da:

- un pattern pressoché giornaliero di assunzione di cibo che incrementa significativamente la sera e la notte. Il paziente salta per lo più la colazione la mattina perché non ha appetito, spesso mangia poco a pranzo e poi incrementa progressivamente l'assunzione del cibo durante la sera e la notte
- da episodi in cui il paziente mangia dopo essersi svegliato durante la notte o si sveglia per mangiare.

Il DSM cita questa sindrome tra gli altri disturbi alimentari specificati ma, in realtà, si tratta per il DSM di una diagnosi residuale che va formulata quando non sono soddisfatti tutti i criteri per la diagnosi ad esempio di *binge eating disorder*. È controversa la considerazione di classificare la *Night Eating Syndrome* come un disturbo a sé stante e, attualmente, si tende a considerarla soltanto come l'espressione del proliferare delle etichette diagnostiche. Un dato interessante tuttavia è che questo pattern alimentare, comunque lo si voglia considerare, è molto frequente fra gli obesi (15-25%) mentre nella popolazione con peso nella norma questo pattern non supera l'1,5%.

Per quanto riguarda la diagnosi differenziale occorre fare particolare attenzione con la bulimia nervosa che contempera una condotta compensatoria inappropriata, es. eliminazione o l'attività fisica eccessiva, assente invece nel disturbo da binge-eating.

f. Comorbilità

Il BED può essere associato a significative comorbilità psichiatriche paragonabili a quelle della bulimia nervosa e dell'anoressia nervosa. I disturbi più comunemente presenti in comorbilità sono i disturbi bipolari, i disturbi depressivi, i disturbi d'ansia e, in misura minore, i disturbi da uso di sostanze.

Terapia Cognitivo Comportamentale - Cognitive Behaviour Therapy (CBT)

La CBT per la bulimia nervosa, sviluppata nei primi anni ottanta in Inghilterra presso l'Università di Oxford, si è dimostrata efficace in numerosi studi clinici, tanto che il National Institute for Clinical Excellence (NICE) ha raccomandato questo tipo di intervento come terapia di prima linea, e, successivamente, è stata sviluppata nella *“Enhanced Cognitive Behaviour Therapy” CBT-E* (terapia cognitivo comportamentale migliorata).

Terapia Cognitivo Comportamentale Migliorata - Enhanced Cognitive Behaviour Therapy (CBT-E)

La CBT-E è un approccio psicoterapeutico utilizzabile sia nell'anoressia nervosa sia nella bulimia sia nel disturbo da alimentazione incontrollata.

L'anoressia nervosa insorge in giovane età ed evolve in bulimia dopo alcuni anni di malattia mentre, altre volte, soggetti con binge-eating disorder mostrano fasi bulimiche. Entrambi i disturbi, anoressia e bulimia nervosa possono evolvere in disturbi dell'alimentazione aspecifici (ADA).

La CBT-E analizza principalmente i processi cognitivi e i comportamenti implicati nel mantenimento dei disturbi dell'alimentazione. La teoria postula che l'eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione siano il nucleo psicopatologico centrale dei disturbi dell'alimentazione. Le persone affette da un disturbo dell'alimentazione si valutano pressoché esclusivamente in base al controllo che riescono ad esercitare sulla forma del corpo e sull'alimentazione.

La CBT-E va individualizzata e risulta:

- Applicabile a tutti i disturbi dell'alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbi dell'alimentazione atipici)
- Il disturbo dell'alimentazione non è rilevante per il trattamento, piuttosto il contenuto della cura è dettato dalle caratteristiche psicopatologiche e dai processi di mantenimento presenti
- È un trattamento sempre più individualizzato
- Focalizzata sull'eccessiva valutazione delle forme corporee e del peso
- È una forma di terapia in continua evoluzione sulla base delle esperienze cliniche e dei dati della ricerca (terapia "evidence based")

Campanelli d'allarme per DA⁹¹:

Segnali e sintomi che devono far «agire subito» (il disturbo è già attivo)

- Digiunare e saltare i pasti regolarmente
- Rifiutarsi di mangiare con la famiglia
- Cicli mestruali saltati in concomitanza con la perdita di peso
- Episodio di abbuffata
- Vomito autoindotto
- Ritrovamento di farmaci dimagranti o lassativi
- Esercizio fisico eccessivo (più di 1 ora al giorno)
- Rifiuto di permettere ad altri di preparare i pasti
- Conteggio delle calorie e controllo delle porzioni
- Si rifiuta di mangiare con gli amici

g. Pica e disturbo da ruminazione – Allotriofagia o Mericismo

Il Disturbo da Ruminazione, anche definito Allotriofagia o Mericismo, si caratterizza per il continuativo rigurgito del cibo per almeno un mese. Nella versione precedente del DSM era inserito nel paragrafo "Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione dell'infanzia o della prima fanciullezza", del capitolo "Disturbi solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza".

⁹¹ Tasca G.A., Balfour L. (2014) Attachment and eating disorders: A review of current research. International Journal of Eating Disorders 47(7): 710-717

Di solito è un comportamento quotidiano ed il cibo, prima ingerito, anche parzialmente digerito, viene rigurgitato in bocca e può essere poi rimasticato, ringoiato o sputato, senza nausea o disgusto o conati di vomito. La funzione del comportamento appare autoconsolatoria e di autostimolazione.

Per la diagnosi è necessaria l'esclusione di condizioni gastrointestinali

L'entità della letteratura sulla pica è comunque frammentata ed è difficile trovare una sintesi precisa di questa condizione poiché c'è poca coerenza nella definizione, nella classificazione delle sostanze ingerite, nell'individuazione delle caratteristiche principali dei praticanti, nel consigliare il trattamento ⁹²

La gravità della situazione dei disturbi alimentari

Le persone che hanno un disturbo alimentare psicogeno generalmente evitano di ricorrere ad aiuti esterni. Gli stessi genitori esitano a ricercare soluzioni al problema alimentare all'esterno della famiglia nella convinzione di riuscire ad aiutare la figlia o il figlio, bambini o adolescenti, a superare il problema. Gli adolescenti ma anche gli adulti nascondono a lungo agli stessi familiari i propri comportamenti inappropriati che si realizzano nel vomito o nell'assunzione di lassativi, e, altrettanto dicasi in presenza di altri sintomi, ricorrendo invece compulsivamente a diete che regolarmente si dimostrano un fallimento che si ripercuote nella sfera psichica. In realtà la migliore strada per la risoluzione della situazione sarebbe quella di rivolgersi il prima possibile agli specialisti in quanto la tempestività della decisione incide sulle probabilità di recupero della salute. Al contrario, come del resto in altre psicopatologie, la cronicità del disturbo rappresenta un indicatore prognostico negativo.

Prospettive terapeutiche farmacologiche

Recenti studi hanno permesso l'identificazione di una nuova molecola, oleoiletanolamide, più nota con il suo acronimo OEA, deriva dal suo ruolo ben caratterizzato come segnale di sazietà per il cervello e come regolatore del metabolismo, soprattutto quello dei grassi". L'OEA è in grado di prevenire lo sviluppo di un comportamento alimentare anomalo, di tipo binge, e agisce modulando l'attività di circuiti cerebrali che rispondono alle proprietà piacevoli del cibo e/o all'esposizione a una condizione stressante" in grado pertanto di prevenire o curare i disturbi del comportamento alimentare" secondo quanto emerge da un articolo pubblicato sulla rivista scientifica *Neuropsychopharmacology* e firmato dalla Società Italiana di Farmacologia (2021)⁹³.

⁹² Mascolo M. Mancini V. (2017). La pica: un disturbo dalle voglie alimentari insolite. *State of Mind*

⁹³ A Romano et al. Oleoylethanolamide decreases frustration stress-induced binge-like eating in female rats: a novel potential treatment for binge eating disorder *Neuropsychopharmacology* (2020) 0:1 – 11

2.2.6 Dipendenza dal lavoro - Workaholism

La sindrome della dipendenza dal lavoro o **sindrome da workaholism**⁹⁴ è stata introdotta nel lontano 1971 dallo psicologo statunitense Wayne Oates e consiste in un disturbo mentale chiamato anche **sindrome ossessivo-compulsiva** o **SOC** (*obsessive-compulsive syndrome - OCS*)⁹⁵ ovvero un comportamento patologico di una persona troppo dedicata al lavoro con grande dispendio di energia personale, trascurando la propria famiglia e il proprio tempo libero, ponendo in secondo piano quindi sia la sua vita sociale che familiare sino a causare danni a se stesso ed alle persone vicine. Il fenomeno⁹⁶ è in crescita negli ultimi anni anche a causa della scarsa disponibilità di lavoro (effetto paradosso) o la paura di perdere la propria posizione lavorativa legata anche all'innovazione tecnologica che ha, di fatto, molto ridotto il confine fisiologico tra vita privata e attività professionale.⁹⁷ Già Brod⁹⁸ definì il fenomeno del tecno-stress come “un moderno disagio di adattamento causato dall'incapacità di far fronte alle nuove tecnologie in modo sano. Questo si manifesta in due modi distinti, ma correlati: nella lotta per accettare le nuove tecnologie informatiche e nella forma più specifica di identificazione eccessiva con le *information and communication technologies* (ICTs). Il sintomo principale di coloro che sono ambivalenti, riluttanti o timorosi nei confronti dei computer è generalmente un'ansia che si esprime sotto forma di irritabilità, mal di testa, incubi. Essa affligge più comunemente coloro che si sentono sotto pressione nei confronti dei propri datori di lavoro, dei propri colleghi o di una cultura che in generale implica l'accettazione delle ICTs. Le nuove tecnologie ed eccesso di identificazione con queste, possono infatti essere facilmente associate a fenomeni quali la techno-anxiety o la techno-addiction.

Il panorama dei disagi dovuti ad un uso eccessivo e sregolato delle nuove tecnologie si è però allargato sino a includere sindromi come quella dell'Ansia da disconnessione. Quando siamo connessi siamo “al sicuro” perché potenzialmente o effettivamente viviamo una condizione di collegamento con le nostre reti sociali, mentre l'assenza di questa condizione provoca un senso di mancanza e, oggi, essere collegati è quasi la norma. Essere offline è invece diventata un'eccezione.

⁹⁴ W.E. Oates. *Confessions of a Workaholics: The Facts about work addiction*. New York, World Publishing, 1971.

⁹⁵ Andreassen C.S., Hetland J., Pallesen S. (2010) The Relationship Between 'Workaholism', Basic Needs Satisfaction at Work and Personality, *European Journal of Personality*, 24:3-17

⁹⁶ Burke R.J. (2006) *Research companion to working time and work addiction*, Northampton: Edward Elgar Publishing

⁹⁷ Galimberti C. e Gaudioso F. *Tecnostress: stato dell'arte e prospettive d'intervento. Il punto di vista psicosociale*. Rivista Di Ateneo Tutela e Sicurezza del Lavoro Università degli Studi di Milano Bicocca Dipartimento di Scienze Economico-Aziendali e Diritto per L'economia. N.1, 2015

⁹⁸ “Technostress: the human cost of computer revolution”, testo ad opera di Craig Brod (1984)

Un tale contesto generale comporta nella persona una preferenza patologica nel dedicare al proprio lavoro anche il proprio tempo libero a disposizione giungendo a comportamenti simili rispetto a quanto gli alcolisti assumono nei confronti dell'alcol (si cercano scuse per lavorare anche nei giorni di riposo o festivi, non riuscendo a rispettare i limiti autoimposti).

La workaholism, tuttavia, non produce effetti nell'ambito della sola vita lavorativa (ossessività accompagnata ad apprensione o ansietà; impulsività con stati di nervosismo, irritabilità o comportamenti aggressivi che limita la capacità della persona nel regolare sé stesso in tutte le situazioni; compulsività per cui la persona agisce senza considerare le conseguenze e le reazioni che le sue azioni possono produrre) ma anche dal punto di vista psicologico⁹⁹ con forte ansia, atteggiamento ossessivo-compulsivo, disturbi del sonno e perfezionismo maniacale. Successivamente, insorgono anche problematiche fisiche (disturbi cardiocircolatori, emicrania, mialgia e gastralgia) con la propensione ad iniziare l'utilizzo di sostanze psicoattive per "superare" i ritmi lavorativi giungendo così ad una situazione aggiuntiva paragonabile ad una classica dipendenza.

La workaholism è comunque socialmente accettata e difficile da diagnosticare essendo il lavoro un'attività necessaria per vivere e anche un mezzo di affermazione nel sociale con il relativo status. A differenza delle altre forme di dipendenza, la dipendenza dal lavoro non porta benefici immediati dato lo stress psico-fisico che la persona stimola con l'incremento della sua attività ma si instaura a partire da ricompense secondarie, il piacere indiretto dell'azione lavorativa protratta e ripetuta.

Ovviamente, l'ambiente di lavoro con una persona affetta da workaholism risente negativamente di tale dipendenza che può essere maggiormente negativa nel caso in cui abbia un ruolo manageriale.

Alcuni studi hanno individuato i cinque sintomi del workaholic:

- ✓ Dedicare volontariamente molto più tempo al lavoro;
- ✓ Lavorare per eliminare i sensi di colpa, ansia oppure depressione;
- ✓ Preferire prima il lavoro rispetto agli hobby, all'attività fisica oppure alla famiglia;
- ✓ Avere costanti preoccupazioni collegati al lavoro come ad esempio: scadenze da rispettare, paura di perdere il lavoro, ecc.;

⁹⁹ Gioacchino Lavanco, Anna Milio "Psicologia della dipendenza dal lavoro", Astrolabio 2006

- ✓ Sentirsi stressati se qualcosa vi impedisce di svolgere la propria attività lavorativa.

Coloro che sviluppano questa dipendenza da lavoro non sono in grado di rilassarsi del tutto ma sono alla continua ricerca di cose da fare e dedicano qualunque momento libero ad altre attività lavorative.

2.2.7 Dipendenza da esercizio fisico - Workout

Per dipendenza da esercizio fisico si intende un **disturbo** che si caratterizza con la necessità di sottoporsi continuamente all'**allenamento**¹⁰⁰. Il workout si trasforma nell'unica ragione di vita, diventando prioritario su tutto il resto. Le persone che ne sono affette non riescono a rinunciare allo sport nemmeno momentaneamente, con importanti problemi sia fisici che psicologici. A livello del corpo si manifestano problematiche ai tendini e ai muscoli. Si incentiva la produzione di acido lattico, si vengono a creare infiammazioni croniche, così come lesioni sia all'apparato scheletrico che ad alcuni organi. Per quanto riguarda la psiche, invece, il disturbo si caratterizza con ansia, timore, agitazione, sensazione di vuoto e depressione¹⁰¹ ogni qualvolta non sia possibile sottoporsi a una sessione in palestra.

La dipendenza da esercizio fisico ha caratteristiche simili alle altre dipendenze da comportamento. Alcuni studiosi, sono riusciti ad individuare delle categorie di "maniaci sportivi", cioè persone che si rapportano in modo non equilibrato all'attività sportiva¹⁰²:

- ✓ "sani nevrotici", ossia coloro che traggono un positivo miglioramento dalla pratica sportiva, accompagnata da un senso di benessere, di realizzazione e di successo.
- ✓ "sportivi compulsivi", in cui l'attività fisica è un modo come un altro per sostenere una precisa routine che conferisce un senso di controllo e di superiorità morale, lenisce uno stato di malessere che la persona prova al di fuori dell'attività fisica oppure, al contrario, può rappresentare l'unico momento della giornata in cui ci si sente vivi e attivi, in contrasto con un'esistenza che appare vuota e priva di significato.

¹⁰⁰ Dipendenza da Esercizio Fisico. Scienze motorie, 2020

¹⁰¹ American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Text Revision), 4th ed.; American Psychiatric Association: Washington, DC, USA, 2000.

¹⁰² Bruno A, Quattrone D, Scimeca G, et al. (2014). Unraveling exercise addiction: the role of narcissism and self-esteem. J Addict. 2014; 2014:987841.

- ✓ “dipendenti dallo sport”, in cui l’attività fisica ha una funzione di regolatore dell’umore e di uno squilibrio interno e in cui essa finisce per dominare in modo crescente l’intera vita.

La dipendenza da esercizio fisico è simile alle altre dipendenze ed è quasi quattro volte più comune tra persone con un disturbo alimentare. La ricerca condotta da Trott della Anglia Ruskin University (ARU)¹⁰³ è stata la prima a misurare i tassi di dipendenza da esercizio fisico in gruppi di persone con e senza le caratteristiche di un disturbo alimentare. La meta-analisi ha esaminato i dati di 2.140 partecipanti attraverso nove diversi studi, tra cui Regno Unito, Stati Uniti, Australia e Italia ed è stato scoperto che le persone che presentano caratteristiche di un disturbo alimentare hanno 3,7 volte più probabilità di soffrire di dipendenza da fitness rispetto alle persone che non mostrano alcuna indicazione di un disturbo alimentare.

Nel corso degli anni, psichiatri e psicoterapeuti hanno evidenziato alcuni segnali che potrebbero confermare la presenza della dipendenza da fitness intesa non come una semplice passione per lo sport bensì come una condizione di estremo disagio, con vere e proprie crisi d’astinenza quando non ci si può allenare. Tra questi, i segnali di allarme sono risultati:

- Senso di colpa quando non ci si può allenare;
- Desiderio di superare continuamente il proprio limite fisico, imponendo traguardi sempre nuovi e spesso irrealizzabili;
- Rinuncia al riposo ed al sonno;
- Aumento della frequenza dell’allenamento e bisogno di sessioni sempre più intense di attività fisica prima di raggiungere una sensazione di soddisfazione;
- Sviluppare sintomi d’astinenza come ansia, agitazione, depressione e stanchezza;
- Sovraccarico del fisico, anche in caso di infortuni, malesseri o altre condizioni di salute;
- Sacrificio delle altre attività umane e sociali.

Riconoscere una dipendenza da sport è difficile per via della grande considerazione positiva, largamente condivisa, attorno a tale pratica. L’attività fisica è solitamente connessa positivamente con salute e benessere sebbene, in alcuni casi, lo sport possa dar vita a una vera e propria dipendenza o Workout¹⁰⁴.

¹⁰³ Trott, Sarah E. Jackson, Joseph Firth, Louis Jacob, Igor Grabovac, Amit Mistry, Brendon Stubbs, Lee Smith. A comparative meta-analysis of the prevalence of exercise addiction in adults with and without indicated eating disorders. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 2020; DOI: 10.1007/s40519-019-00842-1

¹⁰⁴ Lichtenstein, M. B., Emborg, B., Hemmingsen, S. D., Hansend, N. B (2017). Is exercise addiction in fitness centers a socially accepted behavior? *Addictive Behaviors Reports* 6,102–105

Lasciarsi andare ad un'attività eccessiva e incontrollabile può portare a effetti negativi ricorrenti, aumentando l'incapacità di gestire contesti di vita diversi, come quello sociale e lavorativo ad esempio, e la suscettibilità a lesioni muscolo-scheletriche; in aggiunta, il sovrallenamento aumenta il rischio di problemi acuti (ipoglicemia, dolore toracico, aritmia, lesioni muscolo-scheletriche, etc.) con conseguente malfunzionamento del sistema immunitario¹⁰⁵. Questo fenomeno può essere definito come un disturbo da dipendenza da sport, caratterizzata da perdita del controllo del proprio comportamento e del pensiero, sfociando in una compulsione, in cui si manifestano i sintomi di una dipendenza di tipo comportamentale.

Nel DSM-5 è considerato tra i disturbi da dipendenza comportamentale. Non è ufficialmente inserito nella classificazione, ma secondo Griffith¹⁰⁶ si riconosce nelle stesse caratteristiche di una dipendenza comportamentale: la preminenza (il comportamento assume la maggiore importanza per la persona), l'influenza sul tono dell'umore (disturbi di tipo emotivo correlati sia alla pratica che all'astensione), la tolleranza (intensificarsi del comportamento per indurre effetti sempre più intensi), l'astinenza (sensazioni negative dovute al fare attività fisica), il conflitto (conflitti che si verificano nella vita della persona tra la dipendenza e altri aspetti, su cui comincia ad avere sempre più la meglio), la recidiva (alto drop-out).¹⁰⁷

Non è ancora ben chiaro il meccanismo che instaura una dipendenza e se può essere considerata realmente come tale in ogni individuo (anche paragonandola alle più comuni ed attuali come il gioco d'azzardo o la internet addiction), oltre ciò non sono ancora delineati i confini tra attività normale e dipendenza negativa da sport. In psicoterapia deve essere preso in considerazione il rapporto che la persona ha con lo sport, quanto ne pratica e se per avere maggiori prestazioni si aiuta con integratori, ciò può essere utile in fase iniziale per approfondire altri aspetti che vanno a definire la diagnosi e specificare se lo sport può essere un prodromo di altre comorbilità o diagnosi differenziali con specifici di disturbi. Può essere utile indagare come viene percepito il fare sport, se è vissuto come una compulsione, o se è realmente un momento di svago o di distacco con i problemi, o ancora se è fatto al fine di raggiungere un peso-forma ideale. In ogni caso specifico, sarà necessario valutare la tecnica psicoterapeutica più adatta al raggiungimento di un equilibrio e adeguate strategie di coping e che affronti i comportamenti disfunzionali rispetto alla pratica sportiva e la problematica psichica che li sostiene.

¹⁰⁵ Vinciullo F. (2016). Exercise addiction: dipendenza o comorbilità? State of Mind.

¹⁰⁶ M Griffiths A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework - Journal of Substance use, 2005

¹⁰⁷ A Foster, G Shorter, M Griffiths Muscle dysmorphia: Could it be classified as an addiction to body image? - Journal of Behavioral Addictions, 2015

2.2.8 Dipendenza affettiva/tossicomania oggettuale (ricerca continuativa e incessante di esperienze sentimentali e di stati di innamoramento)

La **dipendenza affettiva** detta anche “Love Addiction”, rientra nel novero delle “**new addictions**” ovvero le nuove forme di dipendenza comportamentale vale a dire quei processi che presentano le stesse caratteristiche della tossicodipendenza, ma non sono causati dall'azione di una sostanza di abuso. Attualmente, non viene contemplata come diagnosi ma, a partire dagli anni '70, è stata esplorata e definita, in misura sempre maggiore, come un disturbo autonomo, che mostra tratti analoghi a tutte le tipologie di dipendenza e, al contempo, caratteristiche peculiari che riguardano l'innamoramento e la relazione sentimentale¹⁰⁸.

Ciò che differenzia un'addiction da un'altra è la peculiare esperienza o comportamento che aiuta la persona a gestire i momenti positivi/negativi della propria vita e che, con l'instaurarsi dell'assuefazione, diventa un'inevitabile trappola. Nella **dipendenza affettiva**, le esperienze tendono a ricadere all'interno di due categorie:

- le fantasie romantiche, che aiutano ad attenuare la paura della solitudine e del rifiuto, promettendo “felicità eterna”
- l'esperienza del legame di attaccamento, che calma la paura, consapevole o inconsapevole, di essere abbandonati e illude di eliminare la solitudine e le carenze nell'autostima.¹⁰⁹

Per alcune persone, le relazioni diventano fonte di insoddisfazione e frustrazione ma, pur nella difficoltà di prolungare il legame, prevale il pensiero negativo di rimanerne privati.¹¹⁰ È all'interno di questa agitazione tra il “non poter vivere con” e il “non poter vivere senza” che il funzionamento della persona dipende dalla propria relazione affettiva¹¹¹.

Nelle prime fasi dell'innamoramento, le persone esibiscono diversi sintomi correlati alle dipendenze, sia da sostanze che comportamentali (euforia, astinenza, tolleranza, dipendenza fisica e psicologica, ricaduta) e l'amore di per sé si potrebbe paragonare ad una sostanza d'abuso. In ogni caso, una relazione stimola le aree cerebrali legate alla ricompensa, analogamente a quanto avviene con le sostanze stupefacenti ma, egualmente, chiudere una relazione può provocare ansia e depressione. In entrambi i casi, le risposte emotive sono strettamente correlate alle reazioni fisiche, producendo una potente spinta verso l'instaurare o il mantenere

¹⁰⁸ Fisher H.E., Xu X., Aron A., Brown L.L. (2016). Intense, passionate, romantic love: A natural addiction? How the fields that investigate romance and substance abuse can inform each other. *Front Psychol* 7:687.

¹⁰⁹ Jantz G.L., Clinton T., McMurray A. (2015). Don't call it love: Breaking the cycle of relationship dependency.

¹¹⁰ Peabody S. (1989). *Addiction to love: Overcoming obsession and dependency in relationships*. Ten Speed Press.

¹¹¹ Earp B.D., Wudarczyk O.A., Foddy B., Savulescu J. (2017). Addicted to love: What is love addiction and when should it be treated? *Philos Psychiatr Psychol* 24(1): 77 – 92.

una relazione affettiva. Pertanto, la relazione diventa l'obiettivo e, parallelamente, la ricompensa che concederà alla persona dipendente di ridurre la sofferenza e sentirsi meglio.

Uno dei centri cerebrali legati alla ricompensa si trova all'interno del sistema limbico: quest'area costituisce il centro di controllo delle risposte emotive, governando il rilascio della dopamina, un neurotrasmettitore che induce sensazioni di benessere ed euforia. Così come, infatti, alcune sostanze, come la cocaina ad esempio, stimolano un incremento del rilascio (o una diminuzione del riassorbimento) di dopamina, neurotrasmettitore che induce sensazioni di benessere ed euforia, anche le dipendenze comportamentali possono creare le condizioni in cui viene stimolata la produzione di dopamina tramite input cerebrali in corrispondenza di particolari comportamenti che possono variare da persona a persona e riguardare addiction differenti come il gioco d'azzardo, lo shopping compulsivo o la vicinanza alla persona, oggetto della dipendenza.

I segni e i sintomi della dipendenza affettiva sono quasi speculari a quelli delle dipendenze comportamentali:

- Il piacere derivante dall'oggetto della dipendenza;
- Tolleranza: il bisogno costante di aumentare il tempo trascorso con il partner diminuendo, parallelamente, il tempo investito in attività autonome o contatti con altre persone;
- Astinenza: la comparsa di emozioni negative molto intense, come ansia, panico, depressione, quando il partner è fisicamente o emotivamente distante;
- Perdita di controllo: l'incapacità di riflettere in maniera lucida sulla propria situazione e di controllare i propri comportamenti, alternata a momenti di lucidità in cui la persona dipendente sperimenta vergogna e rimorso.

Nella vita quotidiana, questi segni e sintomi si riflettono in una grande varietà di comportamenti e atteggiamenti del dipendente affettivo:

- Le emozioni del partner hanno più importanza rispetto alle proprie
- La stima di sé dipende dall'approvazione dell'altro
- Prendere una posizione o una decisione diventa difficoltoso e causa forti sensi di colpa
- La paura di essere abbandonati è talmente intensa che la maggior parte dei comportamenti hanno la funzione di evitare la solitudine e il rifiuto
- Riconoscere ed esprimere i propri pensieri ed emozioni è difficile o spaventoso
- La maggior parte del proprio tempo viene impiegato per controllare il partner
- Le conseguenze negative che la relazione produce in tutti gli altri ambiti vengono ignorate

Le caratteristiche di una dipendenza affettiva, ad ogni modo, si intrecciano, in larga parte, ai tratti di una personalità di tipo dipendente.

L'associazione americana **Dipendenti affettivi** anonimi (*Love Addicted Anonymous*)¹¹² ha delineato alcuni **profili** tipici dei **dipendenti affettivi**:

- *Dipendente affettivo ossessivo*. Non riesce a distaccarsi dalla propria relazione, anche se il partner non è emotivamente o sessualmente disponibile, incapace di comunicare, distante, svalutante, abusante, egocentrico, egoista, controllante, a sua volta dipendente da qualcos'altro (alcol, droghe, gioco d'azzardo, etc.)
- *Dipendente affettivo codipendente*. Nella maggior parte dei casi, soffre di mancanza di autostima e cerca, con ogni mezzo, di trattenere con sé la persona da cui dipende, ad esempio prendendosene cura, controllandola con strategie passivo – aggressive, o accettandone gli abusi. In genere, il dipendente affettivo codipendente farebbe qualsiasi cosa per “prendersi cura” del proprio partner, nella speranza che, un giorno, venga ricambiato.
- *Dipendente dalla relazione*. Al contrario delle altre tipologie, non è più innamorato del partner, ma non riesce comunque a lasciarlo. Di solito, sono estremamente infelici e spaventati dal cambiamento e dalla possibilità di rimanere da soli.
- *Dipendente affettivo narcisista*. Questa tipologia di dipendente usa la seduzione e la dominazione per controllare il proprio partner. Al contrario del codipendente, che accetta la sofferenza, il narcisista non lascia che qualcosa interferisca col proprio benessere e non appare in alcun modo preoccupato della relazione. Quando, però, si trova di fronte alla minaccia di un abbandono, cerca con ogni mezzo di mantenere la relazione, fino ad arrivare alla violenza.
- *Dipendente affettivo ambivalente*. Questa categoria, generalmente, soffre di un disturbo di personalità evitante, che causa una ricerca estenuante dell'amore, ma allo stesso tempo il terrore dell'intimità. Questa combinazione può portare, in alcuni casi, a ricercare l'amore di persone non disponibili mentre, in altri, a interrompere le relazioni non appena queste iniziano a diventare più intime e serie.
- *Seduttore rifiutante*. Questo dipendente affettivo ricerca un partner per ottenere affetto, compagnia o sesso per poi, quando si sente insicuro, rifiutarlo, in un ciclo continuo di disponibilità e indisponibilità.

¹¹² Love Addicts Anonymous (2004). Typical kinds of love addicts [online] Available at: <https://www.loveaddicts.org/kindsofloveaddicts.html>

- Dipendente romantico. La dipendenza, in questo caso, riguarda partner multipli. Al contrario, però, dei dipendenti sessuali, che cercano di evitare i legami, i dipendenti romantici instaurano legami con tutti i loro partner, in gradi diversi, anche se le relazioni sono di breve durata o si sviluppano contemporaneamente.

Molte ricerche sulla dipendenza affettiva patologica concordano nell'attribuire rilevanza a fattori bio-psico-sociali e alle prime esperienze di vita instaurate con i propri caregiver.¹¹³

I risultati di Stavola¹¹⁴ hanno confermato un modello eziopatogenetico della "love addiction" che individua come fattori predisponenti: la presenza di traumi di abuso emotivo e di negligenza emotiva, lo stile di attaccamento insicuro ambivalente e insicuro evitante, la presenza di sintomi dissociativi e una difficoltà nella regolazione delle emozioni. L'esperienza di attaccamento del dipendente affettivo è caratterizzata, quindi, da figure di riferimento presenti ma a intermittenza, da uno stile genitoriale iperprotettivo o autoritario il cui clima è predominato da ansia e da un'inversione di ruoli che vede il bambino adultizzato.¹¹⁵ In base alla discrepanza originata tra ciò che il bambino desidera e ciò che ottiene dalle figure di riferimento egli creerà un modello che lo porterà nella fase adulta a ricreare quelle relazioni affettive simili alle esperienze passate, mantenendo quindi anche le credenze disfunzionali come ad esempio "Non sono amabile", "I miei bisogni non sono importanti".¹¹⁶ Attualmente, non esistono studi scientifici che abbiano approfondito le differenze di genere nella manifestazione della dipendenza affettiva ma, indipendentemente dal genere, in sede clinica, numerosi autori hanno suggerito che i dipendenti affettivi potrebbero coinvolgersi in relazioni come riflesso di disturbi di personalità sottostanti, quali Borderline, Narcisismo o Dipendente.¹¹⁷

2.2.9 I Giochi di ruolo (on line) - MUD's (Multi User Domains)

La dipendenza da videogame (una delle Net Gaming), nasce con i MUD's (Multi User Domains) che hanno sostituito i tradizionali giochi di ruolo in scatola mentre, in rete, giocatori interagiscono utilizzando un Avatar

¹¹³ Lingiardi V. (2005), Personalità dipendente e dipendenza relazionale. In "Le dipendenze patologiche" a cura di Caretti V. e La Barbera D., Raffaello Cortina Editore, Milano.

¹¹⁴ Stavola, M., Mazzocato, G., Brambilla, R., Fiore, F. (2015). La Dipendenza Affettiva: fattori predisponenti. Comunicazione presentata al VI Forum sulla Formazione in Psicoterapia, Assisi, PG.

¹¹⁵ Borgioni, M., (2015). Dipendenza e controdipendenza affettiva: dalle passioni scriteriate all'indifferenza vuota. Roma, Alpes.

¹¹⁶ Guerreschi C, (2011). La dipendenza affettiva. Ma si può morire anche d'amore? Franco Angeli, Milano. Harmon R B, Rosner R, Owens H (1995). Obsessional harassment and erotomania in a criminal court population. Journal of Forensic Science 40, 188-196.

¹¹⁷ Sussman, S. (2010). Love addiction: Definition, Etiology, Treatment. Sexual Addiction & Compulsivity, 17, 31-45.

Per saperne di più: <https://www.stateofmind.it/2019/01/dipendenza-affettiva-stereotipi/>

che rappresenta una divinità (dal Sanscrito: “Colui che discende”) che decide di incarnarsi sulla Terra assumendo un corpo fisico per traslazione metaforica.

Il successo dei M.U.D. è cresciuto fin dagli anni 1980 quando i personal computer divennero più economici e comparvero i primi modem, con la possibilità di collegarsi ad un software. Negli anni '90 esistevano più varianti dei Mud's. tra questi: i **MUSH (Multi-User Shared Habitat)** orientati all'interpretazione rispetto ai MUD classici ed in cui i giocatori sono attenti a creare i propri personaggi nel modo più accurato possibile; al contrario il **MUCH (Multi-User Chat Kingdom)** enfatizza l'interazione tra gli utenti piuttosto le azioni; gli **RPI-MUD (Role-Play Intensive Multi-User Dungeon)** differisce invece dai MUD classici in quanto il gioco è basato sulla mera collaborazione per completare avventure molto complesse, piuttosto che guadagnare livelli semplicemente combattendo contro mostri.

Nel gergo di Internet l'Avatar mantiene in qualche modo il senso originario: la persona sceglie di mostrarsi agli altri “discende metaforicamente in Rete” e si “manifesta” in essa attraverso una propria rappresentazione, traslando sé stessa e “incarnando” un'immagine figurativa che viene investita di attributi fisici e psicologici ben precisi, producendo in tal modo un forte vincolo interiore di appartenenza al personaggio.

Nei giochi di ruolo non esiste un concreto spazio fisico, a meno che non si voglia considerare lo spazio che il giocatore occupa davanti al PC; e non possiamo parlare nemmeno di “confini temporali” in quanto il tempo è scandito dalla possibilità di stare collegati alla Rete (login) più a lungo possibile. Uno dei fenomeni associati al modificarsi delle categorie spazio-temporali è il concetto di *disembedding*¹¹⁸ (enucleazione delle relazioni umane dai più tradizionali contesti spazio-temporali) o delocalizzazione, cioè la separazione dello spazio dal luogo e, contemporaneamente, la compressione dello spazio e del tempo dovuto all'annullamento delle distanze percettive per mezzo delle nuove tecnologie della comunicazione (come sistemi di instant messaging), in cui la comunicazione avviene in tempo reale, quasi come in una situazione di compresenza fisica. Nei giochi di ruolo online, dove l'ambientazione assume un ruolo predominante poiché determina l'esistenza del gioco stesso, le interazioni tra i personaggi seguono le regole dettate dal luogo fittizio in cui, di volta in volta, i giocatori si vengono a trovare, e la comunicazione si rilocalizza. Questa nuova forma di ricontestualizzazione della comunicazione che caratterizza i MUD's sembrerebbe basarsi non solo sulla ricostruzione virtuale di uno spazio fisico che determina nuovamente il contesto di comunicazione tra i personaggi, ma anche sulle relazioni stesse che si vengono a creare tra i giocatori. All'interno di queste comunità ogni personaggio esiste non solo in quanto

¹¹⁸ Giddens A Phenomenology of Globalization? Giddens on Global Modernity John Tomlinson View all authors and affiliations Volume 9, Issue 2 <https://doi.org/10.1177/0267323194009002003>

singolo individuo con una propria identità personale (Avatar), ma soprattutto, in quanto membro della comunità stessa: una sorta di identità sociale virtuale fondata su un principio di similarità.

Nei *MUD's* i giocatori partecipano, nelle vesti del proprio alter-ego, a vari tipi di avventure, trovandosi anche a doversi scontrare con altri giocatori. L'obiettivo dei giocatori è quello di far crescere il proprio personaggio e collaborando con i propri "compagni di strada" è molto più semplice affrontare e superare le varie difficoltà che si incontrano lungo il percorso.

Questo spiega l'atteggiamento che i *mudders* hanno verso il giocare. Per essi rimanere online è un dispendio di tempo che "offrono al gioco e ai giocatori": maggiore è il senso di perdita che ne ricavano, maggiore è la soddisfazione di aver investito le proprie risorse in questo tipo di socialità fine a sé stessa.

I ruoli che vengono interpretati in questo tipo di gioco non sono altro che una serie di caratteristiche personali che ogni individuo assume e in base alle quali agisce in ogni situazione. È il giocatore stesso che decide come vuole che il suo personaggio sia, nonostante lo specifico ruolo da interpretare. Anche i mutamenti caratteriali che un personaggio può avere con il passare del tempo sono scelte di interpretazioni fatte dal giocatore in base a come decide di fare evolvere la biografia del proprio personaggio nell'adattarsi agli eventi del gioco: l'assunzione di ruolo è in qualsiasi momento ritrattabile. L'individuo, infatti, può interrompere l'interpretazione e assumere un atteggiamento di "distanza dal ruolo"¹¹⁹. Nonostante questo permane il rischio che il Sé alternativo, l'*Avatar* deputato alla vita parallela, possa assumere un'importanza maggiore rispetto a quella reale, in quanto essa è una figura fortemente idealizzata, capace di dare espressione a parti di Sé mancanti o frustrate nella vita reale. In questo caso si fa difficile rinunciare ad un investimento mentale ed emotivo così intensi per cui il soggetto rischia una vera e propria dissociazione: forte quindi il bisogno di trasformarsi nel personaggio virtuale sul quale ha proiettato tutti i desideri, le aspettative e le illusioni.

Altri fattori che possono rendere difficile al *mudder* distaccarsi dal gioco è dato proprio dal fatto che il *MUD* riproduce tutti i meccanismi della "narrativa seriale" (la ripetizione, l'attaccamento ai personaggi, la durata nel tempo). Inoltre, la continua combinazione di elementi di novità che stimolano la curiosità dei giocatori ad accedere con delle cadenze rituali per vedere "cosa sta succedendo". Gli elementi già noti danno la sicurezza di trovare tutto immutato rispetto all'ultimo accesso effettuato, contribuendo ad alimentare un meccanismo di forte attaccamento al gioco.

¹¹⁹ Goffman E., (1961), *Role distance*, in Id., *Encounters. Two studies in the sociology of interaction*, Bobbs-Merrill, Indianapolis

Un'ulteriore categoria di gioco di ruolo online sono i **MMORPG (Massive Multiplayer Online Role play Game)**: Gioco di Ruolo Online Multigiocatore Massivo. Tra questi il più famoso è il *World of Warcraft* (WoW), derivato dalla combinazione di *MUD's* testuali e giochi di ruolo per giocatore singolo. Si tratta di una forma di videogioco funzionante mediante *client* installati sul computer in connessione remota con *server* centralizzati. Possono essere considerati come *Never-Ending-Game* perché soggetti a costanti aggiornamenti nel tempo e perché non presentano una fine ben precisa (perpetuità): le azioni del giocatore e le decisioni che prende condizionano e rianimano continuamente l'intera storia, tant'è che il gioco può continuare all'infinito con la definizione di nuovi e molteplici obiettivi. Anche in questi giochi i *gamers*, utilizzano un proprio *Avatar*. I mondi simulati hanno carattere di persistenza e di intersoggettività: la pluralità di giocatori e il comune mondo virtuale entro cui si svolgono le interazioni, sono gli elementi essenziali dei *MMORPG*.

La dipendenza che questi giochi crea è avvalorata dal fatto che, nella maggior parte di questi per poter giocare, viene richiesto il pagamento mensile di un abbonamento; ed è chiaro che questo aspetto, unito all'allungamento del ciclo vitale del gioco, dai meccanismi di fidelizzazione che si creano in conseguenza dello strutturarsi di rapporti sociali tra i giocatori, e di persistenza data dal fatto che i *server* sono accessibili 24 h su 24, sette giorni su sette, rendono più facile l'instaurarsi di un disturbo da attaccamento.

A differenza dei *MUD's*, nei *MMORPG* la competizione è presente e forte, anche se sotto soglia e circoscritta alle cosiddette *gilde* (una sorta di corporazioni) che, oltretutto, favoriscono il gioco di gruppo, la gratificazione e il senso di appartenenza. Le *gilde*, dunque, assumono un preciso ruolo in quanto implementano delle vere e proprie strategie per promuovere la coesione tra i giocatori, come piani dettagliati di motivazione dei membri, incoraggiamento alla lealtà di gruppo, gestione dei conflitti interni.

Anche se la competizione, l'agonismo non sono direttamente alla base di questa tipologia di giochi (dato che per far progredire il proprio personaggio è essenziale la consonanza con gli altri), sussiste, comunque, un confronto continuo con l'altro, una sfida interna per essere considerato un abile giocatore. Abilità necessaria per non essere più etichettato come *newbie* (*neofita che ha intenzione di migliorarsi*) o peggio *noob* (*neofita che non ha intenzione o non riesce a migliorarsi – inteso in senso denigratorio e dispregiativo*), che sta ad identificare colui che non è in grado di avanzare velocemente di livello, di migliorarsi.

Ne deriva che l'immagine virtuale dell'*Avatar*, legata all'abilità del giocatore, sia di fondamentale importanza per sentirsi vincenti e rispettati. E per poter raggiungere una gratificante "posizione" la sola cosa da fare è allenarsi. In altre parole giocare. Giocare quanto più tempo possibile, per non restare indietro.

Più si gioca, più si aumenta di livello e più si conquistano migliori armi ed armature e, con esse, si diventa più forti (*game-play* verticale). Tutto questo si concretizza in un gioco frenetico, dove ciò che viene condiviso sono le questioni meramente tecniche per sconfiggere i nemici ed avanzare di livello.

Si comprende bene che, se i giocatori non sono “prudenti e accorti”, la deriva della dipendenza (simile a quella che sta alla base del gioco d'azzardo patologico), può avere la meglio.

Sul piano sanitario esistono oggi ampie evidenze sulla possibilità che l'internet gaming possa evolvere nel senso di una vera e propria dipendenza¹²⁰. La ricerca si sta sviluppando in modo particolare nei paesi Asiatici^{121 122}, dove l'IGD (Internet Gaming Disorder) è considerato come un problema emergente di salute pubblica¹²³. In termini classificatori l'IGD è stato incluso nella ultima edizione del DSM (DSM-5) in appendice, come condizione che necessita di una maggiore ricerca per essere ufficialmente classificato come disturbo mentale. In un simile contesto la tipologia di gioco MMORPG è considerata quella di maggiore rilevanza per la sua diffusione e per alcune caratteristiche, precedentemente accennate, quali: socialità (ogni gioco ha una sua propria realtà sociale con specifici scenari e regole), realizzazione (miglioramento del proprio status attraverso il raggiungimento di risultati) e immersività (mezzo per evadere dai problemi del mondo reale). I MMORPG sono virtualmente “infiniti” (senza limiti di tempo), globali (senza confini fisici e geografici) e attraggono i giocatori a giocare incessantemente. Queste caratteristiche associate tendono a sviluppare comportamenti di dipendenza¹²⁴. Possiamo dire che seppure il processo di classificazione dell'IGD nella nosografia ufficiale sia nelle sue fasi iniziali, sul piano clinico, i disordini comportamentali connessi all'internet gaming debbano essere considerati con grande attenzione e ciò è particolarmente evidente nella categoria di giocatori dediti ai *Massive Multiplayer Online Role-Playing Games* che massimizzano l'impatto negativo delle caratteristiche tipiche del gioco online. La ricerca sembra evidenziare una maggiore vulnerabilità del genere maschile (adolescenti e giovani adulti)¹²⁵ che appare come un fattore predittivo dello sviluppo di IGD¹²⁶. In generale la rilevanza della tipologia di gaming MMORPG sta nella complessità e nella dimensione totalizzante dell'esperienza sociale virtuale, che consente di

¹²⁰ Chen, K.H., Oliffe, J.L., and Kelly, M.T. (2018). Internet Gaming Disorder: An Emergent Health Issue for Men. *American Journal of Men's Health*, Vol. 12(4) 1151–1159

¹²¹ Bass, P. F. (2015). Gaming addiction: When going online goes off-kilter. *Contemporary Pediatrics*, 32(11), 16–23.

¹²² Kuss, D. J. (2013). Internet gaming addiction: Current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*, 6, 125–137.

¹²³ Young, K. (2009). Understanding online gaming addiction and treatment issues for adolescents. *The American Journal of Family Therapy*, 37(5), 355–372.

¹²⁴ Lee, C., & Kim, O. (2017). Predictors of online game addiction among Korean adolescents. *Addiction Research and Theory*, 25(1), 58–66.

¹²⁵ Bass, 201581; Kuss, 201382; Lee & Kim, 201784; Li & Wang, 2013

¹²⁶ Chen, Oliffe, Kelly, 2018

sostituire in toto le dimensioni tipiche della socializzazione nel mondo reale e di evitare il relativo carico cognitivo ed emotivo. Queste modalità virtuali di socializzazione sono spesso associate a diverse forme di disordini mentali, come ad esempio ansia e depressione¹²⁷. L'immersione nella realtà di gioco assume dunque la dimensione di una strategia di coping evitante rispetto a stati emotivi negativi, alla paura e al senso di fallimento connessi a stimoli reali^{121 122}. L'efficacia di questa strategia di coping evitante è massimizzata per la durata dell'immersione nella realtà di gioco^{121 122}, con un potente effetto incentivante a giocare sempre più a lungo.

3. ASPETTI SANITARI E SOCIALI DELL'ADDICTION

3.1 La necessità di un approccio integrato socio-sanitario

La letteratura scientifica nazionale ed internazionale in tema di Addiction pone in evidenza l'imprescindibilità da un **approccio socio-sanitario integrato** soprattutto in relazione al palese aumento nell'ultimo decennio dei disturbi comportamentali, sia in termini epidemiologici che di impatto sulla clinica.

Già l'OMS ha varato nel 2002 la prima *Classificazione Internazionale del Funzionamento e della Disabilità (ICF-Dipendenze)*, costituito da un set di strumenti¹²⁸ in grado di offrire un modello concettuale che permette di descrivere il funzionamento di ogni individuo attraverso un paradigma complesso, definito bio-psico-sociale, oggi ampiamente assunto dalla comunità scientifica internazionale. L'approccio di tale focus terapeutico-riabilitativo contempera sia i "fattori di rischio" che i "fattori di protezione" mirato alla qualità di vita della singola persona, alla sua possibilità di svolgere attività produttive in grado di consentire un'integrazione efficace nei contesti sociali e lavorativi e quindi intrapsichici ed interpersonali anche se in presenza di una condizione di dipendenza come, ad es. da sostanze o dal gioco d'azzardo.

¹²⁷ Dauriat et al., 2011.

¹²⁸ Pasqualotto L. (a cura di), ICF-Dipendenze, Un set di strumenti per programmare e valutare la riabilitazione nelle dipendenze patologiche, Erickson, Trento, 2016

Le ICF-Dipendenze consentono pertanto una valutazione multidimensionale della condizione di dipendenza, ed introducono un **modello bio-psico-sociale** di interpretazione della condizione di disabilità non centrato, ad es. come in Italia (legge 104 del 1992) sulla diagnosi, paradigma, oggi, ampiamente superato.

Tale proposta si presenta, infatti, in grado di supportare un approccio di cura integrato, dinamico ed orientato alla riabilitazione, basata sulle evidenze, realizzando un processo di *recovery* orientato alla guarigione nonostante la cronicità della condizione di dipendenza.¹²⁹

Le implicazioni personali e sociali della dipendenza, ivi inclusi i fallimenti in ambito affettivo, quello a scuola o sul lavoro e quindi sia a livello intrapsichico che interpersonale con le ripercussioni sul quotidiano, e quindi anche psico-fisico, contribuiscono a indicare la gravità della patologia e quindi la prognosi con tutta la sua involuzione oppure con la sua evoluzione positiva. In altri termini, **l'ICF impreziosisce il concetto di “functioning” nel proprio ambiente naturale di vita**, che pur in presenza di disturbate condizioni di salute, mette in luce la disabilità psico-sociale del singolo e contempera i suoi meccanismi di “protezione”.

Cerniauskaite et Al.¹³⁰ (2011), hanno preso in considerazione oltre cento lavori in cui compaiono oltre 1500 *item* dell'ICF in grado di descrivere gli items prototipico del funzionamento funzionale o disfunzionale del singolo.

Il Piano di riabilitazione, approvato dalla Conferenza Stato- Regioni il 10 Febbraio 2011, rappresenta, ad oggi, il più recente riferimento ufficiale sul tema e offre interessanti elementi sulle disabilità acquisite relative alle dipendenze che non possono prescindere dalla disabilità psico- sociale.

Modello tradizionale	Modello Integrato
Utente	Persona
Valutazione individuale	Valutazione multidimensionale
Diagnosi	Funzionamento
Sintomo	Determinanti di salute
Prestazione riparativa	Progetto individualizzato
Intervento contenitivo	Inclusione sociale

Tabella1: Confronto tra diversi modelli di riabilitazione (Covoli, 2016)¹³¹

¹²⁹ www.icf-dipendenze.it

¹³⁰ Cerniauskaite M., Quintas R., Boldt Raggi A., Cieza A., Bickenbach J.E., et al., “Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation.”, *Disability and Rehabilitation*, 33(4): 281-309, 2011

¹³¹ Covoli M., “La riabilitazione... tra professionalità e creatività”, in Crisafulli F. (a cura di), E. P. Educatore Professionale, Maggioli, Rimini, 2016

“ICF-DIPENDENZE IN BREVE

- a) Permette una valutazione valida ed attendibile delle persone con disturbo da dipendenza in diverse attività della vita quotidiana, con evidenza dei fattori ambientali che ne limitano l'espressione e la partecipazione sociale;
- b) è aderente al modello della Classificazione Internazionale del Funzionamento e della Disabilità (ICF) dell'OMS ed è costituito da un *core set* di item ritenuti particolarmente significativi per i pazienti da valutare;
- c) Non è uno strumento diagnostico, ma consente di evidenziare i bisogni prioritari di un individuo nel proprio contesto di vita, attraverso i codici del triage ospedaliero, sulla base di algoritmi che “pesano” il grado di disabilità psico- sociale rilevata nelle singole attività valutate;
- d) si compone di un protocollo per l'osservazione da parte degli operatori di un questionario per l'autovalutazione e di due moduli elettronici che generano un profilo di funzionamento ed un quadro di comparazione dei dati a distanza di tempo;
- e) permette di confrontare le necessità di sostegno percepite dalla persona in esame e quelle valutate dall' operatore sanitario o sociale;
- f) permette di valutare gli esiti dei trattamenti in corso sulle attività dei pazienti e sulla loro inclusione sociale secondo un approccio *evidence based*;
- g) consente un confronto ed una continuità nei percorsi di *recovery* tra servizi ambulatoriali, comunità terapeutiche e servizi territoriali;
- h) è uno strumento interdisciplinare che può essere utilizzato da ogni figura professionale e completato in meno di un'ora;
- i) restituisce dati semplici da comprendere anche per il paziente e identifica sia le sue risorse che le fragilità e per questi motivi risulta essere ben accetto, promuove consapevolezza e compliance.

3.2 I costi sociali e sanitari delle Addiction

Le dipendenze comportamentali o da sostanze influenzano e distorcono a differenti livelli di gravità l'esperienza individuale di molte persone. Si tratta di un particolare coinvolgimento in un'abitudine ripetitiva e persistente, che non tiene conto delle conseguenze e che sviluppa più o meno rapidamente una condizione di tolleranza. Inoltre, tutti i comportamenti di dipendenza sembrano essere accompagnati da qualche forma di craving – più o meno preponderante, inteso come un'attrazione talmente forte verso alcune sostanze o esperienze allettanti da comportare una perdita di controllo e la messa in atto di una serie di azioni “obbligatorie” volte alla soddisfazione del desiderio, anche in presenza di ostacoli o pericoli.

Le persone diventano dipendenti da esperienze che possono (e spesso hanno come scopo) modificare l'umore e le sensazioni e, pertanto, prima ancora di essere una condizione neurobiologica o un problema sociale, la dipendenza può essere considerata un fenomeno individuale che può presentarsi nel corso dello sviluppo psicologico come risposta a specifici fattori evolutivi. Essa, infatti, non interviene casualmente nella vita delle

persone, ma è conseguenza di una vulnerabilità di base che permette l'instaurarsi di una modalità di comportamento alla quale ricorrere sotto stress o quando ci si sente sovrachiati da sensazioni ed emozioni non identificabili o gestibili.

L'Internet addiction, le droghe, lo shopping, il sesso o il gioco d'azzardo hanno quindi come scopo principale il cambiamento della percezione di sé e dell'ambiente circostante: servono a modificare lo stato di coscienza ordinario, il cui disagio e la cui sofferenza non possono essere regolati in altro modo.

L'individuo costretto a rinunciare ad Internet diventa irritabile, nervoso, agitato e può facilmente cadere in forme depressive, manifestando i sintomi di una vera e propria sindrome da astinenza. Come per le sostanze anche all'assuefazione a Internet si manifesta in forma progressiva: aumenta gradualmente la permanenza davanti al PC, si fa spasmodica la ricerca di dispositivi hardware e software sempre più potenti e all'avanguardia¹³². Caretti¹³³ già nel 2001 individuava un'altra patologia specifica legata all'utilizzo spropositato della Rete, ovvero la Trance Dissociativa da Videoterminale¹³⁴. Con il concetto di Trance si vuole descrivere un'alterazione dello stato di coscienza simile al sonno, ma con caratteristiche elettroencefaliche non dissimili allo stato di veglia. Durante tale stato l'individuo perde consapevolezza e contatto con la realtà, fino al ritorno della condizione normale accompagnata da amnesia. Per Dissociazione si intende la separazione di una parte o di un gruppo di processi mentali dal resto della coscienza, con la conseguenza che questa parte sentirà e si comporterà come un'entità mentale indipendente dalla personalità globale che risulterà incapace di esercitare alcun controllo sulla porzione scissa.

Tutto questo si traduce nella società e nel sistema sanitario in un *quid* che determina costi sociali molto elevati a livello globale tanto che, in Europa, l'uso di sostanze che creano dipendenza e il gioco d'azzardo sono responsabili di gran parte di tali costi come, ad esempio, quelli combinati del consumo di alcol e del fumo di tabacco che ammontano ad almeno circa 100 miliardi di euro all'anno¹³⁵, cifra presumibilmente sottostimata dato che le metodologie di base utilizzate per stimare tali costi non consentono di eseguire confronti significativi tra gli studi.

¹³² Patrizia Santovecchi, Giovanna Furnò Internet Addiction Disorder e Giochi di Ruolo Online. Profiling, I profili dell'abuso Anno 5, N. 3 settembre 2014

¹³³ La Barbera, V Caretti Psicopatologia delle realtà virtuali: comunicazione, identità e relazione nell'era digitale D - 2001 – Masson

¹³⁴ Ceretti V., Psicodinamica della Trance Dissociativa da Videoterminale. In: Cantelmi T, Del Miglio C., Talli M., D'Andrea A. eds La mente in Internet, 125-31, Padova, Piccin, 2000.

¹³⁵ Impact of Addictive Substances and Behaviours on Individual and Societal Well-being, P Anderson, J Rehm, Room, 2015, Oxford University Press

Costi diretti, indiretti e sociali nel gioco d'azzardo

La letteratura ha evidenziato come la dipendenza da gioco d'azzardo sia spesso connessa anche ad altre dipendenze¹³⁶ ed il giocatore patologico danneggia economicamente e psicologicamente familiari e *caregivers*. La maggior parte degli studi di *cost of illness* sul gioco d'azzardo fa riferimento a costi diretti ed indiretti¹³⁷. Tra i principali costi diretti, la letteratura ha evidenziato alcune voci di costo che possono essere messe in relazione con il gioco d'azzardo patologico¹³⁸, quali:

- Spese mediche coperte dal sistema di assistenza sanitaria.
- Visite mediche coperti dal sistema di assistenza sanitaria.
- Farmaci e Dispositivi Medici.
- Spese ospedaliere.
- Possibili servizi di primo soccorso.
- Spese di prevenzione adottate dal sistema di assistenza sanitaria (linee telefoniche ad hoc, compagne di prevenzione, costo servizi Ser.D.) nel caso di sistemi sanitari pubblici.

Con riferimento ai costi indiretti, le voci di costo si possono distinguere:

- Assenteismo.
- Casi di morte premature.
- Costi per sostituire il soggetto malato.
- Costi per istruire il nuovo soggetto.
- Morbosità.
- Disoccupazione a causa del gioco.
- Bancarotta e debiti.
- Criminalità (furti contro la proprietà).
- Altri costi finanziari (divorzio o separazione).
- Costi a carico del Sistema di Sicurezza Sociale (Indennità, pensioni sociali etc....).
- Spese di prevenzione adottate dal Governo (linee telefoniche ad hoc, compagne di prevenzione, costo servizi Ser.D.) nel caso di sistemi sanitari misti o privati.

¹³⁶ I costi economici del trattamento dell'abuso di sostanze: stime aggiornate e fasce di costo per la valutazione del programma e il rimborso Michael T. French, Ph.D., a, * Ioana Popovici, Ph.D., b e Lauren Tapsell, BA b J Subst Abuse Treat. dicembre 2008; 35(4): 462–469.

¹³⁷ The social costs of (online) gambling – I costi sociali del gioco d'azzardo (online) Walker 2007; Reith 2007

¹³⁸ National Gambling Impact Study Commission 2002; Gazel 1998; Gri- nols e Mustard 2006; Becker 2011

La letteratura, tanto a livello Europeo che internazionale, pur con differenti metodologie di stima dei costi, è in grado di fornire informazioni utili per i decisori in merito alle implicazioni sociali ed economiche. Di seguito viene esposta sinteticamente la situazione in alcuni Paesi:

USA

Gazel et al. affrontano il problema dei costi sociali del gioco d'azzardo in due stati americani: Connecticut e Wisconsin. Le informazioni sono state ottenute attraverso la somministrazione del questionario *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) ad un campione di 210 persone. Le due ricerche hanno preso in considerazione diverse variabili connesse alla vita del giocatore e di chi gli sta intorno. I risultati hanno evidenziato delle differenze nelle stime nonostante i sistemi sanitari fossero simili: il costo medio annuale per un giocatore patologico in Connecticut è pari a 15.994 \$ e 8.681 \$ in Wisconsin.

Un altro studio della *National Opinion Research* (NORC) dell'Università di Chicago, in collaborazione con il *Gemini Research*, *Lewin Group* e *Christiansen Cummings Associates* ha stimato, sempre mediante un questionario, il fenomeno del gioco d'azzardo su di un campione di 3.481 soggetti ed i risultati hanno fornito una serie di informazioni utili in relazione alla frequenza di gioco, al sesso, alla nazionalità, all'età media e alla tipologia di giochi preferiti. Il NORC stima una spesa media di 1.200 \$ per giocatore patologico e 715 \$ per giocatore problematico.

Australia

Dickerson et al. hanno condotto una ricerca, mediante l'utilizzo di un questionario, su di un campione del New South Wales di 2.599 unità. Secondo le ricerche compiute circa lo 0,85% della popolazione adulta ha un problema con il gioco d'azzardo che si traduce con 39.117 giocatori patologici con un costo medio pro capite di 1.300 \$ l'anno. Si stima che i costi sociali connessi al gioco d'azzardo siano pari a 50 milioni di dollari l'anno.

Svizzera

Kunzi et al. hanno stimato il costo del gioco d'azzardo in Svizzera nel 2002 con una ricerca che ha adottato una serie di strumenti tra cui la somministrazione di questionari presso centri di consulenza, interviste e analisi di dati secondari. L'analisi ha considerato costi e benefici del gioco d'azzardo, quantificando i costi sociali diretti e indiretti giungendo al risultato che i costi sociali connessi al gioco d'azzardo siano pari a 98,1 milioni di franchi svizzeri l'anno.

Sempre Kunzi et al., nel 2008, hanno considerato il fenomeno del gioco d'azzardo in tutte le sue sfaccettature, analizzando costi connessi alla sfera familiare, lavorativa e relativa alla criminalità. Lo studio ha stimato che in Svizzera i costi sociali connessi al gioco d'azzardo nelle case da gioco siano pari a circa 70 milioni di franchi svizzeri l'anno.

Germania

Becker et al. Hanno evidenziato, partendo dall'analisi dei giocatori patologici (238.500 soggetti), che i costi sociali in Germania sono pari a 326 milioni di euro annui ma la stima non tiene conto dei costi intangibili.

Situazione in Italia

E per l'Italia? Quale è la situazione con riferimento all'impatto sociale ed economico?

Diversi studi sono stati pubblicati in questi ultimi anni che ci danno la possibilità di inquadrare il problema del gioco d'azzardo e del gioco patologico nel nostro Paese.

È ormai indubitabile come il gioco d'azzardo, in Italia, abbia assunto una rilevanza notevole, soprattutto in considerazione delle problematiche attinenti alla dipendenza comportamentale. Da un'indagine diretta ad avere conoscenza del gioco d'azzardo in Italia, condotta nel 2017 dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in accordo con l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (2018), è risultato che un milione e mezzo di giocatori sono problematici, ovvero si tratta di soggetti che gestiscono in modo critico il tempo del gioco, il controllo della spesa dedicata al gioco e che hanno comportamenti difficili in famiglia e sul luogo di lavoro.

Questa ricerca ha posto l'attenzione sul fenomeno del gioco d'azzardo tenendo conto dei molteplici fattori che possono inserirsi determinando un comportamento problematico nonché è stata indirizzata a stimare l'impatto sulla salute pubblica. L'indagine ha riguardato anche i giovani studenti (compresi tra i 14 e i 17 anni) e per i quali il gioco è vietato, e ha evidenziato come quasi 700 mila ragazzi sono dediti al gioco. Tra questi quelli considerati problematici sono il 3% (circa 70mila studenti), che si dedicano in particolare alle scommesse sportive (79,6%) e lotterie istantanee (70,1%).

Secondo i dati pubblicati dall'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (2018) nel 2017 per il gioco si sarebbero spesi in Italia 19 miliardi di euro, di cui il 55,2 % del totale (pari a 10,4 miliardi di euro) come introiti erariali del gioco (oltre imposte superiore al 54%). Diversi provvedimenti sono stati emanati nel corso degli anni per regolamentare il gioco d'azzardo diretti a tutelare l'ordine e la sicurezza pubblica, salvaguardare i minori e particolari cittadini a rischio, nonché a regolamentare gli aspetti fiscali. Nel 2019, l'Istituto Superiore di Sanità, in occasione del Convegno eGames Project – 1° Convegno Internazionale sul gioco d'azzardo on-line, ha presentato uno studio transnazionale sulle caratteristiche dei giocatori online, con un focus sulla sovrapposizione tra la pratica del gioco d'azzardo e di altri giochi digitali che ha visto la partecipazione di Francia, Italia, Germania, Polonia, Canada e Svizzera.

Inoltre, secondo quanto riportato nel Dossier Azzardopoli, realizzato dall'Associazione Libera nel 2012, in Italia si spendevano circa 1.260 euro pro-capite, (neonati compresi) per tentare la fortuna tra videopoker, slot-machine, gratta e vinci, sale bingo stimando circa 800mila persone dipendenti da gioco d'azzardo e quasi due

milioni di giocatori a rischio con un fatturato legale di circa in 76,1 miliardi di euro a cui si devono aggiungere, mantenendoci prudenti, circa dieci miliardi di quello illegale.

Il gioco d'azzardo rappresenta, di fatto, "la terza impresa" italiana, l'unica con un bilancio sempre in attivo e che non risente della crisi che colpisce il nostro paese. È un settore che, cifre alla mano, nel 2012 offriva lavoro a 120.000 addetti e muoveva gli affari di 5.000 aziende, grandi e piccole, mobilitando il 4% del Pil nazionale con il contributo, secondo le stime più attendibili, di circa 30 milioni di italiani, fosse anche di quelli che nel corso dell'anno comprano solo il tradizionale tagliando della Lotteria Italia, peraltro in netto calo (-15%). Gli ultimi dati relativi al 2017 fanno emergere come la raccolta ammonti a 102 miliardi di euro. Dal 2006 è aumentata del 186% e dal 1998 del 765%. La media delle giocate "pro capite" annuali è ora superiore ai 1.700 euro, ovvero più dell'11% del reddito medio mensile degli italiani viene giocato d'azzardo, ovvero 142 euro al mese, all'incirca il costo di una spesa settimanale di generi essenziali per una famiglia media. Se prendiamo in considerazione solo i contribuenti, però (meno di 41 milioni di persone) la media sale a 2.487 euro pro capite, pari a 207 euro al mese. Il che significa che, avendo gli italiani dichiarato in media nel 2016 un reddito di 1.745 euro al mese, ne spendono in scommesse varie l'11,8%. I dati di fatturato di questo settore pongono l'Italia al primo posto in Europa e al terzo posto tra i paesi che giocano di più al mondo. Con un sottofondo illegale stimato (e i dati sono per difetto) di almeno dieci miliardi di euro. Il paradosso è che questa spesa grava interamente sulle famiglie, quelle stesse famiglie che per beni e servizi sanitari spendono circa la metà e solo il 16% per istruzione.¹³⁹

A fronte di queste cifre, i costi socio-sanitari sono enormi, essendo la ludopatia diventata una patologia abbastanza diffusa, con circa 7.000 italiani in cura ufficialmente, e con ambulatori che continuano ad aprire in tutta Italia. Ancora, il gioco d'azzardo colpisce in particolare i giovani, coinvolgendo quasi il 50 per cento degli studenti di scuola media superiore. Secondo i risultati di un progetto "*Indagine sulle caratteristiche e sull'operatività dei servizi e delle strutture per il trattamento del disturbo da gioco di azzardo*" (ISS, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, OSSFAD, 2019 - Progetto realizzato con il supporto finanziario del Ministero della Salute - CCM), durante l'ultimo decennio, la costante estensione del fenomeno del gioco d'azzardo e della sua visibilità sociale hanno raggiunto proporzioni mai viste prima. Una pari visibilità hanno cominciato ad avere anche i risvolti sociali e sanitari di questo fenomeno e in misura tale da indurre molti servizi del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) dedicati alla cura di pazienti con altre dipendenze a predisporre attività e risorse finalizzate all'assistenza delle persone che soffrono dei disturbi associati alla dipendenza da gioco d'azzardo.

¹³⁹ "Il Sistema Sanitario in controluce - Rapporto 2019", Fondazione Farmactoring, 2019

Secondo quanto riportato nel rapporto finale, a fine 2015 sono stati interpellati via posta elettronica 612 Servizi del SSN (SerT e SerD) e 796 strutture del privato sociale. Tra i centri rispondenti solo 184 SerT/SerD e 95 strutture del privato sociale hanno dichiarato di prevedere attività cliniche specifiche per il gioco di azzardo.

Dai dati raccolti da queste strutture emerge che nel 2016 in Italia l'erogazione delle prestazioni al paziente nei Ser.T/Ser.D è nella quasi totalità a completo carico del SSN. Solo il 2,0% delle strutture ha dichiarato di erogare prestazioni sottoposte a contribuzione (ticket) e un 1,0% ha risposto di offrire prestazioni fuori dai LEA. Diversamente, solo 22 (23,2%) delle 95 strutture del privato sociale erogano prestazioni gratuite e 16 (16,8%) prevedono una qualche forma di pagamento sotto forma di ticket, di quota associativa o di retta mensile. Il tempo di attesa per accedere ai servizi e alle strutture del privato sociale è risultato relativamente breve. Il 61% circa dei Ser.T/Ser.D e l'81% circa delle strutture del privato sociale hanno dichiarato tempi di attesa inferiori ai 7 giorni.

Alla luce di quanto emerso, poiché i costi sociali della dipendenza dal gioco d'azzardo e dalle altre dipendenze non correlate all'abuso di sostanze sono risultati sostanziali in tutti gli studi, si raccomandano ulteriori ricerche che consentano di effettuare confronti al fine di sviluppare politiche di salute pubblica adeguate, efficaci e basate su dati concreti e più aggiornati per una corretta e necessaria Programmazione e Pianificazione socio sanitaria.

3.3 Centro Nazionale Dipendenze e Doping (Istituto Superiore di Sanità)

È proprio con la finalità di facilitare l'incontro tra i bisogni dei cittadini e l'offerta di risorse specifiche sul territorio che è nata la presente guida che accompagna **l'attività di counselling telefonico** gestito dal *Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità*, che comprende:

- Telefono Verde contro il Fumo (TVF) 800.554088;
- Telefono Verde Nazionale per le problematiche legate al Gioco d'Azzardo (TVNGA) 800.558.822;
- Telefono Verde contro la Droga (TVD) 800.186070;
- Telefono Verde Anti-Doping (TVAD) 800.896970;
- Telefono Verde Alcol (TVAI) 800.632000.

Il servizio è nazionale, anonimo e gratuito, nato con lo scopo di costruire e rafforzare la rete delle risorse territoriali al fine di facilitare l'incontro tra i bisogni dei cittadini e l'offerta di risorse specifiche sul territorio.

Inoltre, per rispondere al crescente utilizzo della tecnologia interattiva, in cui il cittadino può interagire con il sistema sanitario e per amplificare la visibilità e fruibilità delle risorse territoriali, il Centro Nazionale Dipendenze e Doping ha messo a punto la mappatura geolocalizzata dei servizi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e delle

strutture del privato sociale³⁵¹⁴⁰ attraverso cui gli utenti possono individuare il Servizio più idoneo alle proprie esigenze, avendo a disposizione non solo l'anagrafica, ma anche l'offerta assistenziale e le modalità di accesso ai servizi.

4. GLI ASPETTI GIURIDICI IN AMBITO CIVILE E PENALE

CIVILE

A. Le dipendenze comportamentali nel panorama civilistico

La lingua inglese offre una utile separazione tra *"dependence"* e *"addiction"*, concetti i quali, invece, in italiano, vengono resi con la stessa parola: *"dipendenza"*. A ben guardare, con *"dependence"* si indica la dipendenza fisica e bio-chimica, ossia la condizione in cui si assiste ad un'alterazione del comportamento che, da semplice abitudine, diventa patologica ricerca del piacere attraverso sostanze, mezzi o comportamenti. La parola *"addiction"*, invece, si riferisce alla dipendenza psicologica che spinge alla ricerca dell'oggetto senza il quale l'esistenza diventa priva di significato. Si tratta di un termine, il secondo, il quale racchiude l'intero quadro fenomenologico della dipendenza, comprese le conseguenze negative che ne derivano e condizionano l'intera esperienza di vita dell'individuo, coinvolgendolo in una crescente spirale distruttiva.

Addiction significa "dedizione, inclinazione" e rimanda a un significato di mancanza di libertà e di deresponsabilizzazione. Coi termini *'new-addictions'* o *'dipendenze comportamentali'*, si fa riferimento a quelle nuove forme di dipendenza in cui non è implicata alcuna sostanza chimica che crei dipendenza fisica, ma nelle quali forte è la dipendenza psicologica, che spinge alla ricerca costante dell'oggetto, dell'attività, senza la quale l'esistenza dell'individuo sembrerebbe perdere senso.

Benché ogni forma di *addiction* si caratterizzi per peculiarità e specificità, tutte hanno in comune¹⁴¹ il desiderio di fuga dalla realtà, il quale talvolta si trasforma in una rinuncia, totale o parziale, alla capacità di riflettere e di pensare criticamente e in una sorta di abbandono ad uno stato di forte euforia e adrenalina, ricercato sempre più di frequente e per un tempo maggiore attraverso la ricerca compulsiva del comportamento compulsivo, c.d.

¹⁴⁰ Guida alle risorse territoriali per le problematiche legate all'uso di Internet (aggiornamento dicembre 2021) a cura del Centro Nazionale Dipendenze e Doping - ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ - 2022, viii, 73 p. (Strumenti di riferimento 22/S2)

¹⁴¹ C. Guerreschi, *Il gioco d'azzardo*, San Lazzaro di Savena, 2006; G. Serpelloni, *Gambling. Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisio-patologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione. Manuale per i Dipartimenti delle Dipendenze*, Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Politiche Antidroga, Verona, 2013.

craving. È una categoria aperta, suscettibile di modifiche e integrazioni, essendo ancorata ai cambiamenti sociali, economici e culturali, nonché al mutare delle abitudini e degli stili di vita.

Nelle precedenti sezioni è stata fornita una elencazione di dipendenze comportamentali tra le più frequenti, con funzione esemplificativa e non esaustiva, di cui cercheremo di individuare profili comuni e tratti differenziali, per valutare l'utilità, nella lotta alle nuove dipendenze, delle forme di tutela già esistenti e l'eventuale opportunità di approntarne altre.

La definizione di dipendenza inclusiva delle nuove *addiction* proposta è *“condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo, una sostanza e/o uno specifico comportamento, caratterizzata da risposte psicofisiche che comprendono bisogno compulsivo di assumere la sostanza e/o di mettere in atto un determinato comportamento disfunzionale in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e di evitare il malessere della sua privazione”*.

Tali forme di dipendenza incidono notevolmente sullo stato psico-fisico delle persone che ne sono affette, ma interagiscono anche con fenomeni collettivi: i costi sociali che le dipendenze comportano impongono di affrontare il tema con uno sguardo più ampio, anche sul fronte della adeguatezza dell'ordinamento giuridico.

Le dipendenze hanno effetti negativi sulla collettività determinando:

- **costi clinici e sanitari;**
- **costi sociali** (aumento di azioni criminose e illegali; riduzione dell'accesso allo studio, ...);
- **costi giudiziari** (separazioni e divorzi);
- **costi lavorativi** (perdita del lavoro, demansionamenti, licenziamenti).

Le dipendenze comportamentali in questione hanno un importante elemento comune ossia l'oggetto del desiderio consta in un'attività lecita e socialmente accettata.

In un simile contesto, il ruolo dello Stato non può ridursi a quello di un passivo spettatore, ma deve essere attivo, promuovendo due direttrici di tutela, **una tutela preventiva e una tutela successiva**.

Entrambe trovano fondamento nei principi fondamentali della Costituzione; e la necessità di approntare rimedi efficaci rileva, non soltanto in adempimento del principio sancito dall'art. 32 Cost., ossia della tutela della salute privata e pubblica, ma anche in adempimento del dovere di solidarietà (art. 4 Cost.).

In relazione alle forme di **tutela successiva**, dal punto di vista civilistico, le dipendenze comportamentali possono incidere sulla capacità di agire e sulla capacità di intendere e di volere delle persone.

L'incidenza delle dipendenze comportamentali sulla capacità di agire (e/o sulla capacità di intendere e di volere) del soggetto dal punto di vista civilistico non ha ad oggi parametri certi e criteri di valutazione univoci.

Ciò, in quanto nella scienza medica le dipendenze comportamentali, la relativa diagnosi e le cure non trovano ancora un luogo di trattazione unitaria, ma sono il frutto di opinioni discordanti e di accesi dibattiti.

In un simile contesto, la giurisprudenza civile non offre un principio di necessaria e opportuna certezza per cui *“il giudice di merito, nell'aderire alle conclusioni dell'accertamento peritale, non può, ove all'elaborato siano state mosse specifiche e precise censure, limitarsi al mero richiamo alle conclusioni del consulente, ma è tenuto - sulla base delle proprie cognizioni scientifiche, ovvero avvalendosi di idonei esperti e ricorrendo anche alla comparazione statistica per casi clinici - a verificare il fondamento, sul piano scientifico, di una consulenza che presenti devianze dalla scienza medica ufficiale e che risulti, sullo stesso piano della validità scientifica, oggetto di plurime critiche e perplessità da parte del mondo accademico internazionale, dovendosi escludere la possibilità, in ambito giudiziario, di adottare soluzioni prive del necessario conforto scientifico e potenzialmente produttive di danni ancor più gravi di quelli che intendono scongiurare”* (Cass., Sez. I, 20 marzo 2003, n. 7041, in tema di alienazione parentale).

B. Effetti delle dipendenze comportamentali e tutele successive

Come anticipato, le dipendenze comportamentali possono incidere su:

- (1) capacità di agire;
- (2) capacità naturale;
- (3) responsabilità genitoriale e decadenza da responsabilità (artt. 330 e ss. c.c.);
- (4) invalidità matrimoniale e divorzio;
- (5) Indebitamento.

I. Capacità di agire

Il codice civile, all'art. 2, definisce la capacità di agire come la *“idoneità a compiere a validamente atti giuridici che consentano al soggetto di acquisire ed esercitare diritti o di assumere ed adempiere obblighi”*¹⁴² e stabilisce che essa si acquista al raggiungimento del 18esimo anno di età. Le dipendenze, non soltanto da sostanza, ma anche comportamentali, possono incidere sulla capacità di agire riducendola o, addirittura, eliminandola. In queste ipotesi, si potrebbe ricorrere a strumenti di tutela come l'interdizione, l'inabilitazione o l'amministrazione di sostegno, per cui è opportuno verificarne la concreta applicabilità.

¹⁴² Torrente, Schlesinger, *Manuale di diritto privato*, Milano, 2013, pag. 82.

Presupposto applicativo della interdizione (ex art. 414 c.c.) è la sussistenza di *“condizioni di abituale infermità di mente che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi”*.

Presupposti applicativi della inabilitazione, ex art. 415 c.c., sono, per quanto rileva qui: *“infermità mentale non così grave da determinare l'interdizione; prodigalità; abuso di alcol o stupefacenti; sordità e cecità”*.

La giurisprudenza si è mostrata altalenante a riconoscere interdizione e inabilitazione in presenza di dipendenze comportamentali, in particolare per la difficoltà di sussumere la dipendenza in una ipotesi di infermità mentale che sussiste in presenza di un'alterazione delle facoltà mentali, che dia luogo ad una incapacità parziale o totale di curare i propri interessi¹⁴³.

Le dipendenze comportamentali per portare a una sentenza di inabilitazione (o anche ma più difficilmente di interdizione) dovrebbero trovare riscontro in una perizia psicologica, medica o psichiatrica, che ravvisi nel disturbo veri e propri sintomi patologici invalidanti la capacità di intendere e volere.

La giurisprudenza si è occupata del tema con riguardo in particolare al disturbo da gioco d'azzardo con risultanti spesso contraddittori. Si segnala una sentenza che ha negato di dichiarare l'inabilitazione per prodigalità ad un giocatore d'azzardo patologico. La giurisprudenza ritiene tuttavia a tal fine necessaria *“una alterazione mentale che escluda o riduca notevolmente la capacità di valutare il denaro, di risolvere i problemi anche semplici di amministrazione, di cogliere il pregiudizio conseguente allo sperpero delle proprie sostanze”*¹⁴⁴. Tuttavia, il ricorso all'istituto per i giocatori patologici è stato escluso in capo ai soggetti che erano dediti al gioco, ma in maniera consapevole, anzi al preciso scopo di guadagnare denaro¹⁴⁵.

Questo perché la giurisprudenza adotta la definizione di prodigalità intesa quale *“comportamento abituale caratterizzato da larghezza nello spendere, nel regalare o nel rischiare eccessiva rispetto alle proprie condizioni socio-economiche ed al valore oggettivamente attribuibile al denaro, configura autonoma causa di inabilitazione, ai sensi dell'art. 415, comma 2, c.c., indipendentemente da una sua derivazione da specifica malattia o comunque infermità, e, quindi, anche quando si traduca in atteggiamenti lucidi, espressione di libera scelta di vita, purché sia ricollegabile a motivi futili (ad esempio, frivolezza, vanità, ostentazione del lusso, disprezzo per coloro che lavorano, o a dispetto dei vincoli di solidarietà familiare)”*. Con l'ovvia conseguenza che il *“suddetto comportamento non può costituire ragione d'inabilitazione del suo autore quando risponda a finalità aventi un proprio intrinseco valore”* (Cass., Sez. I, 13 gennaio 2017, n. 786).

¹⁴³ Cass., 4 luglio 1985, n. 4028, in *Giust. Civ. Mass.*, 1985, f. 7.

¹⁴⁴ Cass., 13 marzo 1980, n. 1680, in *Giust. Civ. Mass.*, 1980, f. 3.

¹⁴⁵ Trib. L'Aquila, 7 maggio 2008, in banca data elettronica *Pluris - Utet Cedam*.

L'inidoneità di tali strumenti si rinveniva non solo nella difficoltà di inquadrare la patologia in una delle ipotesi espressamente disciplinate dagli artt. 414 e 415 c.c., ma anche nelle prevedibili resistenze dell'interessato, il quale, unitamente agli effetti benefici derivanti dall'applicazione degli istituti di inabilitazione ed interdizione, certamente avrebbe perso la possibilità di disporre dei propri interessi ben oltre il limite necessario per una tutela patrimoniale. Basti pensare che l'interdetto non può neppure contrarre matrimonio (ai sensi dell'art. 85 c.c.) o fare testamento (ai sensi dell'art. 591 c.c.).

La giurisprudenza è più incline in presenza di dipendenze comportamentali a riconoscere la possibilità di nominare un amministratore di sostegno, in conformità alla legge n. 6 del 9 gennaio 2004¹⁴⁶.

La citata Legge n. 6/2004 nell'introdurre l'istituto dell'amministrazione di sostegno, ne ha dichiarato la *ratio* consistente nel *"tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente"* (art. 1).

L'art. 404 c.c.¹⁴⁷, definisce l'ambito di applicazione dell'amministrazione di sostegno prevedendo che *"La persona che, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi, può essere assistita da un amministratore di sostegno"*. L'amministrazione di sostegno ha come presupposto una qualsiasi menomazione che ponga l'interessato nella, anche, momentanea impossibilità di provvedere ai propri interessi. Per ottenere il relativo provvedimento, dunque, non è necessaria la sussistenza di alcuna comprovata incapacità totale o parziale di intendere e volere, ossia una diagnosticata patologia inficiante la cognizione del soggetto. Anche solo una generica menomazione di natura fisica o psichica che renda l'interessato incapace di attendere alle proprie esigenze e ai propri interessi consente la nomina dell'amministratore di sostegno.

Il ricorso all'istituto dell'amministrazione per la tutela degli interessi, soprattutto economici, dei giocatori patologici è ormai pacificamente considerato possibile dalla giurisprudenza, che propende all'utilizzo dello strumento invece di ricorrere a misure di tutela più incisive sulla capacità del destinatario¹⁴⁸.

Il ricorso all'amministratore di sostegno svolge la rilevante funzione di indurre la propensione al risparmio del beneficiario, vigilare sulla gestione del patrimonio imponendo soglie limite di spesa nell'ottica di un

¹⁴⁶ Entrata in vigore il 19 marzo 2004.

¹⁴⁷ La Legge n. 6/2004, modificativa del Codice Civile, ha introdotto l'istituto dell'amministrazione di sostegno. La *ratio* della riforma consiste nel *"tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente"* (art.1).

¹⁴⁸ Si veda *inter alios* decreto del Tribunale di Monza del 15 dicembre 2010, inedito.

riacquisto della capacità di gestire il denaro e di una riduzione della spinta al gioco (Tribunale di Varese, 22 novembre 2009).

Argomentando da tale orientamento, sembra possibile che lo strumento venga utilizzato anche per la protezione delle persone affette da altre dipendenze comportamentali.

Alcune pronunce in senso conforme hanno riguardato la dipendenza da shopping. *Inter alias*, il Tribunale di Varese, con decreto 3 ottobre 2012, ha concesso l'amministrazione di sostegno a una donna, poco più che quarantenne, affetta dalla sindrome da shopping compulsivo. Era, infatti, emerso dall'istruttoria, che la donna aveva rassegnato le proprie dimissioni per incassare il trattamento di fine rapporto, che ha poi utilizzato per l'acquisto di abbigliamento e oggetti futili. La stessa persona ha poi acceso rapporti di finanziamento per circa 50 mila euro, così manifestando una totale incapacità di gestire il denaro. Valutata la difficoltà della beneficiaria nel "contenere la propensione al consumo irrazionale di denaro" e la necessità farle "riacquistare la capacità di risparmio e gestione efficiente del reddito" e quindi il benessere psichico, il giudice ha disposto, per un periodo di due anni, un percorso di sostegno, da attuare mediante la presenza di un amministratore, individuato nella persona del cognato, nonché una terapia di sostegno, delegando il Sert competente.

In particolare, la donna, pur potendo compiere tutti gli atti necessari a soddisfare le esigenze della propria vita quotidiana, è stata interdetta dal porre in essere negozi giuridici del valore superiore ad euro 100,00 in assenza della sottoscrizione dell'amministrazione. Il decreto ha inoltre disposto il subentro dell'amministratore nella gestione dei conti correnti e dei depositi della donna beneficiaria, ordinando agli istituti di credito di consentire, all'amministratore medesimo, tutte le operazioni, previa esibizione del decreto del Tribunale. La disciplina dell'AdS¹⁴⁹ prevede, infatti, la possibilità che il giudice tutelare stabilisca espressamente quali atti potrà compiere il beneficiario in modo autonomo, quali gli saranno del tutto vietati e quali dovrà compiere con la necessaria assistenza dell'amministratore¹⁵⁰.

¹⁴⁹ Si distinguono tre forme di AdS: amministrazione rappresentativa, ove il giudice individua espressamente quali atti l'amministratore ha il potere di compiere in nome e per conto del beneficiario, sostituendosi a quest'ultimo nella qualità di rappresentante legale; amministrazione di assistenza, ove il giudice stabilisce quali atti il beneficiario può compiere con la mera assistenza dell'amministratore di sostegno; estensione della disciplina dell'interdizione o inabilitazione, ove il giudice tutelare (*ex art. 411, ult. comma, c.c.*) sceglie di applicare al beneficiario dell'AdS le stesse preclusioni stabilite per gli interdetti o quelle prescritte per gli inabilitati.

¹⁵⁰ Si precisa che, il terzo comma dell'art. 406 c.c. prevede l'obbligo per i "responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona, ove a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno" di proporre al giudice tutelare il ricorso per l'amministrazione di sostegno o di informarne il pubblico ministero. Dalla norma non si evince quali soggetti siano destinatari dell'obbligo di proporre il ricorso, ossia se l'obbligo riguardi i soggetti apicali delle strutture o anche gli operatori delle stesse. La prima interpretazione propende per una lettura verticistica e assicura maggior attenzione per gli interessi del paziente. La seconda lettura è conforme al principio di non burocratizzazione e semplificazione del procedimento e potrebbe essere confortata dal fatto che si parla di servizi (evidenziando l'elemento funzionale) e

La disciplina dell'AdS prevede, infatti, la possibilità che il giudice tutelare stabilisca espressamente quali atti potrà compiere il beneficiario in modo autonomo, quali gli saranno del tutto vietati e quali dovrà compiere con la necessaria assistenza dell'amministratore.

Quindi se nulla è disposto nel decreto in merito al compimento di un dato atto questo potrà essere compiuto in modo autonomo dal beneficiario. L'istituto è altamente flessibile al punto che la giurisprudenza in talune ipotesi ha vietato il compimento di atti personalissimi come il testamento e il matrimonio.

In un caso deciso dalla corte di legittimità il beneficiario di amministrazione di sostegno era affetto da gioco d'azzardo patologico e prodigalità per cui il Giudice tutelare ha reputato necessario vietare il compimento di atti di liberalità e di fare testamento (Cass. 2018, n. 12460). In altre ipotesi si è esteso il divieto di contrarre matrimonio (Cass., Sez. I., 11 maggio 2017, n. 11536).

II. Incapacità naturale

Un altro istituto che potrebbe rilevare è l'incapacità naturale. Quest'ultima è disciplinata dall'art. 428 c.c. che stabilisce *“Gli atti compiuti da persona che, sebbene non interdetta, si provi essere stata per qualsiasi causa, anche transitoria, incapace d'intendere o di volere al momento in cui gli atti sono stati compiuti possono essere annullati su istanza della persona medesima o dei suoi eredi o aventi causa, se ne risulta un grave pregiudizio all'autore. L'annullamento dei contratti non può essere pronunziato se non quando, per il pregiudizio che sia derivato o possa derivare alla persona incapace d'intendere o di volere o per la qualità del contratto o altrimenti, risulta la malafede dell'altro contraente. L'azione si prescrive nel termine di cinque anni dal giorno in cui l'atto o il contratto è stato compiuto”*.

Sussiste un grave pregiudizio ove l'atto abbia causato all'attore una perdita economica o sia ravvisabile un'alterazione dell'equilibrio negoziale a causa dell'assunzione di obblighi ingiustificati o eccessivamente onerosi.

La giurisprudenza ha precisato che per l'annullamento degli atti unilaterali è necessaria la prova del grave pregiudizio subito dall'attore, mentre l'annullamento di contratti è subordinato all'accertamento del requisito della mala fede dell'altro contraente, *“rispetto alla quale il pregiudizio all'incapace si pone soltanto quale uno dei possibili elementi rilevatori”*¹⁵¹.

non di struttura. Sembra preferibile una lettura intermedia e considerare quale responsabile del servizio chi ha responsabilità di indirizzo della terapia specifica richiesta al servizio.

¹⁵¹ Cass. 8 novembre 1966, n. 2732, in *Giur. It.* 1967, pag. 1140.

In alcuni (e isolati) casi la giurisprudenza¹⁵², riconoscendo la sussistenza della patologia in capo all'attore, ha ritenuto che la stessa fosse talmente rilevante da determinare nel malato l'incapacità obiettiva di autodeterminarsi perfino nel contrarre di un prestito, finalizzato al reperimento di liquidità da destinare al gioco d'azzardo.

Il giocatore aveva maturato una totale dipendenza dal gioco d'azzardo che lo aveva portato a dilapidare il proprio patrimonio familiare. Il bisogno di "giocare" non era più limitato al tempo ma anche all'entità degli investimenti tanto da raggiungere mediamente cinquecento euro al giorno. Per mantenere i ritmi compulsivi era stato costretto a contrarre prestiti facendo ricorso a soggetti privati estranei alla normale linea creditizia bancaria e finanziaria.

La Corte di Cassazione, nella sentenza dell'1° ottobre 2012, n. 16670¹⁵³, ha affermato che il giocatore, il quale vuole invocare la propria incapacità naturale derivante dall'essere avvezzo al gioco d'azzardo al fine di annullare quel contratto di prestito, deve necessariamente fornire prova rigorosa della patologia la quale non può desumersi dalla mera frequentazione assidua delle sale da gioco. Proprio questo l'aspetto più problematico: la prova dell'incapacità.

Il giocatore dovrebbe dimostrare in giudizio che la dipendenza da gioco ha causato la menomazione della propria capacità di autodeterminazione e la mala fede dell'altro contraente. Probabilmente si potrebbe fornire la prova in giudizio mediante una perizia medica o la testimonianza diretta di altri giocatori e familiari.

Tale prova però non sarà affatto facile da raggiungere¹⁵⁴. Si percepisce, quindi, la difficoltà di ricorrere allo strumento della incapacità naturale per la tutela patrimoniale del giocatore patologico.

III. Licenziamento per giusta causa o incapacità di intendere e volere

La giurisprudenza si è inoltre occupata delle dipendenze comportamentali in riferimento al licenziamento del lavoratore per giusta causa.

¹⁵² Si veda Tribunale Civile di La Spezia, con una sentenza del gennaio 2013, inedita.

¹⁵³ Cass. 1 ottobre 2012, n. 16670, in *CED Cassazione*, 2012. Nel caso di specie l'attore, premesso di essere un frequentatore abituale della casa da gioco, riferì che detto Casinò è solito elargire credito ai propri clienti consentendo loro di acquisire *fiches* da gioco in cambio di assegni bancari. In particolare l'attore propose domanda di annullamento dell'instaurato contratto di concessione di credito, in quanto stipulato in condizione d'incapacità naturale derivante dalla stessa sua propensione al gioco d'azzardo. La Cassazione ha però ritenuta non raggiunta la prova dell'incapacità naturale.

¹⁵⁴ Probabilmente la circostanza per cui da settembre del 2012 la patologia, già nota da oltre un decennio con il termine Gap, è stata inserita dal Ministro della Sanità nel DPCM del 29/11/2001 tra i livelli essenziali di assistenza (Lea) e quindi nel programma terapeutico garantito dal Servizio Sanitario Nazionale, potrebbe indurre la giurisprudenza a condividere un orientamento più incline a riconoscere il gioco come una patologia che incide sulla capacità di autodeterminazione menomandola.

In talune pronunce, riguardanti la dipendenza da gioco d'azzardo, la Corte di Cassazione ha escluso che la dipendenza da gioco d'azzardo incidesse in modo da escludere la capacità di intendere e di volere.

Così Cass. lav. 21 marzo 2008, n. 7650 che a fronte di sottrazioni ripetute di somme di denaro da parte di un lavoratore ha ritenuto che la forte spinta al gioco d'azzardo, anche ammesso che avesse assunto dimensioni patologiche, non poteva giustificare l'appropriazione del danaro, trattandosi di comportamento autonomo rispetto all'impulso a giocare d'azzardo, pur se finalizzato a soddisfare questa esigenza.

Vi è tuttavia da considerare che nella fattispecie il giudice di merito aveva ritenuto, sulla base della consulenza tecnica, che il lavoratore non fosse incapace di intendere e di volere, essendo emerso che egli commetteva le condotte ascritte nei momenti in cui sapeva di non essere visto o controllato dai colleghi (in modo analogo anche Cass., sez. lav., 29.9.2015, n. 19307 per cui *“Deve essere confermato il licenziamento per giusta causa irrogato ad un dipendente, che si era appropriato di somme disponibili per motivi di servizio, allorché sia emerso che il disagio psicologico connesso alla dipendenza da gioco non aveva determinato un'incapacità psichica talmente grave da impedirgli di rendersi conto del significato delle sue azioni, come comprovato anche dalla relazione di uno psicologo nella quale si parlava soltanto di disturbi d'ansia”*).

IV. Invalidità del matrimonio e separazione

Le dipendenze possono avere, e molto spesso ha, effetti pregiudizievoli nei rapporti familiari.

L'art. 143 c.c., comma 3, stabilisce che *“[e]ntrambi i coniugi sono tenuti, ciascuno in relazione alle proprie sostanze e alla propria capacità di lavoro professionale o casalingo, a contribuire ai bisogni della famiglia”*. Lo sviamento delle risorse economiche derivanti dai proventi realizzati con la propria attività lavorativa per fini futili può configurare una violazione del dovere di contribuzione ai bisogni della famiglia.

Basti pensare che i Tribunali Ecclesiastici¹⁵⁵ considerano che la propensione predominante e irrefrenabile al gioco d'azzardo rientra tra le cause di incapacità a contrarre matrimonio canonico *“quando sia permanente e irreversibile, risolvendosi in una grave forma di anomalia psichica, inquadrabile nel novero dei disturbi mentali, che determina impossibilità di assumere gli obblighi essenziali del matrimonio”*. Alla medesima stregua la dipendenza da gioco d'azzardo, in determinate circostanze, può fondare causa di nullità del matrimonio canonico.

Ed in effetti quando la dipendenza comprometta la capacità di intendere e di volere dovrebbe considerarsi anche il matrimonio civile nullo per l'essere stato contratto in assenza di valido consenso (ex art. 120 c.c.).

¹⁵⁵ Tribunale Ecclesiastico Reg. A., 26 marzo 1987, in *Dir. Famiglia*, 1988, 927.

Il pregiudizio economico patito dal coniuge non giocatore potrebbe determinare, altresì, in sede di separazione e divorzio l'addebito a carico del coniuge affetto da dipendenza comportamentale. La dipendenza può costituire un danno rilevante per l'equilibrio finanziario ed economico della famiglia e rappresentare, come detto, una violazione dell'obbligo di assistenza materiale al coniuge e alla famiglia. La Corte di Cassazione¹⁵⁶ ha, ad esempio, chiarito che la frequentazione assidua di case da gioco e lo sperpero di denaro, sottratto al ménage familiare, costituiscono motivi di addebito della separazione al coniuge giocatore.

Chiaramente la condizione patologica del giocatore potrebbe portare ad escludere l'imputabilità della condotta dannosa allo stesso giocatore per carenza della sua volontà. Tuttavia la prova dello stato di incapacità del giocatore in sede processuale è ardua.

Come nel caso di *shopping addicted*, esaminato dalle Corte di Cassazione nella sentenza n. 25843/2013 pubblicata il 18 novembre 2013¹⁵⁷, è possibile che l'autorità giudiziaria non ritenga sufficiente la sussistenza di una patologia per l'esclusione *ad nutum* della volontarietà della condotta del giocatore.

¹⁵⁶ Cass., Sez. I, 7 marzo 2014, n. 5395, in Centro Elettronico di Documentazione della Corte di Cassazione - CED.

¹⁵⁷ Non è un fenomeno raro quello dello "shopping compulsivo" che affligge donne ma non di rado anche uomini. Il problema che questa vera e propria patologia può essere considerata sì un disturbo della personalità, ma non ai fini di una vera e propria incapacità d'interere e volere. A tale conclusione è giunta la Cassazione che ha confermato l'addebito della separazione nei confronti della moglie affetta dalla sindrome da "shopping compulsivo" facendole perdere il diritto al mantenimento. La consulenza tecnica d'ufficio ordinata dal giudice di merito aveva evidenziato che la donna pur essendo ben presente a sé stessa e curata nell'aspetto risultava perfettamente consapevole della propria patologia, che l'aveva indotta sino a farle carpire somme di denaro a familiari (e anche a terzi), pur di comprare vestiti, borse e gioielli. In tale fattispecie, il giudice di primo grado aveva evidenziato che anche se il disturbo della personalità è palesato, ciò non esclude l'addebito della colpa alla donna in termini dell'intollerabilità della convivenza. Per tali motivi la prima sezione civile della Cassazione con la sentenza 25843/2013, ha confermato la decisione della Corte di Appello che aveva addebitato alla signora la colpa della separazione e revocato l'assegno di 2 mila euro al mese che le era stato riconosciuto dal giudice di primo grado.

È stata quindi, la consulenza tecnica d'ufficio un elemento fondamentale al fine della decisione, che aveva evidenziato l'istinto irrefrenabile della signora a comprare mobilio, capi di abbigliamento e accessori, oltre che monili, con una tensione crescente alleviata soltanto dall'acquisto di beni mobili. Anche perché è pacificamente accertata la circostanza che la stessa rubasse ai familiari e a terzi pur di soddisfare questa bramosia. Ne deriva che per la Corte di legittimità i furti di denaro ai familiari per comprare vestiti, borse e gioielli costituiscono violazione dei doveri matrimoniali.

Sembra anche utile ricordare che il Tribunale di Varese, con decreto 3 ottobre 2012, ha concesso l'amministrazione di sostegno a una donna affetta dalla sindrome da "shopping compulsivo". Nell'istruttoria è risultata evidente la difficoltà della donna nel "contenere la propensione al consumo irrazionale di denaro" e nella finalità di farle "riacquistare la capacità di risparmio e gestione efficiente del reddito" e quindi il benessere psichico. Il giudice ha, quindi, disposto, per un periodo di due anni, un percorso di sostegno, da attuare mediante la presenza di un amministratore, individuato nella persona del cognato, nonché una terapia di sostegno, delegando il Sert competente.

In particolare la donna, pur potendo compiere tutti gli atti necessari a soddisfare le esigenze della propria vita quotidiana, è stata interdotta dal porre in essere negozi giuridici del valore superiore ad euro 100,00 in assenza della sottoscrizione dell'amministrazione. Il decreto è pubblicato sul sito www.altalex.it, 23 luglio 2013, con nota di BIARELLA.

La dipendenza da gioco d'azzardo può incidere anche sulla situazione finanziaria della famiglia. In tal senso, il regime patrimoniale della comunione dei beni tra coniugi può determinare ricadute negative per il coniuge estraneo alla dipendenza.

V. Sovraindebitamento

Con il termine sovraindebitamento¹⁵⁸, si fa riferimento a due distinti concetti e precisamente a un sovraindebitamento attivo e ad un sovraindebitamento passivo¹⁵⁹.

Il sovraindebitamento attivo indica uno stato di emergenza economica generato da una eccessiva propensione dell'individuo al consumo. Propensione che può portare ad un eccessivo indebitamento ove non sia sostenuta da adeguate capacità reddituali, non solo presenti, ma anche future. In questo caso, a determinare la condizione di sovraindebitamento è l'imprevidenza delle famiglie, che sovrastimano le proprie risorse o sottostimano l'onere dei rimborsi.

Se il sovraindebitamento attivo è per lo più ricondotto ad una scelta, seppur incauta del consumatore, quello "passivo" mette invece in risalto, come la causa delle difficoltà economiche, siano spesso riconducibili all'incidenza di fattori traumatici, di fattori congiunturali imprevedibili e non dipendenti dalla volontà del soggetto, che hanno fatto venir meno la fonte di reddito (o parte di esse), interrompendo o riducendo i flussi di entrata e determinando l'insorgenza di passività imprevedute. Si citano, in proposito, i casi di perdita dell'occupazione, di separazione coniugale, di grave malattia, di perdita o deprezzamento di beni patrimoniali che riducono la ricchezza dell'individuo e in via diretta o indiretta, la capacità di rimborso delle passività.

Ebbene le dipendenze comportamentali possono causare gravi problemi economici e portare all'indebitamento o meglio al sovraindebitamento.

Al fine di porre rimedio alle situazioni di sovraindebitamento, la Legge 27 gennaio 2012, n. 3 pubblicata in Gazzetta Ufficiale 30 gennaio 2012, n. 24 e recante "*Disposizioni in materia di usura e di estorsione, nonché di*

¹⁵⁸ Si veda Anderloni L. (1997), *Il sovraindebitamento in Italia e in Europa, in L'usura in Italia: ricerca coordinata da Roberto Ruozi*, EGEA, Bologna; Fiasco M. (1999), *Campagna informativa dell'ADICONSUM: il sovraindebitamento delle famiglie, definizioni, profili e dimensioni di un fenomeno sommerso, atti della campagna informativa ADICONSUM*, svoltasi a Roma il 18 giugno 1999.

¹⁵⁹ Accanto ai due profili individuati dalla Anderloni ne viene spesso citato un terzo che si riferisce ad una situazione del "qui ed ora", quanto piuttosto ad una situazione possibile, caratterizzandosi cioè come predisposizione al sovraindebitamento e che profetizza l'insorgere del problema in un determinato arco di tempo. Si tratta del sovraindebitamento "differito", il cui sviluppo fenomenologico diverrà visibile nei prossimi anni o decenni (da qui l'aggettivo "differito").

composizione delle crisi da sovraindebitamento", ha introdotto un nuovo strumento di composizione della crisi delle persone fisiche, sulla falsariga delle procedure concorsuali destinate alle persone giuridiche.

Il debitore in stato di sovraindebitamento può proporre ai creditori, con l'ausilio degli organismi di composizione della crisi, un accordo di ristrutturazione dei debiti sulla base di un piano che assicuri il regolare pagamento dei creditori estranei all'accordo stesso.

In alternativa alla composizione della crisi, il legislatore ha previsto lo strumento della Liquidazione dei beni, disciplinato dall'art. 14 *ter* della stessa legge n. 3/2012.

Se il giudice ritiene sussistano i presupposti per l'ammissione del debitore alla procedura, nomina un professionista liquidatore, il quale provvede alla formazione di un elenco di credito e alla formazione di uno stato passivo. In questa ipotesi, il debitore può essere ammesso anche al beneficio della "*Esdebitazione*", di cui all'art. 14-*terdecies*, ossia la liberazione dei debiti residui nei confronti dei creditori concorsuali e non soddisfatti a condizione che:

- (i) abbia cooperato al regolare ed efficace svolgimento della procedura, fornendo tutte le informazioni e la documentazione utili e adoperandosi per il proficuo svolgimento delle operazioni;
- (ii) non abbia in alcun modo ritardato o contribuito a ritardare lo svolgimento della procedura;
- (iii) non abbia beneficiato di altra esdebitazione negli otto anni precedenti la domanda;
- (iv) non sia stato condannato, con sentenza passata in giudicato, per uno dei reati previsti dall'articolo 16;
- (v) abbia svolto, nei quattro anni stabiliti dall'articolo 14-*undecies*, un'attività produttiva di reddito adeguata rispetto alle proprie competenze e alla situazione di mercato o, in ogni caso, abbia cercato un'occupazione e non abbia rifiutato, senza giustificato motivo, proposte di impiego;
- (vi) siano stati soddisfatti, almeno in parte, i creditori per titolo e causa anteriore al decreto di apertura della liquidazione.

L'accesso alla procedura di esdebitazione è però precluso quando il sovraindebitamento del debitore sia imputabile ad **un ricorso al credito colposo e sproporzionato rispetto alle sue capacità patrimoniali e quando il debitore**, nei cinque anni precedenti l'apertura della liquidazione o nel corso della stessa, ha posto in essere atti in frode ai creditori, pagamenti o altri atti dispositivi del proprio patrimonio, ovvero simulazioni di titoli di prelazione, allo scopo di favorire alcuni creditori a danno di altri.

Occorre allora domandarsi **se la sussistenza di una dipendenza comportamentale possa essere considerata come causa incolpevole di eccessivo indebitamento o al contrario debba ritenersi come colposa e imputabile al soggetto**.

Alcune pronunce di merito, in presenza di dipendenza da gioco d'azzardo, hanno valutato incolpevole l'indebitato affetto di DGA con conseguente applicabilità della normativa ed omologa del piano di concordato¹⁶⁰.

Questi provvedimenti hanno accertato che l'indebitamento delle persone affette da DGA era da considerarsi incolpevole, poiché si era in presenza di:

1. accertamento della patologia;
2. nonché della volontà del soggetto richiedente e sovra indebitato di sottoporsi a terapie, cure e assistenza nella gestione della malattia e del proprio patrimonio.

Affinché si possa accedere alla normativa, sembra quindi necessario l'accertamento della esistenza di una dipendenza patologica che abbia inciso sulla capacità e abbia causato l'indebitamento stesso.

C. Tutela preventiva delle dipendenze comportamentali. Educazione al consumo e obblighi informativi: verso l'estensione dell'ambito oggettivo di applicazione del Codice del Consumo.

Una ordinanza della Corte di Cassazione (ordinanza n. 14288/2015) ha reputato necessario applicare la disciplina del Decreto legislativo n. 205/2005, cd. Codice del consumo, in materia di competenza territoriale a beneficio dei giocatori d'azzardo.

In questa ordinanza la Corte ha precisato che l'attività posta in essere dal concessionario dei giochi deve essere qualificata come prestazione di servizi *ex art. 49 TFUE*, oggetto di disciplina ai sensi del Codice del Consumo, funzionalmente volta a "tutelare il consumatore a fronte della unilaterale predisposizione e imposizione del contenuto contrattuale da parte del gestore, quale possibile fonte di abuso sostanziale antesi nella preclusione per il consumatore della possibilità di esplicitare la propria autonomia contrattuale, nella sua fondamentale espressione rappresentata dalla libertà di determinazione del contenuto del contratto".

Da questa ordinanza si potrebbero trarre alcune rilevanti riflessioni sulle dipendenze comportamentali e sulla possibilità di estendere le tutele previste nel codice del consumatore in **funzione preventiva**, per disincentivare quelle pratiche che potrebbero degenerare in dipendenza

Proviamo quindi ad esaminare, dal punto di vista giuridico, alcune delle dipendenze comportamentali considerate nella presente ricerca.

¹⁶⁰ Si segnala Tribunale di Cuneo 19 giugno 2017; Tribunale di Torino, con sentenza dd. 08/06/2016; Tribunale di Milano omologa dd. 18/10/2017; Tribunale di Cuneo omologa dd. 19/06/2017.

La **dipendenza da internet** presuppone l'utilizzo della rete internet e dunque la stipula di un contratto tra un consumatore - utente - ed un gestore della rete Internet ossia un Internet Provider. In molti casi il contratto per l'accesso alla rete internet sarà stipulato da un consumatore e da un imprenditore - Internet provider- (si veda E. BATELLI, *Il contratto di accesso ad Internet*", in *media laws*, 1, 2021).

Alla medesima stregua, l'accesso ai **social network** presuppone la stipula di un contratto attraverso il quale si concede in locazione uno spazio virtuale e si acquistano taluni servizi. Anche qui, in molti casi, il contratto sarà concluso tra un consumatore ed un imprenditore. Stesse considerazioni valgono per il *cyber sex* e, dunque, per l'accesso a piattaforme che consentono la visualizzazione di immagini o contenuti a carattere sessuale.

A maggior ragione, le considerazioni svolte possono valere per lo shopping compulsivo, il quale si svolge mediante la stipula di plurimi contratti per l'acquisto compulsivo di beni o servizi.

Nel codice del consumo, sono molteplici le disposizioni volte a riequilibrare la disparità di poteri tra consumatore e professionista e a ridurre l'asimmetria informativa che ne caratterizza i rapporti.

In particolare, l'art. 2 del Codice del consumo¹⁶¹ riconosce ai consumatori la titolarità di situazioni giuridiche soggettive collettive e individuali, alle quali assicura tutela, anche riconoscendo legittimazione all'azione agli enti esponenziali. Tra i diritti riconosciuti come "fondamentali"¹⁶² per consumatori e utenti, figurano il diritto "ad una adeguata informazione e corretta pubblicità"¹⁶³ e il diritto alla educazione (art. 4 cod. cons.).

L'obbligo del contraente professionista alla informazione precontrattuale del consumatore, unitamente a quello all'educazione del consumatore (cfr. art. 2, comma 2, lett. d, ed art. 4), sono considerati i prioritari rimedi alla asimmetria strutturale delle conoscenze e delle competenze dei contraenti relative alla natura del prodotto e del servizio, alle sue proprietà ed ai suoi effetti. Il Codice, dunque, nel fissare le coordinate della debolezza del contraente-consumatore, fa riferimento, non più esclusivamente a fattori economici, ma anche a quelli sociali e culturali.

¹⁶¹ D.lgs. 6 settembre 2005, n. 206, come modificato dal d.lgs. 23 ottobre 2007, n. 221; di seguito richiamato semplicemente cod. cons.

¹⁶² Il riferimento a diritti fondamentali contenuto nell'art. 2 cod. cons. è stato variamente interpretato dalla dottrina che tuttavia ha ritenuto di escludere che l'aggettivo impiegato intenda equiparare tali situazioni ai "diritti fondamentali costituzionalmente garantiti, ma sottolineare che questi sono i diritti di base garantiti a tutti i consumatori" (G. ALPA, *Codice del consumo e del risparmio*, Torino 1999, 31) e come tali irrinunciabili (A. BARBA, *Consumo e sviluppo della persona*, Torino, 2017, 147).

¹⁶³ G. ALPA, *Il ruolo dell'informazione nella tutela del consumatore*, in *Riv. crit. dir. priv.*, 1987, p. 815 ss. Vedi A. COSSU, L. PAVANELLO, *Le etichette e le informazioni al consumatore*, in G. ALPA (a cura di), *Codice del Consumo*, Milano, Giuffrè Editore, 1999, p. 332 ss. Vedi L.V. MOSCARINI, *Diritti ed obblighi di informazione e forma del contratto*, in *Diritto privato e interessi pubblici* (Scritti minori di L. V. Moscarini), Tomo I, Milano, 2001, p. 347 ss.; L. ROSSI CARLEO, *Il diritto all'informazione: dalla conoscibilità al documento informativo*, in *Riv. dir. priv.*, n. 2, 2004, p. 362 ss.

Il codice del consumo attribuisce però rilevanza e tutela solo ad alcune informazioni¹⁶⁴. L'art. 6 cod. cons. obbliga il professionista-produttore a rendere informazioni chiaramente visibili e leggibili, ad esempio sulla denominazione del prodotto, sulla provenienza geografica, sulla denominazione del produttore.

A queste informazioni relative al prodotto acquistato o al servizio reso, si aggiungono poi le informazioni che il consumatore ha il diritto di ricevere in caso di stipulazione di contratti conclusi a distanza o negoziati fuori dai locali commerciali. L'art. 49 cod. cons., infatti, prevede l'obbligo, vigente nella fase delle trattative, di informare il consumatore intorno al funzionamento del programma negoziale; ad esempio, sulle modalità di pagamento, consegna ed esecuzione, sul diritto di recesso, le condizioni, i termini e le procedure per esercitare tale diritto, sul costo della restituzione dei beni in caso di recesso, sulla garanzia legale di conformità per i beni.

L'insieme degli obblighi informativi imposti dall'art. 49 cod. cons. svolge la funzione di rendere il contrarre del consumatore consapevole *ex ante* – lett. da a g – e responsabile – lett. da n a s e v – *in executivis*.

L'obiettivo che la legislazione consumeristica si pone non è più tanto quello di sollevare il consumatore dal rischio di un acquisto non desiderato¹⁶⁵, ma, anche in ottica di valorizzazione della auto responsabilità connessa alla libertà negoziale di ciascuno, di renderlo informato, educato e razionale: capace quindi di compiere scelte non soltanto libere, ma anche pienamente consapevoli delle conseguenze che l'adesione al negozio potrebbe produrre nel proprio patrimonio. Il perseguimento di un simile risultato presuppone non soltanto la ricezione delle informazioni da parte del consumatore (ex se considerata, un mero adempimento di fatto, privo di effetti di tutela), ma anche la comprensione delle stesse, e l'educazione del soggetto che le riceve, mediante la esplicitazione dei meccanismi di funzionamento del sistema mercato. Ebbene, queste disposizioni non possono rilevare solo su un piano strettamente privatistico, ma rilevano anche sul piano pubblicistico. In altri termini, queste ultime oltre a proteggere la posizione del contraente debole, perseguono altresì l'obiettivo generale di un corretto assetto della società e delle attività che vi si svolgono, distinguendo quelle virtuose per lo sviluppo della persona umana, da quelle nocive. Enfatizzando questa funzione di perseguimento di valori superiori, si intuisce come sia indifferibile prevedere (nel senso di imporre per via legislativa l'adozione di) un piano nazionale di educazione e informazione al consumo per la collettività.

Ciò, soprattutto in quegli ambiti nei quali informare al consumo significa tutelare il diritto alla salute o altri diritti

¹⁶⁴ Nell'ambito del cd. mercato delle informazioni non tutte le informazioni sono tutelate dall'ordinamento giuridico. V. ZENO-ZENCOVICH E M. COLANGELO, *La intermediazione online e la disciplina della concorrenza: i servizi di viaggio, soggiorno e svago*, in *Diritto dell'informazione e dell'informatica*, 2015, pp. 43 e ss.

¹⁶⁵ M. P. PIGNALOSA, *Il consumatore calcolante. Contributo allo studio del contratto telematico*, Napoli, 2020, pp. 16 e ss.; BESSONE, *Adempimento e rischio contrattuale*, Milano, 1969; ALPA, BESSONE, ROPPO, *Rischio contrattuale e autonomia privata*, Napoli, 1982.

fondamentali costituzionalmente tutelati, come nel caso delle dipendenze comportamentali.

Ebbene il giocatore – consumatore, così come l'utente della rete internet o di un *social network* hanno il diritto, qualificato come “fondamentale” non solo “ad una adeguata informazione e corretta pubblicità”, ma anche di ricevere una educazione al consumo.

Ebbene il diritto all'educazione del consumatore risponde alla esigenza di anticipare la tutela del consumatore alle fasi precedenti la transazione commerciale vera e propria: si vuole incidere sul processo decisionale che porta il consumatore ad individuare i propri bisogni. Il consumatore deve essere educato al valore del denaro, al valore dell'acquisto, alla gestione dei bisogni e alla comprensione dei benefici sottesi all'acquisto.

“Conoscere prima di acquistare” è la regola fondamentale della protezione del consumatore. E allora considerata la equiparazione tra giocatore e consumatore la regola nel mercato dei giochi leciti dovrebbe essere “Conoscere prima di giocare” (così anche conoscere prima di accedere alla rete o prima di iscriversi ad un social). Il giocatore, come e più di altri consumatori, dovrebbe essere educato al gioco consapevole, dovrebbe ricevere informazioni tali per cui prima ancora di approcciare al gioco ne conosca i rischi, i benefici e la pericolosità.

I soggetti istituzionalmente deputati alla educazione dei consumatori sono lo Stato e le pubbliche amministrazioni in genere, oltre alle associazioni dei consumatori che, in ottica mutualistica, potrebbero abbracciare la proposta, per favorire il cambiamento culturale necessario per conseguire i risultati sperati. Tali soggetti sono tenuti ad intervenire per avviare un valido ed efficace percorso educativo dei giocatori d'azzardo, che, ancora oggi, non può dirsi validamente perseguito.

Ed infatti il processo educativo¹⁶⁶ del consumatore che viene perseguito in ambito nazionale e comunitario, orientato a favorire la consapevolezza dei “*diritti e degli interessi, lo sviluppo dei rapporti associativi, la partecipazione dei procedimenti amministrativi, nonché la rappresentanza negli organi esponenziali*” (art. 4 cod. cons.), impegna lo Stato ad interventi reali. Soltanto la previsione di processi educativi efficaci può chi è già affetto da disturbo da gioco d'azzardo e chi si avvicina in modo spensierato a tale attività, tuttavia rimanendone presto soggiogato.

Quale concreta prospettiva di riforma dell'ordinamento nel settore interessato, si riportano di seguito alcune opzioni regolatorie da valutarsi, ad opera del legislatore storico, in ottica coordinata e combinata:

¹⁶⁶ Sul riconoscimento dell'educazione al consumo quale diritto fondamentale del consumatore, v. P. PERLINGIERI, *Le insidie del nichilismo giuridico. Le ragioni del mercato e le ragioni del diritto*, in *Rass. Dir. Civ.*, 2005, p. 3; L. ROSSI CARLEO, *Il diritto all'informazione: dalla conoscibilità al documento informativo*, in *Riv. Dir. Priv.*, 2004, p. 5. Sulla azionabilità del diritto alla educazione in senso verticale e/o in senso orizzontale, v. G. ALPA, *La c.d. giuridificazione delle logiche dell'economica di mercato*, in *Riv. Trim. dir. E proc. Civ.*, 1999, p. 725.

1. **introduzione dell'obbligo di utilizzo della tessera sanitaria ai fini dell'iscrizione a social network e siti di altro genere**, allo scopo di anticipare al momento stesso dell'accesso al servizio una preliminare verifica di opportunità legata all'età del richiedente e/o a sue eventuali patologie;
2. **prescrizione di obblighi informativi *ex lege*** (con ogni ipotizzata conseguenza, in caso di inadempimento, in punto di validità del contratto e di risarcibilità del danno da comportamento precontrattuale scorretto) sui rischi e la pericolosità della rete internet, dei social network;
3. **istituzione di un piano nazionale di educazione al consumo**, il quale approfondisca la tematica dei danni che possono derivare dall'accesso a servizi internet, di gioco o di *social networking*.

PENALE

L'art. 85 c.p. stabilisce i criteri affinché un soggetto possa definirsi responsabile della commissione di un reato e prevede che *“Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se, al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile. È imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere.”*

Il concetto di imputabilità è richiamato anche dall'art. 27 della Costituzione che, nell'enunciare il concetto di responsabilità penale, fa riferimento ai casi in cui la persona che compie il fatto illecito sia effettivamente cosciente del valore antisociale e soprattutto anti giuridico e possa, così, autodeterminarsi.

Inoltre, come riconosciuto dalla Cassazione nel 2006, il disturbo di personalità antisociale può rientrare nella nozione di infermità e può dunque incidere, escludendola o scemandola grandemente, sulla capacità d'intendere e di volere nel frequente caso di disturbi della personalità indotti da un uso prolungato ed auto-lesivo di sostanze e/o comportamenti.

A. Le dipendenze riconosciute

Come affermato dalle Sezioni Unite con la sentenza c.d. Raso nel 2005 e dalle successive pronunce tra cui la n. 188/2020, i disturbi della personalità possono rientrare nel concetto di infermità purché siano di consistenza, intensità e gravità tali da incidere concretamente sulla capacità di intendere o di volere, escludendola o scemandola grandemente, e a condizione che sussista un nesso eziologico con la specifica condotta criminosa per effetto della quale il fatto di reato sia ritenuto causalmente determinato dal disturbo mentale mentre nessun rilievo, ai fini dell'imputabilità, deve essere dato ad altre anomalie caratteriali o alterazioni e disarmonie

della personalità che non presentino i caratteri sopra indicati, nonché agli stati emotivi e passionali, salvo che questi ultimi non si inseriscano, eccezionalmente, in un quadro più ampio di infermità¹⁶⁷.

In altri termini, se è vero che gli impulsi dell'azione, pur riconosciuta come riprovevole dall'agente, devono essere tali da vanificare la capacità di apprezzarne le conseguenze, è altrettanto vero che, per essere rilevante, il disturbo della personalità va valutato solo ove ricorra un nesso eziologico con la specifica condotta criminosa.

A tal proposito, la Corte di Cassazione aveva già statuito che la nozione di infermità dettata dagli articoli 88 e 89 c.p. non sarebbe coincidente con quella di malattia contenuta negli artt. 582 e 583 c.p.

Di talché, spetterebbe al giudice il compito di verificare se le psicopatie, le nevrosi e i disturbi della personalità (da tenere distinti dalle malattie mentali) abbiano avuto una consistenza, una gravità ed una rilevanza tali da incidere concretamente sulla capacità di intendere e di volere: dice la Corte *“Deve, perciò, trattarsi di un disturbo idoneo a determinare (e che abbia in effetti determinato) una situazione di assetto psichico incontrollabile ed ingestibile (totalmente o in grave misura), che, incolpevolmente, rende l'agente incapace di esercitare il dovuto controllo dei propri atti, e conseguentemente indirizzarli, di percepire il disvalore sociale del fatto, di autonomamente, liberamente, autodeterminarsi”*.

Infine, e questo è forse ciò che maggiormente conta dal punto di vista giudiziario, il momento normativo dell'imputabilità si traduce in un'analisi causale circa l'incidenza della psicopatia rispetto alla commissione del fatto reato, ponendosi, secondo il criterio della prognosi postuma, anteriormente al fatto e verificando che l'infermità del soggetto abbia determinato il suo comportamento delittuoso.

Tra i disturbi di personalità che stanno piano piano assumendo un ruolo nelle aule di giustizia figura il c.d. gioco d'azzardo patologico recentemente introdotto tra i LEA.

A ben veder, tuttavia, l'ammissibilità dell'infermità o semi-infermità del giocatore d'azzardo patologico è ancora oggi molto limitata, se non del tutto assente, e ciò è presumibilmente dovuto, per un verso, al fatto che spesso le problematiche connesse al gioco d'azzardo emergono solo dopo la condanna, ossia in sede di esecuzione penale¹⁶⁸, e, per altro verso, al fatto che l'azzardopatia, nella cultura degli operatori del diritto, non è ancora

¹⁶⁷ Corte di Cassazione, Sezioni Unite, n. 9136/2005 c.d. Raso.

¹⁶⁸Cfr., in proposito, WALTERS G.D., Problem Gambling in a Federal Prison Population: Results from the South Oaks Gambling Screen, in *Journal of Gambling Studies*, 13, 1997, p. 7 e ss.; MEYER G., STADLER M., Delinquenz im Rahmen pathologischen Glücksspiels, in *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 81, 1998, p. 29 e ss.; WILLIAMS R. J., ROYSTON J., HAGEN B.F., Gambling and Problem Gambling within Forensic Populations. A review of the Literature, in *Criminal Justice and Behavior*, 6, 2005, p. 665 e ss. ZERBETTO R., FOGLIA C., *Gioco d'azzardo e detenzione, una ricerca nelle carceri milanesi*, in *The Italian Journal on Addiction*, 3-4, 2012, p. 103 e ss.

stata appieno ricompresa tra le problematiche psicopatologiche rilevanti ai fini della valutazione dell'imputabilità del soggetto agente ai sensi degli artt. 88 e 89 c.p.

Tuttavia, per quanto sia innegabile che, al pari di ogni altro comportamento umano, anche l'azione del giocare d'azzardo dipenda in larga misura da una scelta individuale, non può disconoscersi che, in taluni casi, la presenza di una dipendenza patologica da gioco d'azzardo potrebbe avere, come altri disturbi patologici, qualche rilevanza giuridica sul piano dell'imputabilità¹⁶⁹, come nei casi in cui il gioco d'azzardo assuma il valore di una vera e propria patologia.

Nella nostra giurisprudenza penale, tuttavia, persiste un atteggiamento estremamente prudente, se non addirittura scettico, nei confronti del gioco d'azzardo patologico, soprattutto nel momento in cui può essere riconosciuto incidente sulla colpevolezza dell'agente, in quanto costituente condizione di infermità.

Invero, l'azzardopatia, nel corso degli anni, è stata qualificata in diversi modi dalla giurisprudenza, sia di merito che di legittimità, da disturbo della personalità di tipo istrionico¹⁷⁰ o narcisistico e antisociale¹⁷¹, a disturbo del controllo degli impulsi¹⁷² e, infine, come disturbo borderline della personalità¹⁷³.

Tali oscillazioni hanno, pertanto, richiesto nel 2005, l'intervento delle Sezioni Unite¹⁷⁴ le quali hanno sottolineato che occorre innanzitutto comprendere se un determinato disturbo costituisca una infermità mentale, oppure vada relegato nel novero degli irrilevanti stati emotivi e passionali ex art. 90 c.p. e, in secondo luogo, se il vizio abbia o meno condizionato la condotta e se sia stato causa del reato. Solo nel caso in cui la risposta a tutte queste domande sia affermativa, è possibile escludere l'imputabilità.

Neppure dopo l'intervento delle Sezioni Unite le oscillazioni della giurisprudenza sono cessate. Infatti, la Corte di Cassazione ha confermato un atteggiamento piuttosto rigido e privo di clemenzialismo, escludendo la sussistenza di un nesso tra azzardopatia e reati contro il patrimonio, come ad esempio, nella sentenza n. 24535 del 22 maggio 2012, in cui la seconda sezione della Corte di Cassazione ha escluso che il vizio del gioco d'azzardo potesse comportare la diminuzione del vizio parziale di mente in relazione al reato di rapina commesso da una

¹⁶⁹BIANCHETTI R., *Gioco d'azzardo patologico ed imputabilità*, in www.penalecontemporaneo.it

¹⁷⁰ Trib. Venezia, sentenza del 19 maggio 2005, dove si afferma che i crimini commessi, rapine ed aggressioni, non sarebbero altro che una nuova ed ulteriore manifestazione della personalità disturbata tendente a riaffermare un suo potere dopo tante frustrazioni e fallimenti del passato.

¹⁷¹ Cass. Pen., Sez. II, sentenza n. 14664 del 12 aprile 2007

¹⁷² Cfr. Trib. Campobasso 22 giugno 2006; Corte di Assise di Appello di Bologna, Sez. I, 09.02.2011

¹⁷³ Cass. Pen., Sez. I, sentenza n. 24535 del 20 giugno 2012, in Cass. pen. 2013, 6, pag. 2337. La Suprema Corte stabiliva che il vizio del gioco costituiva solo l'antefatto del crimine, commesso non in vista di un'immediata occasione di necessario approvvigionamento finanziario, ma per rimediare agli effetti economici devastanti già prodotti dal vizio. Secondo la Corte infatti, la lucidità e la professionalità dimostrate nel crimine sono in generale incompatibili con la spiegazione patologica del movente.

¹⁷⁴ Cassazione - Sezioni Unite Penali Sentenza 25 gennaio - 8 marzo 2005 n. 9163.

persona continuamente compulsata dall'esigenza di trovare denaro per fare fronte ai debiti derivanti dalle frequenti giocate. Secondo la Corte, il vizio del gioco costituiva, nel caso di specie, solo l'antefatto del crimine, commesso non in vista di un'immediata occasione del gioco rispetto alla quale fosse urgente, alla stregua di una spinta psicologica compulsiva, il necessario approvvigionamento finanziario, ma piuttosto per rimediare agli effetti economici già prodotti dal vizio stesso.

Ciò non significa, tuttavia, che la regola nomofilattica individuata dalla storica sentenza Raso delle Sezioni Unite del 2005 non abbia trovato pieno riscontro in giurisprudenza.

Nel luglio 2018, la IV sezione della Corte di Cassazione ha confermato che *"se la ludopatia è talmente intensa da escludere la capacità di autodeterminarsi, l'imputabilità è esclusa"*¹⁷⁵ e nel febbraio 2020, la I Sezione¹⁷⁶ ha ulteriormente specificato che *"in tema di imputabilità, ai fini del riconoscimento del vizio totale o parziale di mente, possono rientrare nel concetto di "infermità" anche i disturbi della personalità o comunque tutte quelle anomalie psichiche non inquadrabili nel ristretto novero delle malattie mentali, purché siano di consistenza, intensità e gravità tali da incidere concretamente sulla capacità di intendere e di volere, escludendola o facendola scemare grandemente, e a condizione che sussista un nesso eziologico con la specifica condotta criminosa, per effetto del quale il fatto di reato sia ritenuto causalmente determinato dal disturbo mentale"*¹⁷⁷.

B. Le c.d. Nuove Dipendenze (shopping compulsivo, sex addiction, dipendenza da social network, dipendenza da internet)

Vi sono, tuttavia, altre e nuove dipendenze che non hanno ancora trovato ingresso, se non eccezionalmente, nelle aule della giustizia penale e che alcun rilievo, allo stato, assumono o possono assumere ai fini dell'esclusione o della mitigazione della imputabilità.

Si tratta, *ex multis*, dello shopping compulsivo, del sex addiction, della dipendenza da internet e da social media. Ebbene, dinanzi alla commissione di un reato, posto che la condizione di dipendenza è una situazione che coinvolge diversi settori dell'individuo (fisici, mentali, infettivologici, familiari, sociali, educativi) spesso tutti in compresenza, non si dovrebbe prescindere da una considerazione di fondo ossia che il reato è, spesso, il prodotto ultimo di una generalizzata situazione di difficoltà, di alterazione delle capacità psichiche, eliminata mentalmente la quale, nella maggioranza delle ipotesi, verrebbe meno, per il soggetto dipendente, la ragione stessa di oltrepassare il limite tracciato dalle norme penali e di porsi al di là della convivenza civile.

¹⁷⁵Corte di Cassazione, sez. IV penale, sentenza 18 luglio 2018 n. 33463.

¹⁷⁶Corte di Cassazione, sez. I penale, sentenza 19 febbraio 2020 n. 6536.

¹⁷⁷ Cass. pen. n. 33463/2018.

Sicché, occorre considerare che, così come i disturbi mentali che hanno richiesto una lenta e lunga evoluzione per assumere un qualche ruolo nella giurisprudenza penale, allo stesso modo le nuove dipendenze, che negli anni sono aumentate di numero e di tipologia e che presumibilmente continueranno ad aumentare, richiederanno tempo al fine di rilevare in merito alla imputabilità dei soggetti.

Più precisamente, a titolo esemplificativo, nella giurisprudenza italiana di una trentina d'anni fa, i disturbi borderline e le devianze del carattere non erano per nulla sussunti entro le fattispecie normative di cui agli artt. 88 ed 89 c.p. tant'è che in un celebre procedimento afferente ad un duplice omicidio di matrice pedofiliaca, la Corte d'Assise di Perugia aveva affermato che *“sono rilevanti solo le accertate malattie di mente in senso medico legale, intendendosi per tali le malattie che la scienza psichiatrica definisce “grandi psicosi”, mentre non hanno valore di malattia e, quindi, non valgono come causa di esclusione della responsabilità, le psicopatie o i disturbi della personalità”*.

Provvidenzialmente, però, la Corte di Appello aveva contraddetto tale statuizione anticipando quella che sarebbe poi stata la scelta del DSM – V che ha allargato il ventaglio interpretativo delle psico-patologie invalidanti che oggi non consistono soltanto nei deliri espliciti o nella schizofrenia conclamata, ma si riconosce che la grave malattia mentale può, in definitiva, nascondersi nelle pieghe di una vita familiare e sociale apparentemente asintomatica ed ordinaria.

Invero, l'estensione precettiva delle patologie legate agli artt. 88 ed 89 c.p. è stata progressivamente confermata dalla Giurisprudenza di legittimità che, con tutte quelle pronunce secondo cui *“il concetto di infermità mentale recepito dal nostro codice penale è più ampio rispetto a quello di malattia mentale ... nella categoria dei malati di mente possono rientrare anche dei soggetti affetti da nevrosi e psicopatie apparentemente lievi¹⁷⁸”*, ha ammesso un notevole incremento quantitativo dei casi fattuali di infermità psichica riconoscendo, altresì, l'esistenza di distorsioni non lievi del carattere che potrebbero escludere, almeno parzialmente, un'intensa e predeterminata volizione dolosa.

Orbene, un riconoscimento, ancorché solo iniziale ed isolato, del c.d. *internet addiction disorder* è stato posto in essere dal Tribunale Penale di Roma nel 2013 che ha riconosciuto a tale dipendenza un potenziale semi-invalidante.

¹⁷⁸ ex multis, Cass. pen, n. 19532/2003.

La giurisprudenza di legittimità, dal canto suo, si è, invece, spinta fino a riconoscere rilevanza, ai fini della imputabilità, anche ai *“disturbi caratteriali o relazionali invalidanti”* e ad ammettere che esistono psicopatologie atipiche *“per effetto delle quali il fatto di reato si può ritenere causalmente determinato da un disturbo mentale”* come nel caso della cleptomania.



Ministero della Salute

Consiglio Superiore di Sanità

Sessione LIII (2022-2025)

Presidente: Prof. Franco Locatelli

Sezione I

Pianificazione di sistema ed economica, Innovazione e ricerca, sviluppo di nuovi modelli di servizio nel SSN

Presidente: Prof. Paolo Vineis

Segretario tecnico: Dr. Stefano Moriconi

Gruppo di lavoro “I disturbi da Addiction nelle dipendenze non legate all'uso/abuso di sostanze”

Prof. Vincenzo Mastronardi *Coordinatore GdI*

Professore di Psichiatria, Psicoterapeuta, Criminologo clinico, già Direttore della Cattedra di Psicopatologia forense Psicopatologia Forense, Dip.to Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica. Direttore dell'Osservatorio sui Comportamenti e sulla Devianza, e Presidente dell'Istituto Internazionale di Scienze Criminologiche e Psicopatologico Forensi - Presidente dell'Accademia Internazionale di Ricerche sulla Comunicazione Strategica (A.I.R.C.S.)

Dr. Stefano Moriconi *Segretario tecnico GdI*

Coordinatore e Direttore della Struttura tecnica di Segreteria della Sezione I del Consiglio Superiore di Sanità, Dirigente medico, Ministero della salute

Prof. Francesco Saverio Mennini *Vice-coordinatore GdI*

Professore di Economia Sanitaria e Economia Politica, Facoltà di Economia, Università di Roma “Tor Vergata”
Presidente 2020-2023 Società Italiana di Health Technology Assessment (Sihta)

Prof. Stefano Vicari *Vice-coordinatore GdI*

Professore ordinario di Neuropsichiatria Infantile, IRCCS Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli Roma Direttore U.O.C. Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Dipartimento Scienze Neurologiche e Psichiatriche IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma.

Prof. Paolo Vineis *Presidente Sezione I CSS*

Professore Ordinario di Epidemiologia Ambientale, Faculty of Medicine Imperial College, London (UK) - Responsabile Unità di Ricerca su Epidemiologia molecolare e Esposomica, Italian Institute for Genomic Medicine (IIGM), Torino

Prof. Bruno Dallapiccola *già Presidente Sezione I CSS (Sessione LII)*

Professore Ordinario di Genetica Medica - Direttore scientifico IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma. Componente del Comitato Nazionale per la Bioetica (Presidenza Consiglio dei Ministri)

Dott.ssa Roberta Pacifici

Direttore Centro Nazionale Dipendenze e Doping. Istituto Superiore di Sanità

Dott.ssa Monica Calderaro

Ricercatrice e Responsabile dell'Istituto Internazionale di Scienze Criminologiche e Psicopatologico-forensi – IISCPF (Miur – Dip.to per la Formazione Superiore e per la Ricerca, codice n.62065CSS). Dottore in Psicologia ad indirizzo clinico. Spec. in Criminologia e Scienze Strategiche, Sapienza Università di Roma.

Dott. Simone Montaldo

Ricercatore a c. Dip.to di Neuroscienze Umane, Università Sapienza, Roma. Spec. in psicodiagnostica e valutazione psicologica e Scienze criminologico-forensi. Docente master II livello Genetica Forense, Università Tor Vergata, Roma.

Avv. Roberta Mencarelli

Specializzata in diritto penale con particolare riferimento alla responsabilità penale degli esercenti le professioni sanitarie.

Avv. Rita Tuccillo

Professore a contratto in diritto dell'informazione digitale (ius01). Specializzata in diritto civile e in materia di responsabilità sanitaria.

Il Coordinatore:

Prof. Vincenzo Mastronardi

Co-coordinatori:

Prof. Francesco Saverio Mennini

Prof. Stefano Vicari

IL SEGRETARIO DELLA SEZIONE I CSS

Dr. Stefano Moriconi

IL PRESIDENTE DELLA SEZIONE I CSS

Prof. Paolo Vineis