



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga

Progetto

IAD-U

Valutazione della prevalenza delle dipendenze comportamentali nell'epoca di internet tra studenti universitari

Centro Collaborativo DPA



UNIVERSITÀ DI PISA

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale
Sezione di Psichiatria

Durata:
2 anni
Oneri:
€ 110.000
Capitolo di Spesa
786



Indice

- 1 Titolo del progetto
- 2 Riassunto – Sintesi
- 3 Referenti amministrativi
- 4 Problem analysis and setting
 - 4.1 Problema che si vuole risolvere e/o motivazione per la proposta di progetto
 - 4.2 Dimensionamento e rilevanza del problema
- 5 Obiettivo generale dell'intervento proposto e risultati attesi
- 6 Sotto obiettivi specifici
- 7 Premesse tecnico scientifiche (Il Razionale) dell'intervento proposto
- 8 Target (Destinatari)
- 9 Territorio ed ambienti di intervento
- 10 Valore aggiunto atteso dell'intervento proposto
- 11 Sotto obiettivi e indicatori
- 12 Sotto obiettivi, Work Package e Metodi
- 13 Risk Assessment e Risk Management
- 14 Organigramma generale del progetto
- 15 Governance – suddivisione dei compiti di concerto tra le parti
- 16 Percorso operativo
 - 16.1 Articolazione in macro fasi e attività
 - 16.2 Gantt Preventivo
 - 16.3 Agenda Reporting
- 17 Oneri e Piano Finanziario



1

Titolo Progetto

Acronimo o sigla	Progetto IAD-U
Titolo per esteso	Valutazione della prevalenza delle dipendenze comportamentali nell'epoca di internet tra studenti universitari
Attivato da:	Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Politiche Antidroga Capo del Dipartimento: Dott. Giovanni Serpelloni
Gruppo di coordinamento tecnico-scientifico	Direzione tecnico-scientifica: Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento Politiche Antidroga Università di Pisa Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale Sezione di Psichiatria
Centro Collaborativo	Università di Pisa Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale Sezione di Psichiatria
Responsabile per il Centro Collaborativo	Prof. Mario Petrini
Responsabile Operativo del progetto per il Centro Collaborativo	Prof. Donatella Marazziti
Collaborazioni previste	Dipartimento di Psichiatria Università degli studi di Napoli Dipartimento di Psichiatria Università degli studi di Brescia
Gruppo di lavoro interdisciplinare previsto	Da definire in base alle esigenze progettuali

2 Riassunto – Sintesi

2.0 Titolo del Progetto

Progetto IAD-U. Valutazione della prevalenza delle dipendenze comportamentali nell'epoca di internet tra studenti universitari.

2.1 Premesse

L'organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) descrive il concetto di dipendenza patologica come 'quella condizione psichica, e talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo vivente e una sostanza tossica, e caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni, che comprendono sempre un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione'.

Per quanto le ultime versioni del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV-TR, APA, 2000) e del Manuale di Classificazione delle Sindromi e dei Disturbi Psicologici e Comportamentali (ICD-X, OMS, 1994) continuano a proporre una nozione di 'dipendenza' riferita in modo esclusivo all'assunzione di sostanze ad attività psicotropa, questa viene sempre più frequentemente utilizzata anche nell'inquadramento di particolari entità sindromiche derivanti dallo sviluppo di comportamenti assuefatti che si sviluppano in assenza dell'assunzione di qualsiasi sostanza. Il DSM ha evitato a lungo il termine 'addiction', preferendo parlando piuttosto di 'substance use' e 'dependence'. Secondo la quarta edizione del manuale, l'abuso di sostanze si riferisce a un consumo di droga ripetuto che crea problemi sul lavoro, a scuola e nella vita sociale. Per contro, la definizione di dipendenza da sostanze corrisponde a ciò che molti intendono per 'tossicodipendenza': una quantità eccessiva di tempo trascorso per entrare in possesso della sostanza, una maggiore tolleranza a essa, danni fisici o psicologici dovuti al suo consumo, tentativi falliti di interromperne l'assunzione e sintomi di astinenza. Il DSM-V elimina la confusione fra i due termini: tutte le dipendenze e i relativi problemi rientrano nella categoria 'disturbi da uso di sostanze' in un capitolo intitolato 'disturbi da dipendenza e correlati all'uso di sostanze'. Il DSM-V rafforza inoltre i criteri per la diagnosi di questi disturbi, graduandoli in lievi, moderati o gravi. Mentre nel DSM-IV per una diagnosi di abuso di sostanze era richiesto un solo sintomo, nella nuova edizione un disturbo da uso di sostanze lieve richiede almeno due sintomi.

Le 'nuove dipendenze', o 'dipendenze senza sostanza', si riferiscono a una vasta gamma di comportamenti anomali: tra esse possiamo annoverare il gioco d'azzardo patologico, lo shopping compulsivo, la cosiddetta 'new technologies addiction' (dipendenza da TV, internet, social networks, videogiochi), le dipendenze dal lavoro (workaholism), le dipendenze dal sesso ('sex-addiction') e dalle relazioni affettive, e alcune devianze del comportamento alimentare come l'ortoressia o dell'allenamento sportivo come la sindrome da overtraining.

A questo proposito, Francisco Alonso-Fernandez (1999) ha proposto una classificazione allargata del concetto di 'tossicomania' basata su regolatori sociali, distinguendo così:

- le dipendenze 'sociali' o legali: comprendono droghe legali, ossia quelle per le quali è permessa la libera vendita (come tabacco, alcolici, farmaci), attività socialmente accettate (come mangiare, lavorare, fare acquisti, giocare, navigare in internet);
- le dipendenze 'antisociali' o illegali: comprendono la dipendenza da droghe ed attività illegali (come derivati della cannabis, eroina, cocaina, attività sessuali illecite).

Sia le classiche dipendenze da sostanza che queste nuove dipendenze presentano numerosi elementi in comune:

- ✓ il piacere e il sollievo: sensazioni gradevoli ma limitate ai periodi iniziali dell'uso della sostanza (o della messa in atto del comportamento): è la fase della 'luna di miele', durante la quale è anche quasi sempre presente la negazione del problema;
- ✓ la dominanza: la sostanza (o il comportamento) domina costantemente il pensiero (idea prevalente); vi è l'impossibilità di resistere all'impulso di assumerla (o di eseguire il comportamento), vissuta con modalità compulsiva;
- ✓ il craving: l'appetizione e la sensazione crescente di tensione che precede l'inizio dell'assunzione della sostanza (o del comportamento);
- ✓ l'instabilità dell'umore: inizialmente limitata all'inizio dell'assunzione della sostanza (o del comportamento), successivamente sempre più generalizzata e estesa a tutti gli aspetti dell'esistenza;
- ✓ la tolleranza: la progressiva necessità di incrementare la quantità di sostanza (o il tempo dedicato al comportamento) per ottenere l'effetto piacevole, il quale tende altrimenti ad esaurirsi;
- ✓ il discontrollo: la progressiva sensazione di perdita del controllo sull'assunzione della sostanza (o sull'esecuzione del comportamento);
- ✓ l'astinenza: un profondo disagio psichico e fisico quando s'interrompe o si riduce l'assunzione della sostanza (o il periodo dedicato al comportamento);
- ✓ il conflitto: è la conseguenza dell'uso cronico della sostanza (o del comportamento), che determina evidenti ricadute sull'adattamento familiare, sociale, scolastico o lavorativo;
- ✓ la persistenza: l'uso della sostanza (o dell'esecuzione del comportamento) continuano nonostante la progressiva ed evidente associazione con conseguenze negative sempre più gravi;
- ✓ le ricadute: vi è la frequente tendenza a riavvicinarsi alla sostanza (o al comportamento) dopo un periodo di interruzione;
- ✓ poliabuso e cross-dipendenza: elevata frequenza dell'assunzione di più sostanze (o dell'esecuzione di più comportamenti), nonché di passaggio nel tempo da una dipendenza ad un'altra; non va poi dimenticata l'esistenza di

- un importante fenomeno di cross-dipendenza anche tra uso di sostanze e questi altri comportamenti additivi;
- ✓ la somiglianza nei principali fattori di rischio: impulsività, sensation-seeking, capacità metacognitive disarmoniche, inadeguato ambiente genitoriale.

La visione socio-culturale dei disturbi da dipendenza, che individua nelle caratteristiche intrinseche degli oggetti di dipendenza la principale differenza tra dipendenza da sostanze e dipendenza da comportamenti, andrà approfondita e sintonizzata con le attuali conoscenze neurobiologiche, le cui ipotesi più accreditate suggeriscono l'esistenza di un disequilibrio tra il sistema della serotonina, della dopamina e degli oppioidi endogeni, mediatori fondamentali per il corretto funzionamento dei processi di gratificazione, una cui primaria vulnerabilità potrebbe determinare un alterato funzionamento dei 'centri del piacere'. Con il passare del tempo, queste alterazioni tenderebbero a cronicizzarsi, costruendo una nuova, anomala, stabile, resistente condizione di 'non-equilibrio'.

Nella stesura del DSM-5 l'APA aveva originariamente proposto l'inserimento di un nuovo capitolo intitolato "Dipendenze comportamentali", ma questo capitolo non è stato poi inserito nella nuova edizione. Per la prima volta, tuttavia, il manuale comprende, insieme ai disturbi da uso di sostanze, anche il disturbo da gioco d'azzardo. Un'altra dipendenza comportamentale, la 'Internet Addiction', è presente nella sezione 3, riservata alle condizioni che richiedono ulteriori ricerche prima di essere formalmente considerate 'disturbi'. L'ipotizzata "ipersessualità", che molti hanno considerato come un altro nome per la dipendenza dal sesso, è stata invece respinta dai curatori del nuovo manuale.

In ogni caso, si ritiene di essere di fronte a una nuova emergenza che manca tuttora di strumenti adeguati di rilevazione, di diagnosi e cura. Infatti, il trattamento delle nuove dipendenze è attualmente stabilito su valutazioni empiriche e sulla base di caratteristiche clinico-psicopatologiche simili ai disturbi dello spettro ossessivo-compulsivo e impulsivo, ai disturbi da uso di sostanze e ai disturbi dell'umore, soprattutto quelli appartenenti allo spettro bipolare. Sono state impiegate diverse classi di farmaci (timolettici di varie classi farmacologiche, stabilizzatori dell'umore, antagonisti degli oppioidi, modulatori glutamatergici e antipsicotici atipici) che, in combinazioni personalizzate, hanno mostrato una buona efficacia nella riduzione della sintomatologia e nel controllo del craving. Nella maggior parte dei casi è sempre utile associare al trattamento psicofarmacologico specifici interventi psicoterapeutici e psicosociali.

Le principali dipendenze comportamentali sono riportate di seguito.

Gioco d'azzardo patologico

Il gioco d'azzardo patologico (ludopatia, gambling patologico) è caratterizzato dalla persistente incapacità di controllare e di resistere all'impulso di mettere in atto comportamenti finalizzati al gioco d'azzardo.

La persistenza e l'intensificazione di tali comportamenti (scommesse e puntate divengono sempre più alte e rischiose così da provare livelli di eccitazione progressivamente maggiori) determinano con il passare del tempo rilevanti ripercussioni sull'adattamento familiare, sociale, affettivo, lavorativo, fino a innescare, in alcuni casi, a un deterioramento irreversibile degli stessi.

Può inoltre instaurarsi una modalità comportamentale circolare, che conduce a continuare a giocare nell'intento di annullare le perdite, innescando un pericoloso circolo vizioso in grado di cronicizzare una già critica situazione; nei casi più gravi, l'esaurimento del credito disponibile può indurre a ricorrere a prestiti da usurai, frodi o furti al fine di procurarsi il denaro necessario per giocare.

Sintomi, decorso e complicanze del disturbo sono pressochè analoghi a quelli dei disturbi da uso di sostanza, compresi fenomeni specifici (craving, assuefazione, tolleranza, astinenza) e aspecifici (depressione, irritabilità, astenia, disturbi delle funzioni cognitive, incremento della quota di ansia generalizzata, disturbi somatoformi, disturbi del ritmo sonno-veglia).

Il DSM-IV-TR propone che la diagnosi può essere posta quando sono soddisfatti almeno 4 tra i seguenti criteri:

- coinvolgimento sempre crescente nel gioco d'azzardo (ad esempio, il soggetto è continuamente intento a rivivere esperienze trascorse di gioco, a valutare o pianificare la prossima impresa di gioco, a escogitare modi per procurarsi il denaro con cui giocare)
- bisogno di giocare somme di denaro sempre maggiori per raggiungere lo stato di eccitazione desiderato
- irrequietezza e irritabilità quando si tenta di giocare meno o di smettere
- il soggetto ricorre al gioco come fuga da problemi o come conforto all'umore disforico (ad esempio, senso di disperazione, di colpa, ansia, depressione)
- quando perde il soggetto ritorna spesso a giocare per rifarsi ('inseguimento' delle perdite)
- Il soggetto mente in famiglia e con gli altri per nascondere il grado di coinvolgimento nel gioco
- il soggetto compie azioni illegali (ad esempio, reati di falso, truffa, furto, appropriazione indebita) per finanziare il gioco.
- il soggetto mette a rischio o perde una relazione importante, un lavoro, un'opportunità di formazione o di carriera a causa del gioco.
- confida negli altri perchè gli forniscano il denaro necessario a far fronte a una situazione economica disperata, causata dal gioco (una 'operazione di salvataggio').

Custer (1984), ha identificato sei diverse tipologie di giocatori:

- Giocatori professionisti: si mantengono con il gioco d'azzardo che rappresenta per loro una vera e propria professione. Non sono dipendenti dal gioco, per questo riescono a controllare l'ammontare di denaro scommesso ed il tempo speso a giocare.
- Giocatori antisociali: attraverso il gioco d'azzardo ottengono denaro in maniera illegale; giocano con carte segnate o sono coinvolti in corse truccate.
- Giocatori sociali occasionali o 'adeguati': giocano per divertirsi e per socializzare ed il gioco non interferisce con la loro vita.

- *Giocatori sociali 'seri' costanti: investono tempo nel gioco, che rappresenta la loro principale forma di relax e di divertimento; sono in grado di mantenere il controllo sulla loro attività di gioco e non trascurano lavoro e/o famiglia.*
- *Giocatori per 'fuga' e per 'alleviamento' senza sindrome da dipendenza: riescono tramite il gioco ad alleviare sensazioni di ansia, depressione, solitudine e noia; più che una risposta euforica il gioco è per loro un potente analgesico che aiuta a non pensare alle difficoltà.*
- *Giocatori compulsivi con sindrome da dipendenza: non hanno più il controllo del gioco che è diventato per loro la cosa più importante; non riescono più a smettere di giocare, indipendentemente dalla loro volontà e dal loro impegno. Famiglia, amici e lavoro sono negativamente influenzati dall'attività ludopatica.*

Che si possa essere dipendenti da un comportamento come il gioco d'azzardo allo stesso modo in cui si può essere dipendenti da una sostanza rimane peraltro questione molto controversa. Nel DSM-V l'APA ha, almeno in parte, basato la decisione di inserire il gambling patologico tra i disturbi da uso di sostanze facendo riferimento a dati recenti secondo i quali i gamblers presentano alcune alterazioni biochimiche simili a quelle dei tossicodipendenti da sostanze, e che sia tossicodipendenti sia giocatori d'azzardo patologici traggono beneficio dalla terapia di gruppo e da una graduale disassuefazione.

Il profilo personale del giocatore d'azzardo patologico non sembra possedere caratteri particolarmente specifici, mentre sono evidenziabili alcuni tratti a comune con altri tipi di dipendenza, quali elevata impulsività, ridotta resistenza allo stress, facilità al discontrollo, bassa autostima, sentimenti di solitudine, deficit cognitivi con difficoltà di concentrazione, dimensioni presenti nell'area borderline, narcisistica ed antisociale.

I giochi che sembrano indurre dipendenza in modo più rapido sono quelli che consentono la maggiore 'prossimità' spazio-temporale tra scommessa e premio, quali ad esempio slot-machines, gratta e vinci, roulette.

Entrambi i sessi possono essere colpiti: nella donna si nota un picco tra i 40 ed i 50 anni, mentre nell'uomo si hanno due picchi significativi, il primo in età giovanile (intorno ai 20 anni) il secondo intorno ai 40 anni.

Shopping compulsivo

Il programma mediatico progressivamente sviluppato con l'inizio della rivoluzione industriale, basato sulla promozione all'acquisto tramite il mezzo pubblicitario, si è basato sulla costruzione di un modello comportamentale vincente secondo il quale il possesso di un bene (e, più recentemente, anche l'accesso a servizi esclusivi) è sinonimo di benessere e dunque di felicità.

Lo shopping compulsivo (o oniomania, dal greco onios, 'in vendita': termine coniato dallo psichiatra tedesco Emil Kraepelin, il quale, assieme a Eugen Bleuler, ne identificò per la prima volta i sintomi intorno alla fine del XIX secolo) è un disturbo caratterizzato dalla continua polarizzazione ideativa e dalla perdita del controllo verso attività di acquisto compulsivo, generalmente non finalizzato.

Più recentemente, Susan McElroy ha proposto una serie di criteri diagnostici atti a distinguere la normale attività di acquisto rispetto a quella patologica:

1. *La preoccupazione, l'impulso o il comportamento di acquisto sono percepiti come irresistibili, intrusivi o insensati;*
2. *L'acquisto è frequentemente al di sopra delle proprie possibilità e/o riguarda oggetti inutili (o di cui non si ha bisogno);*
3. *La preoccupazione, l'impulso o l'atto del comprare causano marcato stress, determinano una significativa perdita di tempo, interferiscono significativamente con il funzionamento sociale e lavorativo o determinano problemi finanziari;*
4. *L'acquisto eccessivo non si presenta esclusivamente durante i periodi di mania o ipomania.*

E' possibile distinguere due tipi di acquisto patologico:

- *la 'consumopatia abusiva': l'acquisto rappresenta un meccanismo psicopatologico compensatorio di un disturbo psichiatrico primario, come la depressione, il disturbo bipolare, alcuni disturbi d'ansia. L'eccesso negli acquisti segue un decorso sostanzialmente sintonico all'andamento del disturbo primario e si attenua fino a scomparire parallelamente alla remissione del quadro affettivo e/o psicotico.*

- *la 'consumopatia morbosa': la compulsività all'acquisto rappresenta il fenomeno primario. Se durante le fasi iniziali del disturbo ogni nuova compera crea una piacevole sensazione, col passare del tempo, questa si riduce parallelamente alla comparsa dell'impossibilità di frenare l'impulso all'acquisto, mentre iniziano a comparire uno stato di tensione crescente e sentimenti di colpa e vergogna. Nel sesso femminile, più frequentemente colpito dal disturbo, l'acquisto si indirizza principalmente verso abbigliamento, indumenti intimi, scarpe, cosmetici e gioielli, mentre nel maschio sembrano essere preferiti oggetti elettronici ed accessori per auto; vi sono dipendenti che diversificano gli acquisti mentre altri si focalizzano esclusivamente su un determinato oggetto in una sorta di 'hoarding' compulsivo.*

Gli oggetti acquistati il più delle volte vengono messi da parte, regalati o gettati.

Anche in questo disturbo sono presenti una serie di manifestazioni sintomatologiche e comportamentali affini alla fenomenologia dei dipendenza da sostanze (craving, assuefazione, tolleranza, astinenza).

Dipendenza dal lavoro ('workaholism')

Robinson (1998) ha definito questo fenomeno come un 'disturbo ossessivo-compulsivo che si manifesta attraverso richieste auto-imposte, un'incapacità di regolare le proprie abitudini di lavoro ed eccessiva indulgenza nel lavoro fino all'esclusione delle altre principali attività della vita' e ha definito il workaholic come una 'persona il cui bisogno di lavorare è talmente eccessivo da creare notevoli disagi ed interferenze nello stato di salute, nella felicità personale, nelle relazioni personali e familiari e nel suo funzionamento sociale'.

Il 'workaholic' presenta elevati livelli di aggressività, tensione continua, incapacità a rilassarsi, è sempre sicuro di sé, coltiva sentimenti di invincibilità, non tollerando critiche o ostacoli, è arido, anaffettivo, rigido sul piano cognitivo, concentrato pressoché esclusivamente sul successo professionale, tende a ipercontrollare ogni aspetto della sua

esistenza, senza porre confine tra la vita professionale e quella personale. Trascorre il tempo libero e le ferie in attività che possano avere una qualche utilità per il lavoro e per la carriera, e se non gli è possibile avverte insopportabili sentimenti di irrequietudine e noia. Prova un forte disprezzo per attività che considera non costruttive, dunque inutili e futili, quali concerti, teatri, sport; non coltiva alcun hobby se non è in qualche modo connesso con un vantaggio lavorativo quelli connessi al suo lavoro.

Dipendenza dal sesso ('sex-addiction')

La dipendenza sessuale è una relazione patologica con il sesso che, al pari di altri comportamenti di dipendenza, può essere interpretata come un tentativo di alleviare stress e/o sentimenti negativi o dolorosi che il soggetto non è capace di gestire. In base alle attuali possibilità farmacoterapeutiche, si deve tenere presente la diagnosi differenziale tra la dipendenza da reazione orgasmica (DRO) ed il comportamento ipersessuale egosintónico (CISES); quest'ultima rappresenta, infatti, una condizione più arginabile dal punto di vista farmacoterapico rispetto alla DRO (Liggio, 2007).

L'assuefazione con crescente tolleranza alle sostanze endorfiniche, determinata da fattori genetici, è la causa della DRO, in cui l'incremento endorfinico prodotto dall'orgasmo non è più sufficiente a smorzare il desiderio erotico, per cui i soggetti sono portati a ripetere sempre più ulteriori orgasmi onde evitare l'instaurarsi della sindrome d'astinenza.

Il CISES è caratterizzato da alcuni elementi fondamentali:

- **Centralità:** nella vita del sex-addicted la sessualità ricopre un ruolo preminente; il soggetto indirizza la sua esistenza in relazione alla possibilità di appagare i desideri sessuali che sa di non potere controllare. Vi è una ricerca continua di situazioni a carattere sessuale, in grado di stimolare il desiderio o dare occasioni per comportamenti sessuali. In un primo momento la condotta sessuale attenua il malessere legato agli stati disforici presenti, ma poi subentrano sensi di colpa, depressione, vergogna, che fortificano la condotta sessuale. La vergogna spinge a chiudersi in sé, nascondendo agli altri i suoi impulsi e le sue condotte, isolandosi sempre più e deteriorando la qualità della sua vita, attivando il circolo della vergogna che rinforza la dipendenza (Fossum e Mason, 1986);
- **Pervasività:** le condotte sessuali tendono a estendersi a tutti i piani (mentali e pratici) dell'esistenza;
- **Rapporto con le conseguenze:** il soggetto orienta le scelte in base a un'alterata gerarchia di valori e priorità proprio perché pone al centro dell'interesse il soddisfacimento dei suoi appetiti sessuali e sottostima o ignora le conseguenze devastanti per sé e/o per gli altri;
- **Incapacità di astenersi malgrado le conseguenze dannose:** in una percezione distorta della realtà, l'individuo può arrivare a negare tali conseguenze rivelando impossibilità di gestione dei propri impulsi;
- **Compulsività:** i comportamenti sessuali non sono diretti a procurare piacere, ma a ridurre l'ansia e la sofferenza interiore (Coleman, 1990; Goodman, 1998);
- **Incapacità di controllare l'impulso sessuale:** l'istinto sessuale è presente con elevata frequenza e intensità e la persona è incapace di resistere al suo soddisfacimento;
- **Tolleranza (crescente frequenza delle condotte dipendenti e aumento degli stimoli volti ad attivare il comportamento) e astinenza (sintomi astinenziali, quali instabilità e labilità emotiva, irritabilità, reattività, in caso di impossibilità nell'espletare il comportamento sessuale) (Griffin Shelley, 1991).**

Dipendenza dalle relazioni affettive

Il problema della dipendenza affettiva è stata storicamente affrontata in ambito psicanalitico: nel 1945 Otto Fenichel nel "Trattato di Psicanalisi delle Nevrosi e Psicosi" introduce il termine 'amoredipendenti' per indicare 'persone che necessitano dell'amore come altri necessitano del cibo o della droga'. A livello mediatico il problema esplose negli USA negli anni Ottanta, quando la psicologa americana Robin Norwood pubblica il best-seller 'Donne che amano troppo'. Ma, malgrado ciò e nonostante la discreta specificità di alcune sue manifestazioni comportamentali, questa condizione non trova ancora dignità nosografica nei vari sistemi diagnostici internazionali, tra cui anche il DSM-IV-TR.

Se è normale che in una relazione, in particolare durante la fase dell'innamoramento, sia presente un certo grado di dipendenza, una sorta di desiderio di fusione con l'altro, questo tende fisiologicamente a scemare con lo stabilizzarsi della relazione affettiva. Nella dipendenza affettiva patologica, invece, la pulsione fusionale perdura inalterata nel tempo, se non addirittura si intensifica.

A causa delle ansie abbandoniche, il dipendente si dedica completamente all'altro, al fine di perseguire esclusivamente il suo benessere e non anche il proprio, come invece dovrebbe essere in una relazione 'sana'. Il partner diviene così lo scopo primario dell'esistenza e la sua assenza, anche temporanea, dà al soggetto la sensazione di non avere significato, di 'non esistere'.

La dimensione di dipendenza conduce spesso alla scelta di partner 'problematici', affetti a loro volta da instabilità dell'umore, dipendenze patologiche e disturbi del controllo degli impulsi: ciò sempre al fine di negare i propri bisogni, perché è l'altro ad aver bisogno di aiuto.

Ma è un'aiuto 'malato', nel quale non solo si diventa 'codipendenti', ma si rafforza la dipendenza dall'altro, in modo tale che egli possa essere e rimanere per sempre 'nostro': ma quasi sempre sono presenti mancanza di rispetto, progetti di vita diversi se non opposti, bisogni e desideri non condivisi. Questa è la fase nella quale casi la persona non può più uscire da una relazione che egli stesso ammette essere senza speranza, insoddisfacente, umiliante e spesso autodistruttiva.

Analogamente alle dipendenze da sostanze, anche in questa condizione sono presenti fenomeni di 'ebbrezza' (la relazione sentimentale dona una sensazione di euforia che diviene sempre più indispensabile per mantenere un 'equilibrio' interiore), di tolleranza (il soggetto ricerca dosi affettive sempre più grande, manifestazioni sempre più continue e concrete del suo amore, cerca di trascorrere sempre più tempo in sua compagnia), di astinenza (la sua assenza getta in uno stato di prostrazione). L'aumento della dose di 'sostanza' non di rado esclude la coppia dal resto del mondo, e, se

la dipendenza è reciproca, la coppia finisce con l'alimentarsi di se stessa.

La consapevolezza dell'ingresso in un pericoloso circuito psicopatologico non è sempre completamente presente, o non lo è sempre nel tempo: ansia, sentimenti di colpa, elementi distimici cedono talvolta il passo a tensione interna, reattività, irritabilità, gelosia, possessività, spunti paranoidei che, invadendo il campo delle idee, possono innescare uno sconfinamento in un pensiero psicotico con rischio di reazioni aggressive anche di estrema gravità.

Ortoressia

L'ortoressia (dal greco *orthos* -corretto e *orexis* -appetito) è stata descritta per la prima volta dal dietologo Steve Bratman nel 1997 e poi sistematizzata nel 2000 sulla base di un Questionario composto da 10 item (Spendi più di 3 ore al giorno riflettendo sulla tua alimentazione? Pianifichi i tuoi pasti diversi giorni prima? La possibilità che i cibi che assumi ti facciano ingrassare è sempre più importante del piacere di mangiarli? Lo stato di ansia nella tua vita è aumentata da quando hai riflettuto sulla tua alimentazione? Sei diventato più severo con te stesso nei confronti del tuo comportamento quotidiano e alimentare? La tua autostima aumenta quando ti alimenti in modo corretto? Hai eliminato radicalmente diversi cibi che ti piacevano in favore di cibi più salutari? Ti riesce più difficile mangiare fuori casa, in ristoranti diversi? Ti senti in colpa quando non mangi in modo corretto? Ti senti in pace con te stesso e in pieno controllo quando mangi in modo corretto?) (Bratman e Knight, 2000).

Il quadro clinico si caratterizza per la presenza di una ideazione prevalente sul controllo del regime alimentare, sulla scelta del cibo e sulle sue caratteristiche (dando l'assoluta priorità a cibi ritenuti 'sani', quali agricoltura biologica o similari), ricollegabile non solo al timore di andare incontro ad un aumento ponderale, ma, e soprattutto, di costruire una condotta nutrizionale che sia in grado di permettergli il raggiungimento di un 'perfetto' stato di salute.

L'ortoressico tende a isolarsi progressivamente in un proprio stile esistenziale standardizzato e dettato esclusivamente da regole precise e imprescindibili collegate al controllo della condotta alimentare, difendendosi e chiudendo la comunicazione con chi non comprende le sue scelte o non condivide in pieno le sue idee. Vive in uno stato di tensione continua, che 'supera' con la convinzione che le sue scelte siano assolutamente le uniche giuste.

Anche se il disturbo può presentarsi a vari livelli di intensità, è possibile il verificarsi una progressiva distorsione del contenuto del pensiero tale che il soggetto può divenire progressivamente inaccessibile alla critica strutturando una modalità di pensiero psicotica.

Dipendenza da Sport ('Sindrome da overtraining')

La 'sindrome da overtraining' definisce un alterato equilibrio tra quantità e qualità di allenamento e tempi di recupero, con decremento delle capacità di performance per saturazione. La ricerca ossessiva del 'dare il massimo' o del 'dimagrire' o 'definire la muscolatura ad ogni costo' può infatti minare, in modo anche pericoloso, i sistemi di controllo neuroendocrinologici.

Una volta comparsa, si tratta di una condizione cronica, stabilizzata, che necessita di lunghi periodi di recupero (molti mesi) ed in questo si differenzia dal banale 'affaticamento', che perdura per uno-due giorni dopo un sovraccarico di allenamento, o dal cosiddetto 'over-reaching' che è comunque di breve durata (circa due settimane in media).

I principali sintomi fisiologici di questa condizione sono rappresentati dalla comparsa di eccessivo affaticamento di fronte ad ogni minimo sforzo, bradicardia a riposo, alterazioni dell'omeostasi pressoria, alterazioni del ritmo sonno-veglia, anomale modificazioni del rapporto massa magra-grassa con perdita di peso, dolori muscolari, insorgenza di intolleranze alimentari favorite da alimentazioni stereotipate o forzate, peggioramento tecnico con ricomparsa di errori già superati, minore tolleranza ai carichi di lavoro; dal punto di vista psicologico-vegetativo compaiono alterazioni del tono timico con instabilità, labilità e reattività dell'umore, ridotta motivazione verso l'allenamento, ridotta fiducia nei propri mezzi, iporessia, cefalea, disturbi gastrointestinali, maggiore facilità ad infezioni; a livello biochimico possono comparire elevazione dei livelli serici di catecolamine, cortisolo ed urea, riduzione del testosterone plasmatico e della calcemia, minore resintesi di glicogeno, irregolarità mestruali.

Dipendenza da Tecnologie

Nel 1995 Ivan Goldberg propose in modo ironico e provocatorio l'introduzione nel DSM di una nuova sindrome da dipendenza denominata Internet Addiction Disorder. La diagnosi veniva posta utilizzando un test specifico, che venne pubblicato direttamente in rete, nel quale il cut-off si raggiungeva quando l'intervistato rispondeva affermativamente ad almeno 5 su 7 domande:

1. Ti senti eccessivamente assorbito da Internet (pensi al collegamento precedente o pianifichi già la prossima sessione on-line)?
2. Senti il bisogno di passare sempre più tempo collegato alla Rete per ottenere la stessa soddisfazione?
3. Hai ripetutamente tentato di controllare, ridurre o interrompere l'uso di Internet, ma senza successo?
4. Ti senti irrequieto, nervoso, depresso o irritabile quando tenti di ridurre o interrompere l'uso di Internet?
5. Rimani on-line più a lungo di quanto originariamente intendessi?
6. Hai mentito ai familiari, al terapeuta o ad altri per nascondere l'entità del tuo coinvolgimento nella Rete?
7. Usi Internet come mezzo per scappare dai problemi o per alleviare l'umore disforico (per esempio, sentimenti di impotenza, colpa, ansia, depressione)?

Altre manifestazioni non specifiche, e perciò più subdole, possono essere rappresentate da alterazioni del ritmo sonno-veglia, stanchezza cronica (per la frequente preferenza per i collegamenti notturni), ridotta efficienza del sistema immunitario, alterazioni dell'appetito, scarsa cura di sé, cefalea, alterazioni della vista, comparsa di problemi ortopedici come un frequente mal di schiena e la sindrome del tunnel carpale (per l'uso continuativo del mouse). Alcuni soggetti

predisposti possono presentare l'insorgenza di fenomeni di epilessia fotosensibile che si verificano per l'incessante stimolazione visiva dovuta alla lunga permanenza di fronte allo schermo del computer.

Goldberg ha descritto 5 sottotipi di dipendenza da Internet: La 'Cybersexual Addiction', che individua un uso compulsivo di siti dedicati al sesso virtuale e alla pornografia; la 'Cyber-Relational Addiction', invece è caratterizzato da un eccessivo coinvolgimento nelle relazioni nate in rete; la 'Net-Compulsion', nella quale si evidenziano i comportamenti compulsivi collegati a diverse attività online quali gioco d'azzardo, shopping e e-trade; la 'Information Overload', caratterizzata da una ricerca ossessiva di informazioni sul web; infine, la 'Computer Addiction', che è caratterizzata dalla tendenza al coinvolgimento eccessivo in giochi virtuali, come per esempio i MUD's (Multi User Dimensions – giochi di ruolo).

Tra le numerose varianti con le quali l'Internet Addiction può presentarsi, particolare interesse suscitata la cosiddetta 'Cyber-Relational Addiction'. Questa si caratterizza per la tendenza ad instaurare rapporti d'amicizia o amorosi con persone 'conosciute' on-line, principalmente via chat, forum o social networks. Si tratta di una forma di relazione nella quale gioca un ruolo fondamentale l'anonimato, il quale permette di autoattribuirsi specifiche fisiche e caratteriali spesso distanti da quelle reali. Le relazioni virtuali possono divenire progressivamente più importanti di quelle reali ed il soggetto va incontro ad un progressivo isolamento, vivendo in un mondo parallelo, popolato da persone idealizzate e nel quale la comunicazione è spesso simbolizzata e avviene attraverso quella forma linguistica, grammaticale e visiva del tutto speciale, chiamata 'irachese' dalla sigla IRC (Internet Relay Chat) e comprendente i ben noti emoticons e smiles.

Nel 1996 Young e coll. ha condotto una estesa ricerca empirica allo scopo di indagare la natura della internet addiction: utilizzando come modello la diagnosi del gioco d'azzardo patologico già presente nel DSM-IV, ha definito la dipendenza da internet come un 'disturbo nel controllo degli impulsi che non implica l'assunzione di una sostanza'.

Tra gli internet-addicted si possono evidenziare due tipologie di soggetti: coloro che avevano già manifestato altri disturbi psicologici in precedenza (tra i più frequenti, disturbi dell'umore, d'ansia, della condotta alimentare, del controllo degli impulsi, ma anche disturbi di personalità e quadri psicotici), e coloro che non avevano mai presentato, almeno apparentemente, alcuna psicopatologia. Nel primo caso, aver già sofferto di altri disturbi rappresenta un fattore di facilitazione per l'insorgenza di ogni tipo di assuefazione; nel secondo caso, invece, sono i primi contatti con la 'sostanza' (la Rete) ad accendere il bisogno, il quale successivamente si alimenterà, si automanterrà e si intensificherà ad ogni successiva 'assunzione', cioè ad ogni collegamento.

Come il computer, anche il cellulare rappresenta uno strumento tecnologico sempre più diffuso e sofisticato. Parallelemente al notevole e rapidissimo incremento di accessori e servizi comunicativi disponibili e la moltiplicazione delle funzioni tecniche (sms, mms, videochiamata, mail, istant-messaging) si sono trasformate anche le funzioni psicosociali di questo strumento. Il cellulare ha in parte annullato l'impatto spazio-temporale, emotivo e relazionale, interferendo così nella sperimentazione e nella gestione di molte emozioni e relazioni di base.

Il rischio, soprattutto rilevante nei giovani che rappresentano i maggiori utilizzatori dello strumento, è di affrontare tutte le relazioni interumane in modo 'surreale', e che il suo iperutilizzo per la gestione delle relazioni, delle proprie emozioni e degli stati di solitudine si tramuti in una vera e propria dipendenza. Altro rischio possibile e conseguente all'uso eccessivo del cellulare è la crescita esponenziale dei livelli di stress e di ansia libera, dovuti in particolare al fatto di poter essere raggiunti e controllati sempre e comunque, e di poter altrettanto raggiungere e controllare altre persone in qualsiasi luogo e momento.

Si può parlare di dipendenza quando la maggior parte del tempo e delle energie vengono spesi nell'utilizzo dello strumento, creando in tal modo forti e disfunzionali menomazioni nelle principali e fondamentali aree esistenziali, come quella personale, relazionale, scolastica, familiare, affettiva. Il traffico telefonico quotidiano diventa così esorbitante e prevalente su tutto e su tutti e la persona impiega la maggior parte della propria vita, o comunque spazi e tempi eccessivi, in attività connesse all'utilizzo del cellulare.

Le dinamiche di dipendenza da cellulare si possono sviluppare e radicare tanto da presentare fenomeni analoghi alle dipendenze da sostanze, con comparsa di craving, tolleranza e assuefazione. Altri comportamenti che possono far sospettare una dipendenza da cellulare sono un atteggiamento di intenso attaccamento verso il telefonino, il rifiuto di distaccarsene anche per poco tempo, ed il suo utilizzo come unico mezzo di conoscenza e scambio interpersonale.

L'eccessivo utilizzo del cellulare ha condotto allo sviluppo di disturbi specifici, quali la 'sindrome da disconnessione' e la 'sindrome dello squillo o della vibrazione fantasma'.

Come altre dipendenze, anche quella da cellulare sembra manifestarsi più facilmente in individui con bassa autostima, difficoltà sociali, ansia diffusa, marcata sensibilità interpersonale, modalità di pensiero ossessiva e comportamenti compulsivi. La 'teledipendenza' configura un utilizzo eccessivo ('teleabuso': esagerata permanenza di fronte allo schermo) e/o distorto ('telefissazione': abitudine a guardare la TV da solo, immobile, in rigoroso silenzio, evitando il contatto o manifestando accessi di ira se interrotto durante l'osservazione) dello strumento televisivo. Anche la teledipendenza, possibile a tutte le età della vita, anche molto precoci, può determinare un significativo scadimento della capacità prestazionali, cognitive, relazionali, affettive.

2.2 Obiettivo

L'obiettivo del progetto è quello di eseguire un'indagine epidemiologica sulla prevalenza e incidenza dell'internet addiction e nel contempo costituire un adeguato sistema informativo e informatizzato sulla dipendenza da internet che sia in grado di fornire informazioni competenti e affidabili su tale dipendenza e analizzare la prevalenza di questa patologia nuova e in continua crescita tra i giovani. In particolare verrà realizzato un portale internet specifico nel quale sarà possibile ai materiali informativi sulla dipendenza da tecnologie prodotti con il progetto nonché compilare un questionario di valutazione sulla dipendenza da internet.

Verranno inoltre realizzate Linee di Indirizzo tecnico-scientifico e organizzato un corso di formazione per formatori ad hoc per gli operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze, in modo tale che gli stessi possano poi replicare le conoscenze acquisite a livello territoriale.

2.3 Metodo

1. Sarà creato un portale internet monotematico sulle dipendenze da internet e da tecnologie digitali posizionato su un server esterno alla PCM ma coordinato con tutti gli altri siti istituzionali e cogestito dal DPA. Il server verrà indicato dal DPA in base alle disponibilità tecnologiche.
2. All'interno del portale dedicato ci sarà la possibilità di compilare e inviare un questionario di autovalutazione sulla dipendenza da Internet e sarà possibile reperire all'interno tutte le informazioni sulla patologia, sui rischi ad essa connessi, nonché sulle strategie terapeutiche per affrontarla e superarla
3. Saranno esaminati studenti universitari di età compresa tra 18 e 30 anni, attraverso i questionari di autovalutazione compilati in forma anonima di cui sopra. Per una migliore generalizzazione dei risultati, saranno inseriti gli studenti di una Università del Nord (Brescia), di una del Centro (Pisa, centro coordinatore dello studio), e una del Sud Italia (Napoli) e dei principali indirizzi di studio.
4. Ciascuno dei soggetti dovrà presentare i seguenti criteri di inclusione: età compresa fra i 18 e i 30 anni
5. I dati ottenuti dai questionari di autovalutazione compilati saranno analizzati con analisi statistiche specifiche tramite SSPS con la supervisione dell'Osservatorio Nazionale del DPA.
6. Modalità di trasferimento alla comunità scientifica: i risultati ottenuti verranno discussi dai rappresentanti delle istituzioni coinvolte. Tali dati potranno essere pubblicati in giornali o riviste di interesse scientifico nazionale ed internazionale e utilizzati per abstract a congressi.

2.4 Risultato atteso

Maggiore disponibilità di informazioni sulla patologia e sui rischi ad essa connessi.

Valutazione della reale prevalenza della dipendenza da tecnologie nella popolazione di studenti universitari italiani

3

Referenti amministrativi

Referenti	Coordinate
Per il DPA:	Tel: 06.67796350
Ufficio Amministrativo Contabile	Fax: 06.67796843
	Email: ufficiocontabledpa@governo.it
Per l'Università di Pisa:	Tel: 050.2211813
Signora Elisabetta Rizzo	Fax: 050.2219787
	Email: elisabetta.rizzo@unipi.it

4**Problemanalysis and settings****4.1 Problema che si vuole risolvere e/o motivazione per la proposta di progetto**

La dipendenza da tecnologie è un disturbo destinato a crescere in parallelo all'inevitabile aumento della disponibilità di nuovi sempre più moderni e sofisticati strumenti come gli smartphone, i tablet e le console per videogiochi.

Si tratta di una patologia nuova, che pur presentando caratteristiche sintomatologiche tipiche di altre dipendenze, rappresenta un'entità a sé e va affrontata e prevenuta innanzitutto attraverso la conoscenza del fenomeno che è invece ancora sottostimato.

4.2 Dimensionamento e rilevanza del problema (frequenza, grado di gravità, misure epidemiologiche ecc.)

Secondo l'ultimo report della Federazione nazionale ordini medici chirurghi e odontoiatri (FNOMCeO), è in crescita anche in Italia la dipendenza da Internet (IAD) una vera e propria malattia che affligge gli adolescenti e i giovani.

Secondo le ultime rilevazioni infatti, 240.000 adolescenti italiani passano mediamente più di tre ore al giorno dinanzi al pc, con esacerbazioni, come la sindrome di Hikikomori (letteralmente "stare in disparte, isolarsi"). Il fenomeno, già presente in Giappone dalla seconda metà degli anni ottanta, ha cominciato a diffondersi negli anni duemila anche negli Stati Uniti e in Europa con delle caratteristiche precise: l'adolescente frequenta la scuola con un profitto sufficiente e poi viene completamente assorbito da una realtà parallela, non ha amici, e passa 10 -12 ore al giorno in una dimensione virtuale.

La IAD, però, coinvolge anche gli adulti, e la disponibilità di nuovi strumenti tecnologici, come gli "smartphone" ne ha sicuramente amplificato gli effetti. Il risultato finale è il quasi completo allontanamento dalla vita reale, caratterizzato dal rifiuto delle normali attività ludiche (sport) e sociali.

Per quanto riguarda la popolazione adulta attualmente sono stati riconosciuti 5 tipi specifici di dipendenza:

1. Dipendenza dal sesso virtuale: gli individui che ne soffrono sono di solito dediti allo scaricamento, all'utilizzo e al commercio di materiale pornografico online, o sono coinvolti in chat-room per soli adulti. La stessa può accompagnarsi a masturbazione compulsiva.
2. Dipendenza dalle relazioni virtuali: gli individui che ne sono affetti diventano troppo coinvolti in relazioni online. Gli amici online diventano rapidamente più importanti per l'individuo, spesso a scapito dei rapporti nella realtà con la famiglia e con gli amici reali.
3. Gioco Online: la dipendenza dai giochi in rete comprende una vasta categoria di comportamenti, compreso il gioco d'azzardo patologico, i videogame, lo shopping compulsivo e il commercio online compulsivo..
4. Sovraccarico cognitivo: la ricchezza dei dati disponibili sul Web ha creato un nuovo tipo di comportamento compulsivo per quanto riguarda la navigazione. Gli individui trascorreranno sempre maggiori quantità di tempo nella ricerca e nell'organizzazione di dati dal Web.
5. Gioco Offline: Questi giochi non prevedono l'interazione di più giocatori e non sono giocati in rete.

In letteratura sono state inoltre individuati quattro elementi tipici che contribuiscono all'insorgere di psicopatologie legate all'uso di Internet:

1. psicopatologie preesistenti. In più del 50% dei casi la IAD può essere indotta da alcuni tipi di disturbi psichici preesistenti. I fattori di rischio includono una storia di dipendenza multipla, condizioni psicopatologiche come disturbo depressivo, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo bipolare, gioco d'azzardo patologico;
2. condotte a rischio (riduzione delle esperienze di vita e di relazione "reali");
3. eventi di vita sfavorevoli (problemi familiari, ecc: "internet come valvola di sfogo");
4. potenzialità psicopatologiche proprie della rete (anonimato e sentimenti di onnipotenza).

La dipendenza da tecnologie è sicuramente in fase di crescita e purtroppo viene spesso confusa con situazioni psicopatologiche diverse.

Al momento, non esistono dati epidemiologici sicuri che permettano di stimare la prevalenza della dipendenza da tecnologie in Italia.

5**Obiettivo generale dell'intervento proposto e risultati attesi**

L'obiettivo del progetto è quello di eseguire un'indagine epidemiologica sulla prevalenza e incidenza dell'internet addiction e nel contempo costituire un adeguato sistema informativo e informatizzato sulla dipendenza da internet che sia in grado di fornire informazioni competenti e affidabili su tale dipendenza e analizzare la prevalenza di questa patologia nuova e in continua crescita tra i giovani. In particolare verrà realizzato un portale internet specifico nel quale sarà possibile ai materiali informativi sulla dipendenza da tecnologie prodotti con il progetto nonché compilare un questionario di valutazione sulla dipendenza da internet.

Verranno inoltre realizzate Linee di Indirizzo tecnico-scientifico e organizzato un corso di formazione per formatori ad hoc per gli operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze, in modo tale che gli stessi possano poi replicare le conoscenze acquisite a livello territoriale.

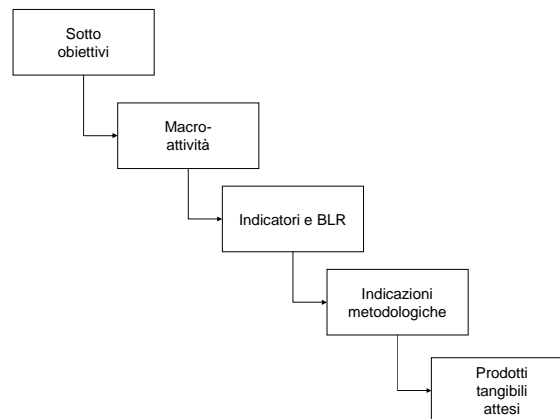
Con il progetto ci si aspetta di ottenere una maggiore disponibilità di informazioni sulla patologia e sui rischi ad essa connessi, una valutazione della reale prevalenza della dipendenza da tecnologie tra gli studenti universitari italiani.

6**Sotto obiettivi specifici**

Vengono di seguito elencati i sotto obiettivi specifici, cioè i risultati attesi del progetto; in altre parole ciò che è necessario fare per realizzare l'obiettivo generale del progetto, scomponendo tale obiettivo in sotto obiettivi da raggiungere:

1. Valutazione della prevalenza della dipendenza da internet tra studenti universitari e costruzione sistema informatico raccolta dati on-line
2. Realizzazione di Linee di Indirizzo tecnico-Scientifico e di materiali informativi e di prevenzione della dipendenza da internet
3. Organizzazione di un corso di formazione per formatori per gli operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze

In seguito, questi sotto obiettivi vengono ulteriormente definiti nella componente operativa e chiariti, elencando una serie di specifiche e ulteriori informazioni necessarie per la loro realizzazione, utilizzando il framework logico sotto riportato.



La dipendenza da Internet, o Internet Addiction Disorder, è una malattia nuova destinata a crescere in parallelo allo sviluppo di tecnologie sempre più sofisticate. Ha una genesi complessa, spesso multifattoriale, e può portare allo sviluppo di comportamenti compulsivi e a un progressivo ritiro sociale. Le attività che maggiormente innescano la dipendenza da Internet sono le chat, i blog, i giochi online e la navigazione sul web.

Dal punto di vista clinico, pur rappresentando un'entità autonoma, questa patologia condivide alcune caratteristiche sintomatologiche tipiche delle dipendenze, condizioni a cui spesso si accompagna, insieme anche a disturbi dell'umore e al disturbo da deficit dell'attenzione (ADHD). Già nel 1996 Young aveva ipotizzato l'esistenza di una relazione significativa tra la dipendenza da Internet e il disturbo depressivo, dato che alcuni pazienti affetti da una depressione importante spesso eccedono nell'uso della rete. Successivamente, in uno studio condotto su un totale di 2114 studenti con una età media di 16 anni, che aveva lo scopo di esplorare la prevalenza delle patologie psichiatriche tra gli adolescenti, Yen et al. (2007) hanno riscontrato l'associazione della dipendenza da Internet con sintomi depressivi, ADHD, fobia sociale e ostilità. Al momento non esiste, però, nessun studio epidemiologico specifico sulla dipendenza da Internet.

Si parla di dipendenza da Internet quando l'individuo resta davanti al pc (o al cellulare) per lassi di tempo molto lunghi senza averne cognizione e tale attività diventa una dipendenza grave e distruttiva. Altre manifestazioni non specifiche, e perciò più subdole, possono essere rappresentate da alterazioni del ritmo sonno-veglia, stanchezza cronica (per la frequente preferenza per i collegamenti notturni), ridotta efficienza del sistema immunitario, alterazioni dell'appetito, scarsa cura di sé, cefalea, alterazioni della vista, comparsa di problemi ortopedici come un frequente mal di schiena e la sindrome del tunnel carpale (per l'uso continuativo del mouse). Alcuni soggetti predisposti possono presentare l'insorgenza di fenomeni di epilessia fotosensibile che si verificano per l'incessante stimolazione visiva dovuta alla lunga permanenza di fronte allo schermo del computer. Tra i dipendenti da Internet si possono evidenziare due tipologie di soggetti: coloro che avevano già manifestato altri disturbi psicologici in precedenza (tra i più frequenti, disturbi dell'umore, d'ansia, della condotta alimentare, del controllo degli impulsi, ma anche disturbi di personalità e quadri psicotici), e coloro che non avevano mai presentato, almeno apparentemente, alcuna psicopatologia. Nel primo caso, aver già sofferto di altri disturbi rappresenta un fattore di vulnerabilità per l'insorgenza di ogni tipo di assuefazione; nel secondo caso, invece, sono i primi contatti con la 'sostanza' (la Rete) ad accendere il bisogno, il quale successivamente si alimenterà, si manterrà da solo e si intensificherà ad ogni successiva 'assunzione', cioè ad ogni collegamento.

I criteri diagnostici di IAD attualmente a disposizione derivano dall'adattamento del DSM-IV con scale “costruite” sulla falsariga di quelli per la dipendenza da sostanze (alcol o droghe) (Goldberg et al., 1996; Brenner, 1997; Morahan-Martin, 2000). In particolare alcuni dei criteri ricalcano fedelmente i criteri per la dipendenza da sostanze, equivalenti dei concetti di tolleranza e astinenza. Come nel caso della dipendenza viene inoltre sottolineato che l'uso di Internet diventa patologico quando il soggetto perde il controllo sul comportamento (Byun et al., 2009; Cantelmi et al., 2009).

A tutt'oggi non si conoscono le cause che determinano l'insorgenza della dipendenza da Internet. Sembrano essere coinvolti diversi sistemi neurotrasmettitoriali, in particolare i sistemi serotoninergico e dopaminergico che regolano diversi comportamenti come la disinibizione comportamentale e il meccanismo di gratificazione. La serotonina regola essenzialmente l'inibizione comportamentale e l'aggressività, mentre la funzione della dopamina è collegata ai meccanismi di piacere/gratificazione: sebbene ciascuno di questi sistemi possa essere collegato ad un particolare aspetto fenomenologico della patologia, è importante sottolineare come, oltre il funzionamento dei singoli neurotrasmettitori, siano le interazioni fra questi che possono contribuire in maniera rilevante alla sua estrinsecazione. La disinibizione comportamentale che ne innesca il ciclo e ne contrasta l'arresto è verosimilmente sottesa da alterazioni del sistema serotoninergico. Una volta che il ciclo ha inizio, l'utente di Internet ha difficoltà a interrompere o diminuire la compulsione all'utilizzo del pc.

I dati di un coinvolgimento del sistema serotoninergico derivano essenzialmente dall'impiego dei marker biologici solitamente utilizzati nel DOC, quali test di stimolo farmacologico, dai risultati di studi effettuati sulle piastrine ematiche, oltre alla dimostrazione recente di un polimorfismo del trasportatore serotoninergico e della riduzione dei livelli di serotonina piastrinica in soggetti affetti da dipendenza da Internet (Lee et al., 2008; Luo et al., 2011). Altre osservazioni indicano che anche il sistema dopaminergico svolge un ruolo fondamentale nei meccanismi di gratificazione/piacere, ed in quei comportamenti di attivazione della curiosità e ricerca delle novità che si indicano con termine anglosassone “novelty” e “sensation seeking”: alterazioni di tali meccanismi sono stati ipotizzati svolgere un ruolo importante nello sviluppo delle dipendenze. Certamente la dipendenza da Internet presenta caratteristiche simili a quello di altre forme di dipendenza alle quali, peraltro, spesso si accompagna. Sono inoltre evidenti nei soggetti Internet dipendenti anche segni di astinenza dal pc che potrebbero essere collegati non solo a meccanismi di gratificazione positivi sottesi dal sistema mesolimbico e mesocorticale ascendente, ma anche a quelli negativi che sono regolati dai recettori di tipo D2 di una parte del nucleo accumbens, come evidenziato nella sindrome da astinenza da oppiacei (Kim et al., 2011).

Come tutte le dipendenze, anche in questa patologia svolgono un ruolo fondamentale i fattori ambientali, in particolare la crescente disponibilità di pc e di intrattenimenti offerti da Internet. Insieme al pc, anche il cellulare rappresenta uno strumento tecnologico sempre più diffuso e sofisticato. Parallelamente al notevole e rapidissimo incremento di accessori e servizi comunicativi disponibili e la moltiplicazione delle funzioni tecniche (sms, mms, videochiamata, mail, istant-messaging) si sono trasformate anche le funzioni psico-sociali di questo strumento. Il cellulare ha in parte annullato l'impatto spazio-temporale, emotivo e relazionale, interferendo così nella sperimentazione e nella gestione di molte emozioni e relazioni di base. Il rischio, soprattutto rilevante nei giovani che rappresentano i maggiori utilizzatori dello strumento, è di affrontare tutte le relazioni interumane in modo 'surreale', e che il suo utilizzo eccessivo per la gestione delle relazioni, delle proprie emozioni e degli stati di solitudine si tramuti in una vera e propria dipendenza. Altro rischio possibile e conseguente all'uso eccessivo del cellulare è la crescita esponenziale dei livelli di stress e di ansia libera,

dovuti in particolare al fatto di poter essere raggiunti e controllati sempre e comunque, e di poter altrettanto raggiungere e controllare altre persone in qualsiasi luogo e momento. Si può parlare di dipendenza quando la maggior parte del tempo e delle energie vengono spesi nell'utilizzo dello strumento, creando in tal modo forti e disfunzionali menomazioni nelle principali e fondamentali aree esistenziali, come quella personale, relazionale, scolastica, familiare, affettiva. Il traffico telefonico quotidiano diventa così esorbitante e prevalente su tutto e su tutti e la persona impiega la maggior parte della propria vita, o comunque spazi e tempi eccessivi, in attività connesse all'utilizzo del cellulare.

Le dinamiche di dipendenza da cellulare si possono sviluppare e radicare tanto da presentare fenomeni analoghi alle dipendenze da sostanze, con comparsa di craving, tolleranza e assuefazione. Altri comportamenti che possono far sospettare una dipendenza da cellulare sono un atteggiamento di intenso attaccamento verso il telefonino, il rifiuto di distaccarsene anche per poco tempo, ed il suo utilizzo come unico mezzo di conoscenza e scambio interpersonale.

L'eccessivo utilizzo del cellulare ha condotto allo sviluppo di disturbi specifici, quali la "sindrome da disconnessione" e la "sindrome dello squillo o della vibrazione fantasma".

Come altre dipendenze, anche quella da cellulare sembra manifestarsi più facilmente in individui con bassa autostima, difficoltà sociali, ansia diffusa, marcata sensibilità interpersonale, modalità di pensiero ossessiva e comportamenti compulsivi.

Terapia

Sebbene non siano al momento disponibili linee-guida specifiche per il trattamento farmacologico della dipendenza da nuove tecnologie, dati recenti hanno suggerito la potenziale efficacia del bupropione e del metilfenidato nel ridurre il craving per videogiochi (Han e coll., 2009; 2010) e del naltrexone nel ridurre la dipendenza da siti pornografici (Bostwick e Bucci, 2008).

Un case report ha suggerito la possibile efficacia dell'escitalopram (10 mg/die) (Sattar e Ramaswamy, 2004), successivamente confermata in un trial in aperto (Dell'Osso e coll., 2006).

Dal punto di vista clinico, pur rappresentando un'entità autonoma, questa patologia condivide alcune caratteristiche sintomatologiche tipiche delle dipendenze, condizioni a cui spesso si accompagna, insieme anche a disturbi dell'umore e al disturbo da deficit dell'attenzione (ADHD). Già nel 1996 Young aveva ipotizzato l'esistenza di una relazione significativa tra la dipendenza da Internet e il disturbo depressivo, dato che alcuni pazienti affetti da una depressione importante spesso eccedono nell'uso della rete. Successivamente, in uno studio condotto su un totale di 2114 studenti con una età media di 16 anni, che aveva lo scopo di esplorare la prevalenza delle patologie psichiatriche tra gli adolescenti, Yen et al. (2007) hanno riscontrato l'associazione della dipendenza da Internet con sintomi depressivi, ADHD, fobia sociale e ostilità. Yoo et al (2013) hanno esaminato in uno studio i fattori che influenzano i livelli di dipendenza da Internet e la salute mentale in un campione rappresentativo di 74.980 studenti di scuola media e superiore. I tassi di prevalenza del potenziale di dipendenza e di dipendenza da internet erano 14,8% e 3%, rispettivamente. Gli odds ratio per il potenziale di dipendenza da Internet sono stati superiori in entrambi i ragazzi e le ragazze che hanno riferito ideazione suicidaria, umore depresso, stress soggettivo e uso di sostanze. Al momento non esiste, però, nessun studio epidemiologico specifico sulla dipendenza da Internet.

Si parla di dipendenza da Internet quando l'individuo resta davanti al pc (o al cellulare) per lassi di tempo molto lunghi senza averne cognizione e tale attività diventa una dipendenza grave e distruttiva. Altre manifestazioni non specifiche, e perciò più subdole, possono essere rappresentate da alterazioni del ritmo sonno-veglia, stanchezza cronica (per la frequente preferenza per i collegamenti notturni), ridotta efficienza del sistema immunitario, alterazioni dell'appetito, scarsa cura di sé, cefalea, alterazioni della vista, comparsa di problemi ortopedici come un frequente mal di schiena e la sindrome del tunnel carpale (per l'uso continuativo del mouse). Alcuni soggetti predisposti possono presentare l'insorgenza di fenomeni di epilessia fotosensibile che si verificano per l'incessante stimolazione visiva dovuta alla lunga permanenza di fronte allo schermo del computer. Inoltre, la dipendenza da internet è un fattore di rischio per lo sviluppo dell'obesità negli adolescenti (Li et al 2013).

Tra i dipendenti da Internet si possono evidenziare due tipologie di soggetti: coloro che avevano già manifestato altri disturbi psicologici in precedenza (tra i più frequenti, disturbi dell'umore, d'ansia, della condotta alimentare, del controllo degli impulsi, ma anche disturbi di personalità e quadri psicotici), e coloro che non avevano mai presentato, almeno apparentemente, alcuna psicopatologia. Nel primo caso, aver già sofferto di altri disturbi rappresenta un fattore di vulnerabilità per l'insorgenza di ogni tipo di assuefazione; nel secondo caso, invece, sono i primi contatti con la 'sostanza' (la Rete) ad accendere il bisogno, il quale successivamente si alimenterà, si manterrà da solo e si intensificherà ad ogni successiva 'assunzione', cioè ad ogni collegamento.

I criteri diagnostici di IAD attualmente a disposizione derivano dall'adattamento del DSM-IV con scale "costruite" sulla falsariga di quelli per la dipendenza da sostanze (alcol o droghe) (Goldberg et al., 1996; Brenner, 1997; Morahan-Martin, 2000). In particolare alcuni dei criteri ricalcano fedelmente i criteri per la dipendenza da sostanze, equivalenti dei concetti di tolleranza e astinenza. Come nel caso della dipendenza viene inoltre sottolineato che l'uso di Internet diventa patologico quando il soggetto perde il controllo sul comportamento (Byun et al., 2009; Cantelmi et al., 2009).

A tutt'oggi non si conoscono le cause che determinano l'insorgenza della dipendenza da Internet. Sembrano essere coinvolti diversi sistemi neurotrasmettitoriali, in particolare i sistemi serotonergico e dopaminergico che regolano diversi comportamenti come la disinibizione comportamentale e il meccanismo di gratificazione. La serotonina regola essenzialmente l'inibizione comportamentale e l'aggressività, mentre la funzione della dopamina è collegata ai meccanismi di piacere/gratificazione: sebbene ciascuno di questi sistemi possa essere collegato ad un particolare aspetto fenomenologico della patologia, è importante sottolineare come, oltre il funzionamento dei singoli neurotrasmettitori, siano le interazioni fra questi che possono contribuire in maniera rilevante alla sua estrinsecazione. La disinibizione comportamentale che ne innesca il ciclo e ne contrasta l'arresto è verosimilmente sottesa da alterazioni del sistema serotonergico. Una volta che il ciclo ha inizio, l'utente di Internet ha difficoltà a interrompere o diminuire la compulsione all'utilizzo del pc.

I dati di un coinvolgimento del sistema serotoninergico derivano essenzialmente dall'impiego dei marker biologici solitamente utilizzati nel DOC, quali test di stimolo farmacologico, dai risultati di studi effettuati sulle piastrine ematiche, oltre alla dimostrazione recente di un polimorfismo del trasportatore serotoninergico e della riduzione dei livelli di serotonina piastrinica in soggetti affetti da dipendenza da Internet (Lee et al., 2008; Luo et al., 2011). Altre osservazioni indicano che anche il sistema dopaminergico svolge un ruolo fondamentale nei meccanismi di gratificazione/piacere, ed in quei comportamenti di attivazione della curiosità e ricerca delle novità che si indicano con termine anglosassone "novelty" e "sensation-seeking": alterazioni di tali meccanismi sono stati ipotizzati svolgere un ruolo importante nello sviluppo delle dipendenze. Certamente la dipendenza da Internet presenta caratteristiche simili a quello di altre forme di dipendenza alle quali, peraltro, spesso si accompagna. Sono inoltre evidenti nei soggetti Internet dipendenti anche segni di astinenza dal pc che potrebbero essere collegati non solo a meccanismi di gratificazione positivi sottesi dal sistema mesolimbico e mesocorticale ascendente, ma anche a quelli negativi che sono regolati dai recettori di tipo D2 di una parte del nucleo accumbens, come evidenziato nella sindrome da astinenza da oppiacei (Kim et al., 2011).

La dipendenza da internet è influenzata dalla personalità, dai comportamenti in famiglia, e dall'autostima anche se sono rilevanti i fattori socio-culturali e comportamentali. Yao et al (2013) in uno studio mostra che "il rifiuto o l'iperprotezione" dei padri, e il rifiuto delle madri farebbe aumentare il rischio di dipendenza da Internet anche se l'influenza del calore emotivo dei genitori sulla dipendenza da Internet è parzialmente mediata dalla stima di sé.

Come tutte le dipendenze, anche in questa patologia svolgono un ruolo fondamentale i fattori ambientali, in particolare la crescente disponibilità di pc e di intrattenimenti offerti da Internet.

Insieme al pc, anche lo smartphone rappresenta uno strumento tecnologico sempre più diffuso e sofisticato. Parallelemente al notevole e rapidissimo incremento di accessori e servizi comunicativi disponibili e la moltiplicazione delle funzioni tecniche (sms, mms, videochiamata, mail, instant-messaging) si sono trasformate anche le funzioni psicosociali di questo strumento. Inoltre, negli ultimi anni è aumentata la ricerca, eccessiva e compulsiva di social network, in cui termini come "dipendenza da social network" e "Facebook dipendenza" sono stati usati in modo intercambiabile. Lo smartphone ha in parte annullato l'impatto spazio-temporale, emotivo e relazionale, interferendo così nella sperimentazione e nella gestione di molte emozioni e relazioni di base. Il rischio, soprattutto rilevante nei giovani che rappresentano i maggiori utilizzatori dello strumento, è di affrontare tutte le relazioni interumane in modo 'surreale', e che il suo utilizzo eccessivo per la gestione delle relazioni, delle proprie emozioni e degli stati di solitudine si tramuti in una vera e propria dipendenza. Altro rischio possibile e conseguente all'uso eccessivo dello smartphone è la crescita esponenziale dei livelli di stress e di ansia libera, dovuti in particolare al fatto di poter essere raggiunti e controllati sempre e comunque, e di poter altrettanto raggiungere e controllare altre persone in qualsiasi luogo e momento. Si può parlare di dipendenza quando la maggior parte del tempo e delle energie vengono spesi nell'utilizzo dello strumento, creando in tal modo forti e disfunzionali menomazioni nelle principali e fondamentali aree esistenziali, come quella personale, relazionale, scolastica, familiare, affettiva. Il traffico telefonico quotidiano diventa così esorbitante e prevalente su tutto e su tutti e la persona impiega la maggior parte della propria vita, o comunque spazi e tempi eccessivi, in attività connesse all'utilizzo del cellulare.

Le dinamiche di dipendenza da smartphone si possono sviluppare e radicare tanto da presentare fenomeni analoghi alle dipendenze da sostanze, con comparsa di craving, tolleranza e assuefazione. Altri comportamenti che possono far sospettare una dipendenza da smartphone sono un atteggiamento di intenso attaccamento verso l'oggetto tecnologico, il rifiuto di distaccarsene anche per poco tempo, ed il suo utilizzo come unico mezzo di conoscenza e scambio interpersonale.

L'eccessivo utilizzo dello smartphone ha condotto allo sviluppo di disturbi specifici, quali la "sindrome da disconnessione" e la "sindrome dello squillo o della vibrazione fantasma".

Come altre dipendenze, anche quella da smartphone sembra manifestarsi più facilmente in individui con bassa autostima, difficoltà sociali, ansia diffusa, marcata sensibilità interpersonale, modalità di pensiero ossessiva e comportamenti compulsivi.

8

Target (destinatari)

8.1 Target principale

Studenti universitari italiani di età compresa tra 18 e 30 anni
Operatori dei servizi pubblici

8.2 Target secondario

Popolazione generale

9

Territorio ed ambienti di intervento

9.1 Aree geografiche coinvolte

Nord, Centro e Sud Italia



10 Valore aggiunto atteso nell'intervento proposto

Il progetto, che è probabilmente il primo di questo genere a livello mondiale, oltre a proporre una valutazione epidemiologica e una maggior conoscenza della dipendenza da tecnologie, si prefigge di fornire informazioni a chi è affetto da tale disturbo, di formare personale specifico in grado di diffondere capillarmente le linee guida preventive e terapeutiche eventualmente prodotte.

**11 Sotto obiettivi e indicatori**

N°	Sotto obiettivi	Indicatori	Base line result	Prodotto tangibile atteso	Note
1	Valutazione della prevalenza della dipendenza da internet tra studenti universitari e costruzione sistema informatico raccolta dati on-line	n. studenti che compilano il questionari	50% degli utenti che accedono al portale	Questionario compilato Report statistico	
2	Realizzazione di Linee di Indirizzo tecnico-Scientifico e di materiali informativi e di prevenzione della dipendenza da internet	Grado di condivisione linee di indirizzo e materiali informativi e di prevenzione	100%	Linee di Indirizzo Materiali informativi e di prevenzione	
3	Organizzazione di un corso di formazione per formatori per gli operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze	n. operatori partecipanti n. corsi territoriali	2 per regione 1 per regione	Piano formativo	

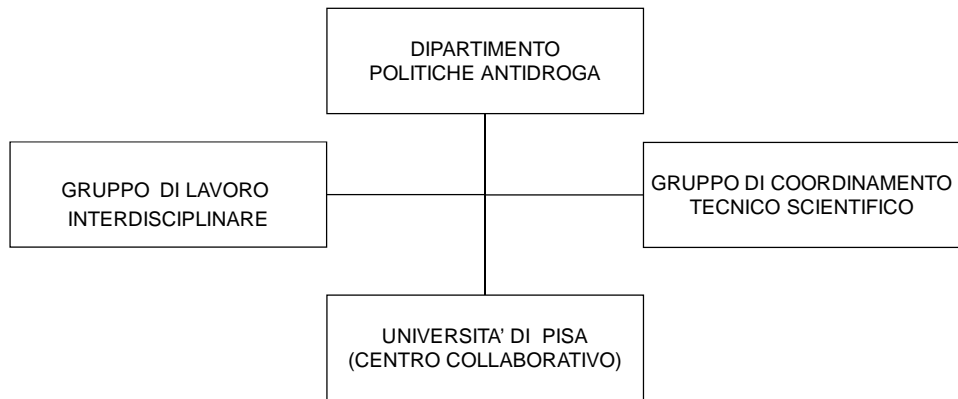
12 Sotto obiettivi, Work package e metodi**N Sotto obiettivi****Work Package (pacchetti di attività)****Metodi**

1	WP 1.1	Saranno presi in considerazione studenti universitari di età
Valutazione della prevalenza della dipendenza da internet tra studenti universitari e costruzione sistema informatico raccolta dati on-line	WP 1.1 Creazione di un portale monotematico specifico sulle dipendenze da internet e da tecnologie digitali	compresa tra 18 e 30 anni che accederanno via Internet ad un
	WP 1.2 Predisposizione, all'interno del portale, di una piattaforma informatica che consenta ai soggetti l'accesso ai questionari di autovalutazione	portale specifico digitali posizionato su un server esterno alla PCM ma coordinato con tutti gli altri siti istituzionali e cogestito dal DPA. Il server verrà indicato dal DPA in base alle
	WP 1.3 Stesura del questionario di autovalutazione e relativi items	disponibilità tecnologiche.. Gli studenti che accederanno al
	WP 1.4 Attività di informazione e di promozione del questionati tra gli studenti universitari	portale potranno compilare un questionario di autovalutazione in forma anonima. Per una migliore generalizzazione dei
	WP 1.5 Raccolta dei questionari compilati	risultati, saranno esaminati gli studenti di una Università del
	WP 1.6 Analisi ed elaborazione statistica dei dati	Nord (Brescia), di una del Centro (Pisa, centro coordinatore dello studio), e una del Sud Italia (Napoli) e dei principali
2 Realizzazione di Linee di Indirizzo tecnico-Scientifico e di materiali informativi e di prevenzione della dipendenza da internet	WP 2.1 Definizione indice	indirizzi di studio.
	WP 2.2 Individuazione autori	Gli studenti che accederanno al portale troveranno inoltre
	WP 2.3 Stesura Linee di indirizzo	tutte le informazioni sulla patologia, sui rischi ad essa
	WP 2.4 Definizione dei materiali da produrre	connessi, nonché sulle strategie terapeutiche per affrontarla e
	WP 2.5 Definizione del corredo di immagini	superarla. I dati ottenuti dai questionari di autovalutazione
	WP 2.6 Realizzazione materiali	compilati saranno analizzati con analisi statistiche specifiche
	WP 2.7 Diffusione Linee di indirizzo e materiali informativi	tramite SSPS e verranno discussi dai rappresentanti delle
	WP 2.8 Caricamento di tutti i materiali sul sito	istituzioni coinvolte. Tali dati potranno essere pubblicati in
3 Organizzazione di un corso di formazione per formatori per gli operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze	WP 3.1 Definizione piano formativo	giornali o riviste di interesse scientifico nazionale ed
	WP 3.2 Raccolta iscrizioni	internazionale e utilizzati per abstract a congressi.
	WP 3.3 Organizzazione logistica	
	WP 3.4 Realizzazione corso formatori	
	WP 3.5 Supporto all'organizzazione dei corsi di formazione territoriali	



14 Organigramma generale del progetto

Viene di seguito rappresentato l'organigramma generale del progetto IAD-U.



**15 Governance – suddivisione dei compiti di concerto tra le parti**

Dipartimento Politiche Antidroga	Centro Collaborativo
Attività generali <ul style="list-style-type: none">▪ Coordinamento tecnico-scientifico generale del Progetto▪ Partecipazione al Gruppo di Coordinamento tecnico-scientifico per indirizzamento generale del Progetto▪ Mantenimento dei rapporti istituzionali con enti esterni ed internazionali▪ Analisi valutativa dei risultati raggiunti e della reportistica finanziaria▪ Supervisione e tutoring scientifico sulle attività di progetto (compresa l'analisi statistica dei dati)▪ Gestione operativa della comunicazione e dei media	Attività generali <ul style="list-style-type: none">▪ Coordinamento operativo del Progetto▪ Partecipazione al Gruppo di Coordinamento tecnico-scientifico per indirizzamento generale del Progetto▪ Mantenimento dei rapporti con le unità operative▪ Organizzazione degli incontri di coordinamento▪ Gestione delle collaborazioni tecnico-scientifiche finalizzate▪ Gestione amministrativa del Progetto
Attività specifiche di Progetto <ul style="list-style-type: none">▪ Progettazione e realizzazione delle pubblicazioni▪ Supervisione del corretto utilizzo del data-base e del flusso dati▪ Divulgazione dei risultati alle unità operative (ritorno informativo)	Attività specifiche di Progetto <ul style="list-style-type: none">▪ Esplicazione delle attività di reinserimento del Progetto per il raggiungimento degli obiettivi secondo i WP definiti▪ Gestione del data-base e del flusso dati▪ Stesura della reportistica tecnico-scientifica e finanziaria

16 Percorso Operativo

16.1 Articolazione in macro fasi e attività

Data di inizio prevista: 15/01/2014

Durata totale prevista: 2 anni

Fine prevista delle attività 14/01/2016 (e comunque dopo 24 mesi dall'avvio delle attività)

Macro Fasi		Descrizione
Studio	WP1	Studio della struttura del portale
	WP2	Studio dei contenuti da inserire nel portale
	WP3	Studio del questionario di autovalutazione
	WP4	Definizione linee di indirizzo e materiali informativi
	WP5	Definizione agenda formativa corso formatori
		<p>La fase di studio comprenderà:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lo studio della struttura grafica e funzionale del portale - lo studio dei contenuti, immagini e testi da inserire nel portale. - lo studio degli items da inserire nel questionario di autovalutazione
Realizzazione	WP1	Programmazione HTML del portale
	WP2	Realizzazione dei testi informativi da inserire nel portale
	WP3	Realizzazione del questionario di autovalutazione
	WP4	Realizzazione linee di indirizzo e materiali informativi
	WP5	Organizzazione logistica corso formatori
		<p>La fase di realizzazione comprenderà:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la programmazione HTML del portale - la realizzazione dei contenuti grafici e testuali. - la stesura del questionario di autovalutazione
Implementazione	WP1	Messa a punto del portale
	WP2	Test di verifica e funzionamento del portale
	WP3	Diffusione Linee di indirizzo e materiali informativi
	WP4	Realizzazione corso formatori
	WP5	
		<p>La fase di implementazione consisterà nella messa a punto del portale. Una volta che la programmazione HTML del portale sarà ultimata, verranno effettuati test di verifica e funzionamento sia lato client che lato server.</p>
Messa a regime	WP1	Messa online del portale
	WP2	Valutazione degli accessi e dei questionari di autovalutazione compilati
	WP3	Analisi statistica dei dati raccolti
	WP4	Realizzazione corsi di formazione territoriali
		<p>In questa fase il portale sarà messo online e si procederà alla valutazione degli accessi effettuati e dei questionari compilati in relazione agli accessi. I dati raccolti saranno analizzati mediante analisi statistica con SSPS</p>

15.2 GANTT preventivo

N	Attività	Mesi																							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Studio	WP1	Studio della struttura del portale	■	■	■																				
	WP2	Studio dei contenuti da inserire nel portale	■	■	■																				
	WP3	Studio del questionario di autovalutazione	■	■	■																				
	WP4	Definizione linee di indirizzo e materiali informativi	■	■	■																				
	WP5	Definizione agenda formativa corso formatoti							■	■	■														
Realizzazione	WP1	Programmazione HTML del portale				■	■																		
	WP2	Realizzazione testi informativi da inserire nel portale				■	■																		
	WP3	Realizzazione questionario di autovalutazione				■	■																		
	WP4	Realizzazione linee di indirizzo e materiali informativi				■	■	■	■	■	■	■	■	■											
	WP5	Organizzazione logistica corso formatori									■	■	■												
ATTIVITÀ DI VALUTAZIONE (MILESTONES)		R= Report																							
REPORT DI RISULTATO																									
RENDICONTAZIONE FINANZIARIA																									



Implementazioni	WP1	Messa a punto del portale																							
	WP2	Test di verifica e funzionamento del portale																							
	WP3	Diffusione Linee di indirizzo e materiali informativi																							
	WP4	Realizzazione corso formatori																							
Messa a Regime	WP1	Messa online del portale																							
	WP2	Valutazione degli accessi e dei questionari																							
	WP3	Analisi statistica dei dati raccolti																							
	WP4	Realizzazione corsi di formazione territoriali																							
ATTIVITÀ DI VALUTAZIONE (MILESTONES)		R= Report																							
REPORT DI RISULTATO																									
RENDICONTAZIONE FINANZIARIA																									

16.3 Agenda Reporting

Sigla Report	Data prevista	Tipo di rapporto
RR1	Al completo utilizzo del 50% dell'importo	Report in progress, dettagliato, sulla base degli obiettivi e degli indicatori pre-dichiarati riguardante i risultati tecnici ottenuti
RF1	Al completo utilizzo del 50% dell'importo	Rendicontazione finanziaria in progress
RR2	Al completo utilizzo del 40% dell'importo	Report in progress, dettagliato, sulla base degli obiettivi e degli indicatori pre-dichiarati, riguardante i risultati tecnici ottenuti
RF2	Al completo utilizzo del 40% dell'importo	Rendicontazione finanziaria in progress
RR3	A fine progetto	Report finale, dettagliato, sulla base degli obiettivi e degli indicatori pre-dichiarati, riguardante i risultati tecnici ottenuti
RF3	A fine progetto	Rendicontazione finanziaria finale

17 Oneri e piano finanziario

Gli oneri finanziari previsti a carico della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Politiche Antidroga per sostenere le spese di realizzazione delle attività progettuali sono pari ad € 110.000,00 e vengono così ripartiti:

BENI E SERVIZI (Inventariabili e di consumo)	€ 15.000,00
FORMAZIONE	€ 20.000,00
PERSONALE A CONTRATTO	€ 50.000,00
PUBBLICAZIONI E MATERIALI INFORMATIVI	€ 5.000,00
MISSIONI e RIMBORSI	€ 7.300,00
CONVEGNI	€ 5.000,00
SPESE DI SEGRETERIA e GESTIONE AMMINISTRATIVA FORFETTARIE (7% del finanziamento complessivo)	€ 7.700,00
TOTALE	€ 110.000,00

I riparti tra le singole voci sono indicativi