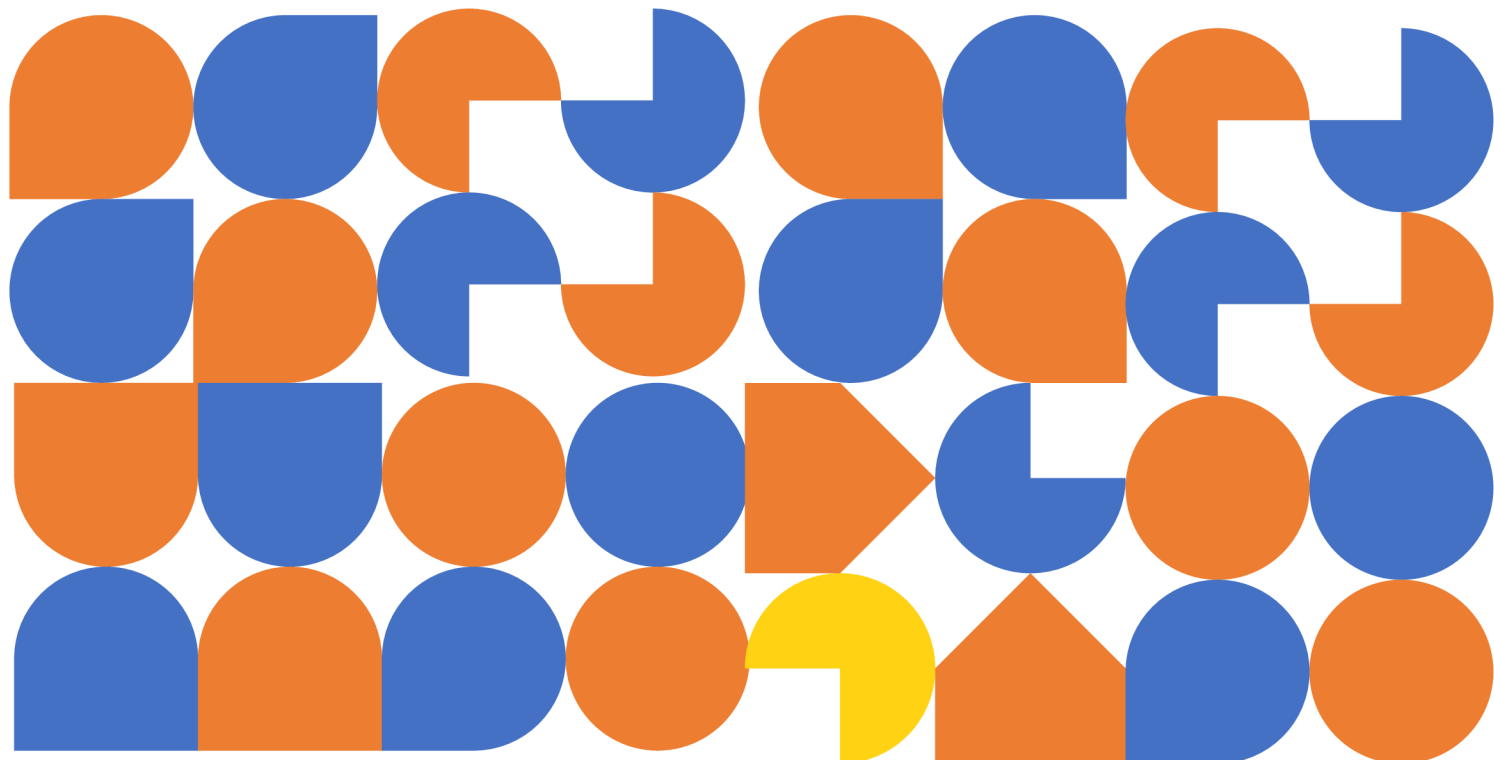




2024/2025 GAMING DISORDER

LINEE GUIDA CLINICHE



World Health
Organization

AUTONOME PROVINZ
BOZEN – SÜDTIROL
PROVINCIA AUTONOMA
DI BOLZANO – ALTO ADIGE
PROVINCIA AUTONOMA DE BULSAN – SÜDTIROL

Südtiroler
Sanitätsbetrieb



Azienda Sanitaria
dell'Alto Adige

Azienda Sanitaria de Südtirol

YOUNG
HANDS



ASSOCIAZIONE
A.M.A.
auto mutuo aiuto

INDICE DEI CONTENUTI



INTRODUZIONE	3
VISION/CONTESTO SOCIALE	3
CRITERI CLINICI E CONFRONTO	6
DSM-5	7
ICD-11	8
METODI DIAGNOSTICI	11
COLLOQUI STRUTTURATI	11
TEST	11
DIAGNOSI DIFFERENZIALE TRA GAMING DISORDER E SINDROME HIKIKOMORI	13
MODELLO DI TRATTAMENTO	14
LE SFIDE PER I SERVIZI PER LE DIPENDENZE	17
SERVIZI DI CONSULENZA E TRATTAMENTO	
IN PROVINCIA DI BOLZANO	18
IN PROVINCIA DI TRENTO	18
BIBLIOGRAFIA	19

INTRODUZIONE



Il 25 maggio 2019, in occasione del 72° Forum Mondiale della Sanità, che si è tenuto a Ginevra (CH) dal 20 al 28 maggio 2019, i membri dell'OMS hanno votato all'unanimità per l'adattamento dell'undicesima edizione della "International Classification of Diseases" (ICD-11).

Le nuove linee guida sono entrate in vigore nel gennaio 2022 e obbligano i Paesi membri dell'OMS a implementare le misure di trattamento e prevenzione contro il gaming disorder.

La codifica ufficiale dell'ICD-11 è:

6C51.0 Gaming disorder, predominantly online

VISION / CONTESTO SOCIALE

Da diversi anni la società occidentale sta subendo un grande sconvolgimento. L'introduzione di Internet 2.0 a partire dal 2007 e la diffusione dei cosiddetti "social media", con cui è possibile comunicare in modo interattivo nello spazio digitale, hanno modificato notevolmente i pattern di comunicazione, i codici di comportamento, ma anche i modelli di consumo.

Con il riconoscimento delle dipendenze comportamentali, cioè delle dipendenze "non correlate a sostanze", lo spettro dei potenziali problemi di dipendenza si sta notevolmente ampliando ponendo nuove sfide ai servizi per le dipendenze.

Il consumismo è incoraggiato e talvolta persino richiesto dalla nostra società occidentale (consumistica). Si pensi a concetti come il "cashback" o i sistemi di "punti fedeltà" nelle catene commerciali, che incoraggiano le persone ad incrementare, talvolta quasi inconsapevolmente, i loro consumi.

Le realtà analogiche e digitali si mescolano e si influenzano sempre più reciprocamente. La distinzione tra mondo analogico e digitale, postulata da Jörg Petry nel 2010 all'interno del suo libro "Uso disfunzionale e patologico del PC e di Internet" (Hogrefe), non sembra più essere adeguata nel 2024. Il comportamento di consumo si sta spostando sempre più verso le realtà digitali.

In queste nuove condizioni, l'interruzione di un consumo in conseguenza ad un comportamento di dipendenza (astinenza) sembra possibile solo in situazioni estreme.

Pertanto, il lavoro nell'ambito delle dipendenze, dovrebbe essere maggiormente orientato verso concetti di "consumo controllato". Di seguito sono riportate le 5 dimensioni principali a cui gli interventi di prevenzione e la clinica dovrebbero orientarsi:

Consumo controllato vs. astinenza

La vita senza internet appare impossibile nel 2024, quindi il consumo controllato è un obiettivo ineluttabile. Quindi l'astinenza non appare né realistica né funzionale.

In linea di principio pertanto, risulta maggiormente appropriato parlare di "disturbo da consumo" che di "dipendenza".

Relazione vs. dipendenza

Il contrario della dipendenza non è l'astensione bensì la relazione. Relazioni sane e positive consentono alla persona di sviluppare una motivazione sufficiente per ridurre, modificare o interrompere il consumo.

Noia vs. sovrastimolazione

La disponibilità immediata di stimoli e di occasioni di gratificazione nello spazio digitale determina l'impossibilità di sperimentare sentimenti negativi come la noia, l'impazienza, la frustrazione e di conseguenza l'impossibilità di imparare a gestirli. Ciò determina spesso reazioni incontrollate di tipo impulsivo-aggressivo.

Orientamento vs. diversità

La suddetta sovrastimolazione crea una sovrabbondanza di occasioni di auto-realizzazione o di svago, il che spesso porta al disorientamento e alla passività.

Connessione vs. solitudine

La nostra società è globalmente connessa, ma la solitudine e l'isolamento sono in aumento. La connettività digitale dà l'impressione di essere sempre in contatto, ma nello spazio digitale mancano il calore interpersonale, l'empatia e l'attenzione emotiva. Il rafforzamento delle "connessioni analogiche" può prevenire il ritiro sociale.

La comunicazione digitale, e le conseguenze negative ad essa associate, si sono ormai diffuse anche in Alto Adige. Già prima della pandemia di Covid-19 si era registrato un aumento dei comportamenti patologici di consumo di media digitali. Molti genitori si sono sentiti sopraffatti nel gestire le nuove competenze mediatiche richieste in contesti educativi; si sono quindi evidenziate numerose richieste di consulenza e trattamento in diversi servizi sociali e sanitari da parte dei famigliari.

La pandemia poi, dal 2020 al 2023, ha ulteriormente accentuato questi cambiamenti nella nostra società ed ha determinato un ulteriore incremento di questo tipo di richieste.

Pazienti di YoungHANDS dal 2019-2023

Anno	2019	2020	2021	2022	2023
Pazienti YH	48	73	107	120	122
Gaming Disorder (incl. Social Media)	-	30 (41%)	52 (49%)	58 (48%)	72 (59%)
Età media		18,8	18,3	17,8	17,8

Circa il 21% degli casi seguiti nel 2021 per dipendenza da internet sono identificabili come "dipendenza da **social media**". Mentre per il "**Gaming Disorder**" l'utenza è prevalentemente maschile, per i "social media" è in maggioranza femminile. Tra gli utenti "social media" ritroviamo anche chi abusa di pornografia online o pratica gioco d'azzardo online.

CRITERI CLINICI E CONFRONTO



La letteratura scientifica distingue 5 diverse dipendenze da Internet:

- **Gaming Addiction**

Si tratta della categoria che è stata riconosciuta come "Gaming Disorder" dall'OMS e che viene illustrata ampiamente all'interno di questo documento.

- **Social Network Addiction**

Questa categoria riguarda comportamenti di dipendenza relativi ai contenuti dei social media, come ad esempio le chat, Facebook, Instagram, Tiktok, ecc. In questo caso sono decisivi i processi cognitivi di confronto sociale, condivisione e appartenenza che legano il consumatore a questi siti.

- **Online Shopping Addiction**

Questa categoria riguarda il comportamento additivo dei consumatori nei servizi di shopping online. In questo caso, non è il possesso dei beni a essere determinante, bensì l'atto stesso dell'acquisto, che viene vissuto come altamente soddisfacente. L'anonimato in Internet favorisce ulteriormente un comportamento d'acquisto compulsivo.

- **Online Gambling Addiction**

Questa categoria appartiene alla più ampia dipendenza da gioco d'azzardo, che tuttavia in questo caso si sposta su piattaforme di gioco digitali (ovvero prevalentemente in ambito domestico). Rispetto ai criteri diagnostici, questo disturbo corrisponde grossomodo ai criteri del gioco d'azzardo patologico.

- **Online Pornography Addiction**

Il consumo problematico di contenuti pornografici online è in aumento in tutte le fasce d'età. Il consumo massiccio di tali contenuti può determinare un cambiamento nel comportamento sessuale degli adolescenti e nella definizione dei ruoli di genere, in quanto succede nella delicata fase di scoperta della propria sessualità, di pressioni e aspettative e rischia di provocare uno spostamento progressivo verso pratiche sessuali più estreme. Viene passato quindi un messaggio di sessualità in termini di "bene di consumo", che di certo non favorisce la costruzione ed il mantenimento di una relazione basata sull'attenzione ed il rispetto reciproco.

DSM-5



Nel 2013, il DSM-5 è stato il primo manuale a inserire il "Internet Gaming Disorder" nella Parte 3 come "diagnosi che richiede ulteriore approfondimento". Tuttavia, questa diagnosi include solo l'uso patologico di videogiochi online. L'uso eccessivo di altre applicazioni online (social media) non è contemplato. (American Psychiatric Association, 2013).

Il DSM-5 suggerisce i seguenti criteri diagnostici (5/9) per una durata di almeno 12 mesi. I criteri del DSM-5 sono fortemente correlati a quelli per la dipendenza da sostanze, includono tuttavia alcuni elementi specifici, ad esempio riguardanti il controllo degli impulsi, analogamente alla diagnosi di gioco d'azzardo patologico:

- 1. Preoccupation with Games*
- 2. Withdrawal symptoms when not playing games*
- 3. Tolerance (time spent)*
- 4. Unsuccessful attempt to stop or control gaming*
- 5. Loss of interest in other recreational activities than gaming*
- 6. Continuation of gaming behaviour despite psychosocial problems*
- 7. Lying and deceit of others about the amount of gaming*
- 8. Use of games to escape from negative mood or real-life problems*
- 9. Loss or risk of losing important relationships, career, or educational opportunities as a result of gaming behaviour*

ICD-11



Anche nell'ICD-11, solo la "Online Gaming Addiction" è stata considerata come "Gaming Disorder".

Quindi di seguito esamineremo soprattutto gli aspetti relativi al Gaming Disorder, poiché attualmente solo questi possono essere trattati come "dipendenza" dai servizi sanitari.

L'**ICD-11** definisce il comportamento di dipendenza da gaming come: ***„impaired control over gaming to the extent that it is evident for at least 12 months and results in significant impairment in personal, family, social, behavioural, educational, occupational or other important areas of functioning“***.

La domanda se il gaming disorder sia in ultima analisi una dipendenza può essere affrontata analizzando il percorso diagnostico della dipendenza da gioco d'azzardo patologico:

Sebbene il **gioco d'azzardo patologico (F63.0)** sia inserito all'interno del ICD-10 nel capitolo "F63 Abitudini anomale/ Disturbi del controllo degli impulsi" (insieme all'incendio doloso patologico o alla cleptomania), questa "dipendenza comportamentale" è riconosciuta a livello internazionale come una vera e propria dipendenza. Le linee guida per giungere ad una diagnosi secondo l'ICD-10 indicano che:

"La caratteristica principale di questo disturbo è il gioco d'azzardo persistente e ripetuto, esso permane e spesso aumenta nonostante le conseguenze sociali e personali negative, come l'impoverimento e il deterioramento dei rapporti familiari e delle relazioni personali significative".

Se si confronta la descrizione del gioco d'azzardo patologico nell'ICD-10 con quella di Gaming Disorder nell'ICD-11, si nota che i criteri diagnostici sono quasi identici.

Il gioco d'azzardo patologico rientra nelle competenze dei servizi per le dipendenze, quindi appare ovvio affidare anche il trattamento di questa "nuova" patologia nelle medesime mani. Nei fatti, la "Online Gambling Addiction" è identica al gioco d'azzardo patologico (tranne che per alcuni parametri digitali).

Allo stesso modo, i criteri diagnostici per le dipendenze da sostanze, come l'alcolismo, sono sostanzialmente sovrapponibili, soltanto maggiormente dettagliati nella loro sintomatologia medico-organica:

Criteri diagnostici dell'ICD-10 per la "sindrome da dipendenza ":

Una diagnosi certa di dipendenza dovrebbe essere formulata solo se tre o più dei seguenti criteri sono stati presenti contemporaneamente nel corso dell'ultimo anno:

- 1. un forte desiderio o una sensazione di costrizione [...] al consumo.*
- 2. ridotta capacità di controllare l'esordio, la sospensione e la quantità/[durata] del consumo.*
- 3. una sindrome di astinenza [fisica] ... alla cessazione o alla riduzione del consumo, [evidenziata da sintomi di astinenza specifici per la sostanza o dall'assunzione della stessa sostanza o di sostanze strettamente correlate per alleviare o evitare i sintomi di astinenza].*
nello specifico, le risposte comportamentali impulsive tendono ad avvenire quando il consumo viene interrotto (come nel caso del gioco d'azzardo patologico).
- 4. evidenza di tolleranza [...gli effetti originariamente ottenuti con basse dosi richiedono quantità sempre più elevate per essere raggiunti...].*
nello specifico, è più probabile che entrino in azione i sistemi di gratificazione specifici per la dopamina, che a loro volta devono essere incrementati dagli "stimoli" digitali; il fattore "tempo" è un elemento controverso...
- 5. progressivo abbandono di altri piaceri o interessi a favore [...] del consumo, aumento del tempo dedicato a procurarsi, a consumare o per riprendersi da [...].*

6. continuare [...] a fare uso di sostanze nonostante l'evidenza di chiare conseguenze dannose... [nell'ambiente personale, familiare e sociale; così come nel comportamento, nell'ambito scolastico e professionale, e in altre importanti aree della vita]. nel caso delle dipendenze da sostanze si parla di conseguenze dannose cognitive e organiche, che ovviamente non sono presenti nel caso delle dipendenze comportamentali.

Se consideriamo i criteri diagnostici sopra citati, appare logico che la diagnosi di gaming disorder segua le medesime caratteristiche. Come in tutti i disturbi da dipendenza, la comorbidità con i disturbi psichiatrici è di circa il 60%.

Dalle ricerche sulla comorbidità tra malattie psichiatriche e "Internet Use Disorders", si evidenzia che sono i disturbi depressivi e d'ansia, nonché l'ADHD ad avere una maggiore correlazione (Carli e altri., 2013).

Quest'ultima è particolarmente significativa tra gli adolescenti e i giovani adulti e può essere generalmente spiegata dalla maggiore probabilità che i soggetti con ADHD sviluppino un disturbo da dipendenza (Wilens, 2004).

(Internet Addiction in Adolescents; *Lindenberg, Kindt, Szasz-Janocha 2020, Springer-Verlag*)

In linea generale, i disturbi sopra citati sono considerati altamente comorbidi con tutti i disturbi da dipendenza; ciò può quindi essere inteso come un'ulteriore indicazione dell'appartenenza del gaming disorder allo spettro delle dipendenze.

Da un punto di vista operativo, se da un lato è importante riuscire a diagnosticare in modo rapido, esaustivo e precoce, un disturbo di gaming disorder, dall'altro diventa fondamentale determinare anche dei criteri che possano rendere difficoltosa o impossibile una presa in carico efficace presso il servizio di dipendenza (criteri di esclusione) e dei criteri diagnostici che indichino invece la necessità di una presa in carico congiunta da parte di servizi sanitari con differenti specificità (diagnosi differenziale).

Per quanto concerne i primi, riteniamo che il modello di trattamento qui proposto e in seguito meglio dettagliato, possa adattarsi con difficoltà a soggetti che, accanto ad una problematica di gaming disorder, presentino disturbi psicotici scompensati (o comunque con una disconnessione dal piano di realtà e frammentazione dell'io), un deficit cognitivo di grado severo o gravi disturbi dello spettro autistico.

Situazioni nelle quali, in fase di anamnesi o di valutazione diagnostica, emergano pregressi e/o concomitanti disturbi psichiatrici (disturbi di personalità, disturbi dell'umore, fobie, disturbi ossessivo-compulsivi, ADHD nell'adulto, ecc...), disturbi dello sviluppo e dell'apprendimento e dipendenze da sostanze illegali, richiederanno una presa in carico congiunta con altri servizi specialistici (Servizio di Neuropsichiatria infantile, Centro di Salute Mentale, Servizio per Dipendenze, Servizio Psicologico, ecc..), in un'ottica di collaborazione e di chiara definizioni di ruoli e mansioni.

METODI DIAGNOSTICI

Colloqui strutturati

Alla luce dei criteri diagnostici di cui sopra, vorremmo fare riferimento a due metodi clinici strutturati:

Jörg Petry (in *„Dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internet-Gebrauch“* 2009 Hogrefe)

- a. Scheda anamnestica sull'uso di PC/Internet
- b. Intervista strutturata sull'uso patologico di PC/Internet (c P. Schuhler)

AICA-SKI:IBS: Intervista clinica strutturata sui disturbi internet-correlati (Autori: K. W. Müller & K. Wölfling; c/o Ambulatorio per la Clinica della dipendenza da gioco d'azzardo e Policlinico di Medicina Psicosomatica e Psicoterapia, Centro Medico Universitario di Mainz).

- a. Modello di processo integrato della dipendenza da Internet (InPrIS; Müller & Wölfling 2017)

Test

Sarebbe auspicabile che i criteri oggettivi per la determinazione del gaming disorder fossero gestiti in modo omogeneo da tutti i servizi per le dipendenze provinciali. Come ad esempio già avviene per i test "AUDIT" e "CAGE", utilizzati in caso di accertamenti sul consumo di bevande alcoliche.

Dopo l'introduzione nel DSM-5 della diagnosi del DGI, per effettuare una valutazione di questo disturbo sono stati sviluppati diversi importanti strumenti. Tra questi troviamo:

- Internet Gaming Disorder Test (IGD-20)
- Ten-Item Internet Gaming Disorder Test (IGDT-10)
- Internet Gaming Disorder Scale – Short Form (IGDS9-SF)
- Problematic Online Gaming Questionnaire (POGQ)
- Gaming Addiction Scale-7 Items (GAS-7)
- Assessment of Internet and Computer Addiction Scale-Gaming (AICA-S Gaming)
- Clinical Video Game Addiction Test (C-VAT 2.0)
- Internet Gaming Disorder Scale-9 Items (IDGS-9)

In Italia, la **VGS-A (Video Gaming Scale for Adolescents)**; C. Primi, M-A. Donati, F. Chiesi; 2017 Hogrefe), fornisce una panoramica del comportamento individuale di gaming in 2 sezioni: A (informazioni sull'uso dei videogiochi) e B (conseguenze negative del gaming secondo i criteri del DSM5).

Allo stesso modo, va menzionato il **KPC (Kurzfragebogen zu Problemen beim Computergebrauch)**; J. Petry; 2009 Hogrefe), che, tuttavia, equipara i videogames con le chat, i social ed il generico navigare in internet.

L'**IDGS9-SF (Italian Internet Gaming Scale - Short-Form)**; Monacis et al., 2017) è un breve questionario che analizza le conseguenze negative del gaming e le ragioni della perdita di controllo in 9 domande.

Va menzionato anche un test del tipo "**Motivational Scale**" "non validato" per il gaming su Internet, che fornisce informazioni sulle motivazioni alla base della perdita di controllo. A tal fine si utilizzano le categorie SOCIAL; ESCAPE; COMPETITION; COPING; FANTASY; SKILL DEVELOPMENT e RECREATION.

Questo modello si basa su uno studio denominato "Development and validation of the Gaming Motivation Scale (GAMS)" (M-A. K. Lafreniere, J. Verner-Filion, Robert J. Vallerand), condotto in Canada nel 2012; esso è giunto alla conclusione che si alternano diverse forme di motivazione.

Sono state identificate la motivazione intrinseca, integrata, identificata, introiettata ed esterna, nonché la cosiddetta "amotivazione". I diversi tipi di motivazione rilevati sembrano essere correlati alla gravità del disturbo da gioco.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE TRA GAMING DISORDER E SINDROME HIKIKOMORI



A cura della Dott.ssa Giulia Tomasi dell'Associazione AMA di Trento

Confondere la sindrome hikikomori con il Gaming Disorder è un errore piuttosto comune. In entrambi i casi ci sono caratteristiche simili: colpisce principalmente il genere maschile, la fascia d'età è quella dell'adolescenza o della preadolescenza e il principale sintomo è dato dal fatto che la persona non esce di casa (APA, 2010; APA, 2014; WHO, 2019). Inoltre, in entrambi i casi si può riscontrare, un'inversione dei ritmi circadiani e un notevole uso di internet. Andando però a guardare i dati si può notare che solo il 30% degli hikikomori usa internet, senza che quest'uso porti poi a un'effettiva dipendenza (Ricci, 2012).

Risulta evidente che tra le due patologie vi sia una sovrapposizione di alcuni sintomi e di alcune conseguenze delle problematiche, ma alla base vi sono motivazioni completamente differenti. Nella persona con Gaming Disorder è centrale l'assorbimento nella vita virtuale, che andrà poi a causare la reclusione in casa; nel ragazzo hikikomori avviene il contrario: è la reclusione in casa che può portare poi a un eccessivo utilizzo del computer, internet o del videogioco (Crepaldi, 2013).

Volendo approfondire, il ragazzo dipendente da videogiochi tenderà a indirizzare i suoi interessi, passioni e in un certo senso i suoi "moti vitali" su un videogioco: spesso un unico videogioco preferito, nel quale costruirà una nuova identità ben definita tramite l'avatar. Lo hikikomori invece tenderà a giocare a vari tipi di videogiochi, cambiando spesso avatar: la sua identità virtuale sarà pertanto difficile da identificare e avrà dei confini meno definiti. Questo perché lo hikikomori rifiuta la relazione e quindi rifiuterà la relazione anche all'interno del videogioco; questo non avviene nel Gaming Disorder perché il rifiuto della relazione non è una delle motivazioni che spingono i ragazzi al ritiro nel videogioco.

MODELLO DI TRATTAMENTO



Fino all'età di 14 anni, si raccomanda di limitare gli interventi psicologici principalmente ai genitori tematizzando aspetti educativi e psico-educativi, in quanto questo tipo di interventi educativi per gli adolescenti risultano essere particolarmente adeguati. Solo dopo i 14 anni gli interventi psicoeducativi e psicoterapeutici dirette all'adolescente sembrano essere efficaci.

Indipendentemente dall'età dell'adolescente comunque, l'accompagnamento e il sostegno dei genitori rappresentano aspetti centrali. Attraverso i colloqui familiari è possibile affrontare le difficoltà di comunicazione intrafamiliare e contrastare le pregresse dinamiche disfunzionali introducendo nuovi approcci costruttivi.

Intervento psicoterapeutico

Come tutti i disturbi da dipendenza, il gaming patologico è un comportamento compensatorio, che scatena sensazioni di piacere o distrae da fattori di stress. Per questo motivo, a **livello psicoterapeutico**, è fondamentale lavorare sulla gestione delle emozioni (ad esempio l'impulsività degli utenti), sull'aumento dell'autostima e sullo sviluppo di comportamenti alternativi per occupare il tempo libero.

A questo scopo si individuano **4 Cluster di tematiche psicoterapeutiche**:

Cluster 1: Noia e problemi motivazionali

Cluster 2: Ansia di prestazione e procrastinazione

Cluster 3: Ansia sociale

Cluster 4: Regolazione emotiva

Nell'attuare l'intervento o nell'accompagnare il giovane, occorre tenere conto delle caratteristiche specifiche di un "giocatore"; In primis si rileva una forte tendenza al ritiro sociale che comporta: un indebolimento delle reti amicali, l'abbandono scolastico e lavorativo oltre che un impoverimento delle competenze sociali;

si nota spesso una dinamica familiare vulnerabile e caratterizzata da capacità comunicative limitate ed aggressive; la capacità di organizzazione del tempo, libero e non, e la gestione e la cura dei propri spazi e del proprio corpo risulta spesso carente; prospettive poco chiare o irrealistiche per il futuro.

Intervento Socio-Pedagogico

In molti casi, i giocatori “puri” sono adolescenti e giovani adulti che mostrano difficoltà di socializzazione e di gestione e rielaborazione delle emozioni. Per questo motivo è importante affiancare all’intervento clinico un intervento socio-pedagogico che metta in atto progetti ed attività di educazione esperienziale, con lo scopo di realizzare esperienze analogiche in contrapposizione a quelle digitali.

L’elemento centrale dell’intervento **socio-pedagogico** è il lavoro relazionale con i giovani. Si tratta di offrire un accesso facilitato con particolare attenzione all’aggancio, in degli spazi adeguati alle loro esigenze. Gli interventi da realizzare vengono creati secondo i bisogni ed i disagi espressi dall’utenza. Obiettivo principale della presa in carico è un accompagnamento a medio/lungo termine, finalizzato alla promozione di un miglioramento delle condizioni di vita ed alla trasmissione di strategie di modificazione del comportamento e al creare delle condizioni che favoriscano e coadiuvino l’intervento ed il percorso terapeutico della persona. In fase di presa in carico e di successiva (ri)valutazione del percorso viene valutato all’interno dell’equipe multidisciplinare se attivare la figura dell’assistente sociale e/o la figura pedagogica.

L’intervento dell’**assistente sociale** sui giovani si svolge primariamente in un setting individuale. I giocatori, come detto, sono tendenzialmente adolescenti o giovani adulti, ciò comporta spesso la mancanza delle basi per una vita autonoma al di fuori del contesto familiare. Nell’intervento con i giocatori l’assistente sociale andrà dunque a strutturare il lavoro in ottica di un primo inserimento lavorativo, pianificazione della formazione futura (professionale o universitaria). Oltre a ciò la persona può necessitare un sostegno nell’affrontare i vari livelli di burocrazia che caratterizzano la vita autonoma all’esterno del nucleo familiare. Obiettivo principale dell’intervento dell’assistente sociale è la promozione dello sviluppo di risorse personali, far emergere e rafforzare le soft skills dei giovani. Aiutarli a scoprire i loro talenti ed i loro punti di forza, accompagnarli nello sviluppo di abilità di “problem solving” e di capacità di gestione dello stress, sostenerli nel fortificare la tolleranza alla frustrazione, sono solo alcuni punti chiave dell’intervento.

Interventi dell'assistente sociale:

- Analizzare e valutare le domande e i bisogni dell'utenza
- Definire con l'utente l'intervento socio-assistenziale
- Progettare e realizzare processi d'aiuto
- Monitorare, verificare e rielaborare gli interventi
- Promuovere reti territoriali

L'azione pedagogica consiste sostanzialmente in due tipologie di intervento: quello in setting individuale e quello in setting gruppale.

Intervento in setting individuale

Questa tipologia di intervento consiste in attività individualizzate di tipo esperienziale basate su tre punti chiave: riflettere, organizzare e motivare. Dunque, l'obiettivo è l'acquisizione di competenze personali e sociali o di potenziare quelle già presenti, al fine di rendere efficaci a lungo termine l'intervento globale di sostegno, terapia o riabilitazione. Altro obiettivo dell'intervento pedagogico è la riduzione del rischio di abbandono scolastico, elemento frequente nei giocatori, oltre che il sostegno durante il percorso formativo.

L'intervento in questi casi viene sempre sviluppato ad personam basandosi sui bisogni espressi dall'utenza o rilevati dall'equipe.

Gli interventi in setting individuale possono avere varie forme:

- Accompagnamenti
- Attività ludiche
- Attività di ricerca sul territorio
- Attività di tipo creativo-espressivo
- Attività di tipo sociale
- Colloqui educativi di sostegno per aumentare il benessere dell'utente sul piano relazionale (in ambito familiare, scolastico ed amicale)

Intervento in setting gruppale

Gli interventi educativi in setting gruppale consistono in laboratorio di tipo creativo-espressivo che hanno in generale scopo di sviluppare o potenziare le seguenti competenze e capacità nel target di utenza del progetto:

Competenze sociali (comunicare, collaborare e partecipare, agire in modo autonomo e responsabile, risolvere problemi, individuare collegamenti e relazioni, potenziare le abilità sociali nel gruppo dei pari)

- Consapevolezza di sé
- Senso di autoefficacia
- Abilità cognitive (meta-analisi o mentalizzazione)

Interventi familiari integrati

L'approccio sistemico, soprattutto nei casi dei più giovani, risulta fondamentale per la buona riuscita del progetto. Ciò ha comportato a sviluppare negli anni un concetto di presa in carico globale del "sistema famiglia". Pertanto, oltre all'accompagnamento in setting individuale e gruppale dei giovani, il nostro Servizio offre i seguenti interventi per le famiglie:

- visite domiciliari (soprattutto nel caso dei ritirati sociali)
- interventi di educativa domiciliare
- colloqui familiari
- colloqui di sostegno genitoriale

Tali interventi vengono gestiti sempre in coppia, da una figura clinica ed una sociale. Ciò permette una gestione migliore delle dinamiche familiari spesso conflittuali e di dare una risposta al bisogno psico-educativa e terapeutica allo stesso tempo. L'integrazione degli interventi individualizzati e familiari permette un confronto ed una condivisione continua in diversi setting e promuove cambiamento e crescita all'interno del sistema famiglia.

Altri punti focali dell'approccio pedagogico sono il lavoro di prossimità con le famiglie, l'accompagnamento territoriale ed il sostegno al giovane. Approfondendo il contesto sociale dei clienti, i loro bisogni possono essere rilevati direttamente all'interno del proprio ambiente di vita e, se necessario, elaborati successivamente in un contesto clinico. L'obiettivo è accompagnare il giovane nella sua vita quotidiana per promuovere la sua autonomia d'azione e rafforzare l'autostima e la responsabilità personale.

LE SFIDE PER I SERVIZI PER LE DIPENDENZE



Poiché anche i *gamer* hanno un rischio maggiore di sviluppare una dipendenza, riteniamo opportuno separare questa categoria di pazienti dipendenti dal trattamento dei pazienti affetti da dipendenza da sostanze.

La maggior parte dei *gamer* (puri) ha problemi di socializzazione e tende a sperimentare il ritiro sociale (analogico), pertanto spesso raggiunge la maggiore età senza aver avuto alcuna esperienza con le sostanze.

Questo aspetto deve essere preso in considerazione nei contesti di terapia di gruppo per evitare uno spostamento della dipendenza.

SERVIZI DI CONSULENZA E TRATTAMENTO



Provincia di Bolzano

Nel campo della consulenza digitale, è attiva ormai da alcuni anni la rete **"eltern-medienfit.bz"** e **"genitoriconnessi.bz"**, gestita dal Forum Prevenzione, che offre consulenza generale sui temi della sicurezza, dell'educazione e della violenza in rete. Inoltre i seguenti servizi di dipendenza territoriali si occupano di Gaming Disorder:

Ambulatorio YoungHANDS Bolzano	Tel: 0471 270924	young@hands-bz.it
EXIT La Strada – Der Weg	Tel: 0471 052901	exit@lastrada-derweg.org
Servizio per le dipendenze Bolzano	Tel: 0471 437070	sert-dfa@sabes.it
Servizio per le dipendenze Bressanone	Tel: 0472 813230	dfa.bx@sabes.it
Servizio per le dipendenze Merano	Tel: 0473 251760	serd.me@sabes.it
Servizio per le dipendenze Brunico	Tel: 0474 586200	serd-brunneck@sabes.it
Consulenza Psicosociale Silandro	Tel: 0473 621237	psb@caritas.bz.it

Provincia di Trento

Associazione AMA Auto Mutuo Aiuto	Tel: 0461 239640	info@automutuoaiuto.it
Centro alcologia, antifumo, altre fragilità di Trento	Tel: 0461 904990	alcologiatn@apss.tn.it
Ser.D Trento	Tel: 0461 904772	serdtn@apss.tn.it
Ser.D Riva	Tel: 0464 582704	serdtn@apss.tn.it
Ser.D Rovereto	Tel: 0464 404980	serdtn@apss.tn.it
Unità Operativa Psicologia		tinyurl.com/psytrento

BIBLIOGRAFIA



Bibliografia

- Jörg Petry "Uso disfunzionale e patologico del PC e di Internet" (Hogrefe) 2010
- American Psychiatric Association „DSM V“, 2013
- ICD-10; H. Dilling / W. Mombour / M. H. Schmidt (Hrsg); (Verlag Hans Huber) 1997
- Internet Addiction in Adolescents; Lindenberg, Kindt, Szasz-Janocha 2020, Springer-Verlag 2021
- InPrIS; Müller & Wölfling 2017
- VGS-A (Video Gaming Scale for Adolescents); C. Primi, M-A. Donati, F. Chiesi; (Hogrefe) 2017
- IDGS9-SF (Italian Internet Gaming Scale – Short-Form); Monacis et al., 2017
- Development and validation of the Gaming Motivation Scale (GAMS) M-A. K. Lafreniere, J. Verner-Filion, Robert J. Vallerand, 2012
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2010). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washin-gton DC: APA. Traduz. it. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (IV ed.). Milano: Elsever Masson.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (2014) DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, trad. it. di Francesco Saverio Bersani et. al., Milano, Cortina Raffaello.
- RICCI, C. (2012). La solitudine liberata. Alla ricerca del sé...passando dal Giappone, Vicenza: Itinera.

Sitografia

- HIKIKOMORI ITALIA, Hikikomori e Dipendenza da Internet: quali sono i legami; <http://www.hikikomoriitalia.it/2013/04/hikikomori-e-internet-quali-sono-i.html> Aprile 2013.
- JONES, M. (2006). Shutting Themselves in. The New York Times, 16 gennaio; [https://www.nytimes.com/2006/01/15/magazine/shutting-themselves-in-;](https://www.nytimes.com/2006/01/15/magazine/shutting-themselves-in-)
- State of mind <https://www.stateofmind.it/tag/depressione/>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, (2019) Gaming Disorder <https://www.who.int/features/qa/gaming-disorder/en/>

A cura di
Giulia Tomasi, Sandra Gurschler, Lukas Gasser, Paolo Belletati, Federico Randi, Oskar Giovanelli

