

C'è una voluttà nell'estremo grado dell'umiliazione
e dell'avvilimento

Fëdor Dostoevskij, Il giocatore

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità il concetto di **dipendenza** patologica o di sindrome della dipendenza si definisce 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". La dipendenza da sostanze psicoattive (droghe, alcol, farmaci) rappresenta da tempo uno dei principali problemi di salute pubblica nei Paesi sviluppati, responsabile di elevati costi umani e di pesanti oneri economici, ma il concetto di dipendenza ha subito nel corso degli ultimi anni una brusca evoluzione per cui oggi viene esteso ad una serie di sintomatologie derivanti dalla ripetizione di attività, spesso socialmente accettate, che non comportano l'impiego di "sostanze". In queste nuove dipendenze (anche dette immateriali) l'aspetto dominante è costituito da un comportamento ripetitivo e compulsivo che non implica necessariamente un'attività illecita. Fra queste, le più note sono la cosiddetta dipendenza da internet, il gioco d'azzardo patologico (GAP), la sindrome da *shopping* compulsivo, la dipendenza da lavoro (sindrome da *workalcoholism*) e i disturbi da alimentazione incontrollata.

Benché non esenti da critiche metodologiche, sono ancora i criteri indicati nel *Manuale internazionale di statistica e diagnostica dei disturbi mentali* (DSM) quelli universalmente utilizzati nella diagnosi delle varie dipendenze (vedi riquadro a destra).

Il gioco d'azzardo patologico

Il gioco d'azzardo patologico (GAP), riconosciuto ufficialmente come patologia nel 1980 dall'Associazione degli Psichiatri Americani, è stato classificato nel DSM IV come "disturbo del controllo degli impulsi non classificati altrove". Secondo il

I CRITERI PER LA DIAGNOSI DELLE DIPENDENZE

«Per dipendenza si intende una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazione e a disagio clinicamente significativi, come manifestato da tre (o più) delle condizioni seguenti, che ricorrono in un qualunque momento dello stesso periodo di 12 mesi:

1. tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti:
 - il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato;
 - un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità della sostanza;
2. astinenza, come manifestata da ciascuna dei seguenti:
 - la caratteristica sindrome di astinenza per la sostanza (riferirsi ai Criteri A e B dei set di criteri per Astinenza dalle sostanze specifiche);
 - la stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza;
3. la sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto;
4. desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza;
5. una grande quantità di tempo viene spesa nel procurarsi la sostanza (per esempio, recandosi in visita da più medici o guidando per lunghe distanze), ad assumerla (per esempio, fumando "in catena"), o a riprendersi dai suoi effetti;
6. interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative e ricreative a causa dell'uso della sostanza;
7. uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato o esacerbato dalla sostanza (per esempio, il soggetto continua ad usare cocaina malgrado il riconoscimento di una depressione indotta da cocaina, oppure continua a bere malgrado il riconoscimento del peggioramento di un'ulcera causato dall'assunzione di alcol)»

DSM IV, il giocatore d'azzardo patologico sarebbe una persona che presenta un'incapacità cronica e progressiva di resistere all'impulso di giocare d'azzardo e un comportamento conseguente che compromette, disturba o danneggia se stesso, la sua famiglia o le sue attività professionali.

Il GAP può essere definito una "dipendenza senza sostanza" che tuttavia, non raramente, si accompagna all'uso di sostanze stupefacenti e/o di alcol, a problemi della sfera emotiva, affettiva e sessuale o a disturbi da deficit dell'attenzione con

iperattività. Sebbene a tutt'oggi manchino studi esaustivi, si stima che in Italia i giocatori d'azzardo patologici siano lo 0,5-2,2% della popolazione generale, il cui contributo agli introiti totali da gioco sarebbe addirittura pari al 60%, ma il dato epidemiologico ufficiale risulta probabilmente sottostimato rispetto alla realtà. Il fenomeno peraltro è in continua crescita, anche perché nella popolazione studentesca – secondo lo studio SPS del Dipartimento Politiche Antidroga – la pratica del gioco d'azzardo viene dichiarata da quasi il 50% degli intervistati. Anche da queste indagini si conferma l'esistenza di una correlazione lineare fra gioco d'azzardo e consumo di sostanze in tutte le fasce d'età.

Dipendenza da internet

Questo disturbo, catalogabile come un disturbo ossessivo-compulsivo, fu chiamato *internet addiction disorder* (IAD) dallo psichiatra americano Ivan Goldberg, che già nel 1995 indicò i criteri diagnostici utili al suo riconoscimento.

I problemi di dipendenza psicologica e i danni psichici e funzionali si manifestano in ambito relazionale e familiare, in ambito lavorativo e scolastico, nella sfera della salute (disturbi del sonno, irregolarità dei pasti, scarsa cura del corpo, mal di schiena, stanchezza agli occhi, mal di testa, sindrome del tunnel carpale, etc.) e ovviamente sotto il profilo finanziario.

Secondo il Center for Online Addiction statunitense sono riconoscibili 5 tipi specifici di dipendenza online:

1. dipendenza cibersessuale (o dal sesso virtuale);
2. dipendenza ciber-relazionale, che si caratterizza per la tendenza ad instaurare rapporti d'amicizia o amorosi con persone conosciute online, principalmente via social o chat;
3. *net gaming* o *net compulsion*, cioè 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 o eccesso di informazioni (*information overloaded*);
5. gioco al computer.

Cause ed evoluzione della dipendenza

Per quanto riguarda l'uso di sostanze, se la decisione iniziale di impiegarle è certamente volontaria, la dipendenza vera e

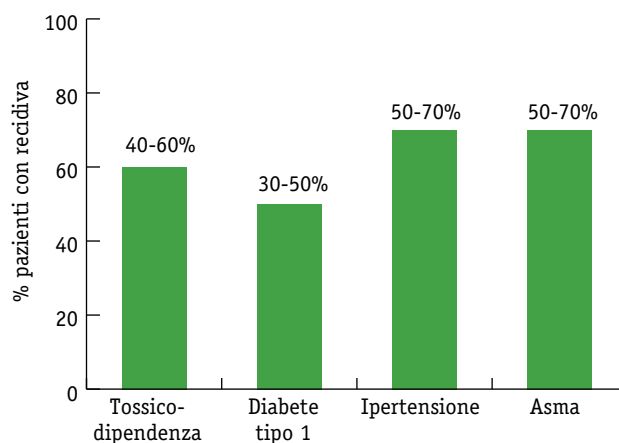
propria si può catalogare ormai come una patologia del sistema nervoso. Secondo la ricerca più recente, la dipendenza comporta una progressiva alterazione dei circuiti cerebrali coinvolti nel comportamento (ricompensa, motivazione), nella memoria e nel controllo inibitorio degli stimoli, che spinge la persona a ricercare in maniera ossessiva determinate sostanze malgrado la consapevolezza delle loro conseguenze negative. Con le moderne tecniche di immagine si dimostra infatti che la dipendenza si accompagna a modificazioni evidenti del metabolismo nell'organo bersaglio, analogamente a quanto si osserva, ad esempio, in una malattia cardiaca. In questo caso è la corteccia frontale (coinvolta nelle funzioni di giudizio e nelle capacità decisionali) quella che mostra un incremento sensibile dell'attività metabolica.

Al pari di altre patologie croniche, la dipendenza ha un'elevata tendenza alle ricadute (Figura 1).

Tuttavia, la probabilità di rimanere astinenti aumenta dopo 1-3 anni e dopo i 3 anni tende ulteriormente a stabilizzarsi. Malgrado l'alto rischio di recidiva che caratterizza tali patologie, la ricerca degli ultimi 20 anni avvalorava il concetto per cui:

- la dipendenza da droghe, ma anche le dipendenze immateriali, sono sicuramente trattabili;
- il trattamento è efficace nel ridurre i comportamenti da dipendenza, le patologie correlate, i costi sociali e le condotte criminali;
- i trattamenti più efficaci associano diversi approcci terapeutici (psicosociosanitari e ambulatoriali-semiresidenziali-residenziali).

Figura 1. Percentuali di recidiva in soggetti affetti da tossicodipendenza e in altre patologie croniche.



I numeri: situazione in Italia

Secondo l'ultimo rapporto del Dipartimento Politiche Antidroga (DPA), il consumo di sostanze stupefacenti in Italia appare complessivamente in calo, laddove invece sono pericolosamente aumentati i consumi di alcol nelle fasce d'età più giovani e il fenomeno del GAP, le cui stime sono state già riportate in precedenza.

Più in dettaglio, l'analisi dell'andamento del consumo di sostanze stupefacenti nel corso del 2012, riferita alla popolazione fra i 15 e i 64 anni, registra una contrazione del numero di consumatori, anche se ad un ritmo inferiore rispetto ai due anni precedenti e con caratteristiche differenti in rapporto al tipo di sostanza e alle diverse aree del territorio nazionale. Per la cannabis, ad esempio, si osserva un lieve aumento di consumo nella popolazione studentesca e, sempre tra i giovani, una ripresa dei consumi di sostanze stimolanti. Negli ultimi anni inoltre si è assistito all'ingresso sul mercato di nuove droghe sintetiche: sono oltre 250 le nuove molecole identificate sul territorio italiano ed europeo, anche se il mercato in espansione sembra per ora sotto controllo. La prevalenza d'uso si mantiene bassa e i casi di intossicazione acuta registrati sono esigui (inferiori al centinaio), prevalenti nel Nord Italia e in una popolazione di giovani adulti. Ben diverso il discorso sui consumi di alcol. Secondo il Ministero della Salute, in Italia i bevitori a rischio sono 8 milioni e tra questi circa un milione gli alcolodipendenti, con un elevato impatto economico legato a costi diretti ed indiretti che l'OMS ha stimato recentemente in 22 miliardi di euro l'anno.

In base al rapporto annuale dell'Istat, le fasce d'età più a rischio sono gli ultrasessantacinquenni, i giovani fra 18-24 anni e gli adolescenti (11-17 anni). Quasi la metà dei ragazzi (43,8%) e circa un terzo delle ragazze (35,3%) tra i 14 e i 20 anni dichiara di consumare bevande alcoliche nel corso dell'anno, ma il 14,4% dei maschi e il 5,6% delle femmine ammette di aver consumato oltre 6 unità alcoliche in una singola occasione (il cosiddetto *binge drinking*).

È elevato tra i giovani il numero di morti e feriti negli incidenti stradali, che si stimano correlati all'alcol in percentuali variabili a seconda della fonte (nel 2007, 29.672 feriti di 30-34 anni e 432 morti di 25-29 anni). Gli incidenti stradali causati da abuso di alcol hanno registrato quasi 2000 casi in più tra il 2006 e il 2007, nonostante la diminuzione del

totale degli incidenti (Dati Osservatorio Nazionale Alcol, ONA-CNESPS dell'ISS).

Costi e politiche di contrasto

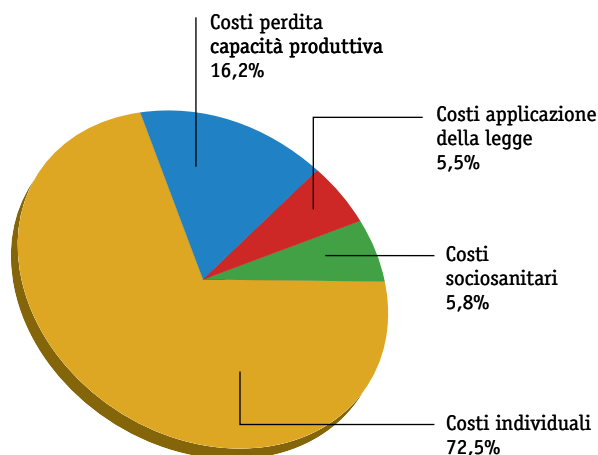
La discussione sugli oneri socioeconomici della dipendenza è ovviamente complicata, anche in considerazione della varietà dei fenomeni che la compongono e della continua evoluzione del concetto stesso di dipendenza.

Secondo la Relazione annuale al Parlamento 2012 sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia, i costi sociali per il consumo di sostanze stupefacenti, che includono i costi stimati nel 2011 per l'acquisto di sostanze, i costi per l'applicazione della legge, i costi sociosanitari e i costi per la perdita di produttività ammonterebbero ad almeno 28,5 miliardi di euro, pari all'1,8% del Pil.

Il costo medio imputabile all'acquisto di sostanze, anche se difficilmente quantificabile, viene stimato attorno ai 20,7 miliardi di euro. I costi derivanti dalla perdita di produttività costituiscono la seconda voce di costo, pari a 4,6 miliardi di euro, di cui il 66,1% per la produttività in senso stretto, il 12% per morte prematura e il 22,2% per incidenti stradali. I costi imputabili alle attività di contrasto ammontano a circa 1,6 miliardi di euro, di cui quasi la metà erogata per la detenzione e poi, in misura inferiore, per le attività delle forze dell'ordine e per quelle dei tribunali. Infine, i costi sociosanitari ammontano a 1,65 miliardi di euro, di cui il 37,7% per la cura delle patologie correlate, il 41,8% per l'assistenza presso i servizi per le dipendenze e il 13,6% per le strutture socioriabilitative (Figura 2).

Per quanto riguarda il GAP, secondo le informazioni fornite dal Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL T03, se è vero che lo Stato potrebbe incassare quest'anno 8 miliardi di euro grazie alle tasse versate dai concessionari dei giochi, si stimano in una cifra compresa tra i 5,5 e i 6,6 miliardi di euro annui i costi sociali e sanitari che il GAP comporta per la collettività. A questi vanno aggiunti 3,8 miliardi di euro di mancato versamento dell'Iva, nel caso in cui i 18 miliardi di euro sul fatturato complessivo, che non tornano ai giocatori in forma di montepremi, fossero spesi in altri consumi. Ma ci sono anche costi non facilmente stimabili, da riferire all'aggravarsi di fenomeni socialmente rilevanti fra cui le infiltrazioni mafiose nei giochi, la crescita del ricorso all'usura, il

Distribuzione dei costi sociali per macrocategoria



peggiore delle condizioni delle persone più fragili e povere, l'incremento delle separazioni e dei divorzi, l'aumento impressionante di giocatori tra i minorenni.

A fronte dei costi sociali, particolarmente interessante è la valutazione dei benefici economici derivanti da una efficace azione socio-sanitaria e che riguardano da un lato il risparmio imputabile al mancato acquisto delle sostanze e, dall'altro, il reddito da lavoro dei soggetti riabilitati e quindi nuovamente inseriti nella produzione, complessivamente valutabili nell'ordine di almeno 6 miliardi di euro.

Di qui il crescente impegno nelle politiche di contrasto alle dipendenze sia da parte dello Stato, attraverso la messa a punto del Piano Nazionale Antidroga 2010-2013, sia delle Regioni che hanno ultimamente incrementato in modo sensibile (+60% nel 2011) gli investimenti finanziari nel settore della prevenzione, con una graduatoria che vede in testa Toscana, Lombardia, Emilia-Romagna e Lazio.

Le azioni previste consistono essenzialmente in interventi per:

- la prevenzione e la promozione di progetti personalizzati adeguati al reinserimento lavorativo, formativo e sociale delle persone con problemi di dipendenza;
- la realizzazione di servizi di pre-accoglienza, accoglienza, e di forme di auto-mutuo-aiuto;
- l'assistenza domiciliare integrata per situazioni cronicizzate per le quali risulta necessario un accompagnamento permanente;
- la diffusione sul territorio di servizi socio-sanitari di primo intervento, come i centri di ascolto, le unità di strada, i servizi a bassa soglia, ed i servizi di consulenza e di orientamento;

e. la realizzazione coordinata di programmi e di progetti sulle dipendenze al fine soprattutto di diffondere la consapevolezza delle nocività delle sostanze stupefacenti, con programmi specifici nelle scuole di ogni ordine e grado.

Del resto, dati elaborati recentemente negli USA confermano che per ogni dollaro investito nei programmi di trattamento della dipendenza si risparmiano 4-7 dollari in termini di riduzione di fenomeni criminosi legati all'abuso di sostanze, 3-5 dollari per minor ricorso ai dipartimenti di emergenza, 7 dollari in termini di aumentata produttività lavorativa dei soggetti coinvolti e 4 dollari in termini di risparmio sulle spese del welfare per i figli di madri tossicodipendenti.

Giancarlo Bausano

Asl Roma B

BIBLIOGRAFIA

Addiction research: national imperative recommendations for the presidential transition team
 Nov 2008. http://www.cpdd.vcu.edu/Pages/Index/Index_PDFs/TransitionPaperOctober20081.pdf

Amato L, Pani PP (a cura di), **Tossicodipendenza Una guida alle basi razionali del trattamento**
 Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2013

Dell'Osso B, Senza limiti
Gioco, internet, shopping a altri disturbi del controllo degli impulsi
 Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2013

DSM-IV-TR
Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali
 Text revision, ICD-10/ICD-9-CM, Elsevier 2001

Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni
 Rapporto Istisan 2013. http://www.iss.it/binary/publ/cont/13_3_web.pdf

Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) - Piano di Azione Nazionale 2013-2015
http://www.dronet.org/pubblicazioni_new/publ_det.php?id=691

Lines LM
The economic impact of addiction, March 2011
<http://www.slideshare.net/llines/economic-impact-of-addiction>.

McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD
Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation
 JAMA 2000; 284:1689-95

Schema di piano sanitario nazionale 2011-2013
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1454_allegato.pdf

Sintesi del report nazionale sull'uso di sostanze stupefacenti e sullo stato delle tossicodipendenze in Italia
http://www.camera.it/_dati/leg17/lavori/documentiparlamentari/IndiceETesti/030/001/00000001.pdf

Testino G
Alcol: bugie e verità
 Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2013