



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE
DSS
DIPARTIMENTO DI
SCIENZE DELLA SALUTE



FONDAZIONE
CASSA DI RISPARMIO
DI PISTOIA E PESCIA



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE
DSPS
DIPARTIMENTO DI
SCIENZE POLITICHE
E SOCIALI

rapporto di ricerca

IL GIOCO D'AZZARDO

COME PATOLOGIA SOCIALE NEL TERRITORIO PISTOIESE



SEMINARIO DI STUDI PROMOSSO
DALL'UNITÀ DI RICERCA
SULLE NUOVE PATOLOGIE SOCIALI
DELL'UNIVERSITÀ DI FIRENZE

23 GIUGNO 2015 | PISTOIA
FONDAZIONE CASSA DI RISPARMIO DI PISTOIA E PESCIA
PALAZZO DE' ROSSI, VIA DE' ROSSI, 26 | ORE 16:00
SALA DELLE ASSEMBLEE

**IL GIOCO D'AZZARDO COME
PATOLOGIA**

NEL TERRITORIO PISTOIESE:

Analisi del fenomeno e strategie di intervento

GRUPPO DI RICERCA:

Lucia Ponti

Annalisa Ilari

Alessio Gori

Franca Tani

Massimo Morisi

RESPONSABILI SCIENTIFICI:

Franca Tani – Ordinario di Psicologia dello sviluppo presso il Dipartimento di Scienze della salute dell'Università di Firenze

Massimo Morisi – Ordinario di Scienza politica e dell'amministrazione presso il Dipartimento di Scienze politiche e sociali dell'Università di Firenze

<u>INTRODUZIONE</u>	9
DA SOCIAL GAMBLER A PATHOLOGICAL GAMBLER: LA CARRIERA DI UN GIOCATORE	12
CRITERI PER DIAGNOSTICARE IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO	18
LA DIFFUSIONE DEL GIOCO D'AZZARDO IN ITALIA ED IN TOSCANA	22
UNA MAPPATURA DELLE CRITICITÀ E DELLE RISPOSTE PUBBLICHE	24
OBIETTIVI E PIANO DELL'INDAGINE	25
<u>PRIMA PARTE: ANALISI DELLE CARATTERISTICHE DEL FENOMENO DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO NEL TERRITORIO PISTOIESE</u>	29
STUDIO 1 – LA DIFFUSIONE DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO	31
<i>INCIDENZA DEL FENOMENO DEL GIOCO D'AZZARDO</i>	34
<i>GIOCO D'AZZARDO E ALTRI TIPI DI DIPENDENZA</i>	35
<i>TIPI DI GIOCO D'AZZARDO PRATICATI</i>	37
<i>ATTEGGIAMENTI E COMPORTAMENTI LEGATI AL GIOCO D'AZZARDO</i>	41
2. STUDIO 2 - LE CARATTERISTICHE PERSONALI DEL GIOCATORE PATOLOGICO	44
<i>GIOCO D'AZZARDO E CARATTERISTICHE DI PERSONALITÀ</i>	51
<i>GIOCO D'AZZARDO E DISTORSIONI COGNITIVE</i>	53
<i>GIOCO D'AZZARDO E IMPULSIVITÀ</i>	55
<i>ANSIA E DEPRESSIONE</i>	56
3. STUDIO 3 - DESCRIZIONE DEI SERVIZI CHE OPERANO NEL TERRITORIO PISTOIESE	63
<i>IL SERVIZIO PUBBLICO SVOLTO DALL'AZIENDA USL 3</i>	64
<i>IL SERVIZIO OFFERTO DAL GRUPPO INCONTRO SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE: L'"ALTRO AZZARDO"</i>	65
<i>IL CENTRO DI SOLIDARIETÀ (CEIS)</i>	66

<u>PARTE SECONDA: ESPERIENZE E MODELLI SUL GIOCO D'AZZARDO</u>	67
INTRODUZIONE	69
1. LE ESPERIENZE DI PRESA IN CARICO IN ITALIA E ALL'ESTERO	70
<i>L'ESPERIENZA DEI SERVIZI ALL'INTERNO DEL TERRITORIO PISTOIESE</i>	72
<i>ALTRE ESPERIENZE IN ITALIA</i>	76
<i>SERVIZIO PUBBLICO: SER.T</i>	76
ALCUNI ESEMPI DI ESPERIENZE ESTERE	86
2. LA PREVENZIONE DEL GIOCO D'AZZARDO	89
3. MODELLI ESPLICATIVI DEL GIOCO D'AZZARDO	93
<i>I PARADIGMI</i>	93
<i>TEORIA BIOLOGICA</i>	94
<i>MODELLO PSICODINAMICO</i>	95
<i>TEORIA DELL'APPRENDIMENTO</i>	96
<i>TEORIA COGNITIVA</i>	97
<i>MODELLO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE</i>	98
I MODELLI INTEGRATI	99
4. VERSO L'IPOTESI DI UN METAMODELLO PER LA COMPrensIONE, IL MANTENIMENTO E IL TRATTAMENTO DEL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO	108
<u>...PER CONCLUDERE. OVVERO, ALLA RICERCA DI UNA TEORIA GENERALE</u>	111
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	118

INTRODUZIONE

Il gioco d'azzardo costituisce oggi un fenomeno poliedrico, particolarmente evidente nella sua multiversa complessità in quei territori che vi risultano storicamente più esposti come la provincia pistoiese. I dati sul problema del gioco d'azzardo patologico in Toscana, con particolare attenzione al bacino d'utenza, forniti nel 2009 dall'*Agenzia Regionale di Sanità della Toscana* mostravano che nell'area pistoiese la prevalenza del fenomeno si aggira intorno all'11% (vedi Figura I).

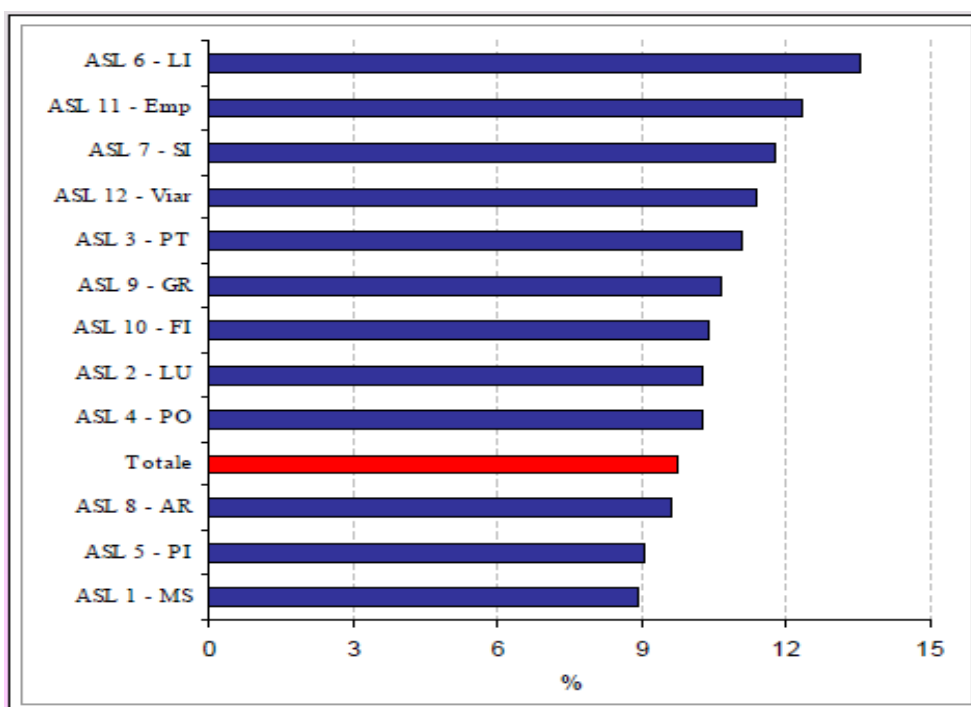


Figura I - Distribuzione (%) per ASL dei soggetti con problemi di gioco d'azzardo

(Fonte: *Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 2009*)

Le rilevazioni del 2011 hanno mostrato un importante incremento, in particolare nelle provincie di Pistoia (13%) e di Massa (13%). Per quanto riguarda i giovani, gli indici di prevalenza restituiscono un quadro simile al resto del paese, con una preoccupante tendenza al rialzo. È emerso che ben il 9,8% del totale del campione (studenti) ha un problema con il gioco (Figura II) e, circa 18.200 adolescenti rischiano di diventare dipendenti da gioco d'azzardo in futuro. La differenza tra maschi e femmine, in questo caso, è molto elevata: maschi 16,3%, femmine 3,1%.

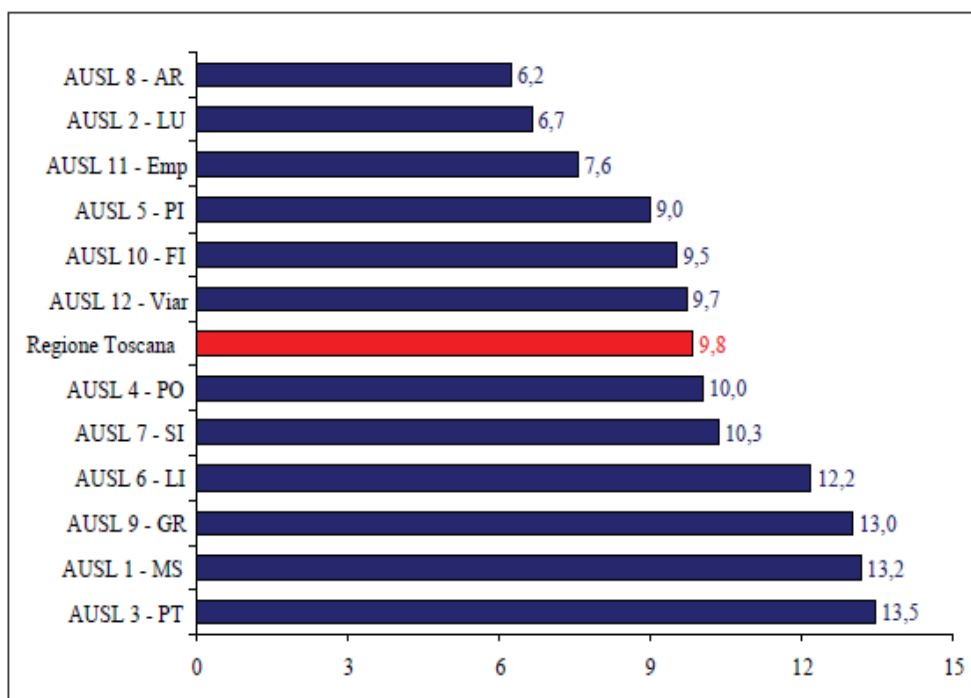


Figura II - Distribuzione percentuale per AUSL di residenza dei soggetti risultati positivi al Lie/Bet – Indagine EDIT 2011

(Fonte: ARS Toscana, 2012)

La provincia dove si registra la maggior concentrazione di ragazzi con gioco d'azzardo problematico è Pistoia, quelle dove è minore sono

Arezzo e Lucca. Il profilo medio del giovane con gioco problematico che emerge da tale indagine è il seguente: maschio, frequenta un istituto professionale, spesso fumatore o consumatore di sostanze, incorre più spesso in episodi di *Binge-drinking* e bullismo ed ha un livello di disagio psicologico più alto del non giocatore. Si ha quindi un complesso quadro di co-occorrenza che, già dall'esordio in giovane età, contraddistingue il gioco problematico.

Analizzare le dinamiche che favoriscono l'insorgenza del problema per approntare strategie di cura e prevenzione implica l'interconnessione tra analisi e competenze di natura psicologica, sociale, economica, giuridica e adeguate e non convenzionali politiche dei servizi. Di qui la necessità di un'azione interdisciplinare che ne consideri congiuntamente i diversi profili al fine di meglio intervenire sul fenomeno e contestualizzare con efficacia le possibili strategie di trattamento.

E' questa una necessità notoria ma largamente insoddisfatta. Tant'è che è stata ulteriormente ribadita, proprio con riferimento al territorio pistoiese, in un recente seminario promosso dall'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani (Anci) in collaborazione con il Comune di Monsummano Terme, su "Ludopatie e territorio dopo il decreto Balduzzi" - (Monsummano Terme, 21 giugno 2013) -, ove è stato evidenziato il cospicuo ritardo di un'azione conoscitiva e coerentemente strategica a fronte della pericolosità sociale del fenomeno in parola nel contesto del territorio dell'area provinciale pistoiese.

Per tale ragione, la ricerca che abbiamo condotto si configura come un intervento che utilizza la collaborazione tra competenze disciplinari diverse e strumenti analitici distinti ma correlati, che ne garantiscono la fattibilità sulla base di una responsabilità scientifica plurale e integrata,

che vede la collaborazione del Dipartimento di Scienze della salute dell'Università di Firenze e del Dipartimento di Scienze politiche e sociali dell'Università di Firenze.

DA SOCIAL GAMBLER A PATHOLOGICAL GAMBLER: LA CARRIERA DI UN GIOCATORE

Il gioco d'azzardo può essere definito come lo scommettere su ogni tipo di gioco o di evento ad esito incerto dove il caso, in grado variabile, determina l'esito (Bolen & Boyd, 1968); si tratta di una attività in cui il giocatore non ha alcuna possibilità di influire sul risultato del gioco ed in cui vengono investiti dei soldi o altri beni (Puppo & Scelfo, 2010). Per usare un'espressione nota, il gioco d'azzardo è un "rifugio della mente" (Steiner, 1993): un'occasione per costruire una realtà parallela e alternativa a quella quotidiana; un luogo mentale, ma anche un luogo dalle precise dimensioni spazio-temporali, cui si ricorre per sentirsi liberi dai vincoli della vita quotidiana, dalle fatiche e dai principi di realtà (Lavanco, 2001). E' la scommessa stessa ad essere un rifugio della mente: la possibilità di inventare il proprio futuro, lo spazio immaginario in cui poter creare il mondo che si desidera; il ricorso transitorio al rifugio consente di neutralizzare i disagi della vita quotidiana, di controllarli ed elaborarli (Lavanco, 2001).

La rilevante crescita del numero di giocatori d'azzardo dimostra tuttavia la presenza di altre funzioni del gioco. Esso risponde, infatti, ad un bisogno di socializzazione e funge da antidoto illusorio alle ingiustizie sociali. Attraverso la funzione simbolica dell'abolizione nel gioco delle differenze e delle ingiustizie e mediante la soddisfazione di bisogni di sfida e di disprezzo per la vita di *routine* che il gioco può altrettanto illusoriamente comportare, esso diviene uno strumento per

compensare il malessere individuale e sociale (Goffman, 1971). Non a caso il volume del gioco aumenta in presenza di forti crisi sociali (Imbucci, 1997) e rappresenta spesso anche un'alternativa all'azione costruttiva per accedere al reddito (Fiasco, 2001).

Se dunque è ancora sostenibile che per la maggior parte delle persone il gioco d'azzardo rappresenta solo un passatempo, è altrettanto vero, tuttavia, che esso rappresenta per una quota crescente di popolazione una vera e propria malattia, definita appunto "gioco d'azzardo patologico".

E' infatti possibile e necessario distinguere tra "gioco sociale" e "gioco patologico". Il *social gambler* è colui che gioca occasionalmente in base anche all'entità del denaro posseduto. Greenberg (1980) ha proposto alcune caratteristiche in grado di identificare tale tipo di giocatore. Tra queste emergono: il desiderio di rilassarsi, l'incentivo del guadagno senza fatica, il piacere che deriva dalla stimolazione di varie funzioni dell'ego e l'attrazione per il rischio. Custer (1982) sostiene inoltre che il giocatore sociale, a differenza di quello patologico, può smettere in qualunque momento di giocare, dal momento che nessuno dei suoi valori personali è legato alla vincita o alla perdita e sono altri, rispetto al potere del gioco, gli aspetti della vita che egli sente come più importanti e gratificanti. Il *social gambler* è cioè quel tipo di giocatore motivato al gioco più da un desiderio di passatempo e di divertimento che dalla necessità di soddisfare bisogni conflittuali di tipo inconscio, come avviene al contrario nel caso del *pathological gambler* (Dickerson, 1984). Sia consciamente che inconsciamente il *social gambler* gioca per vincere e di conseguenza tiene in grande considerazione gli aspetti di realtà e non è vittima di sentimenti di onnipotenza. Per queste ragioni è

possibile per lui limitare le perdite abbandonando il gioco in caso di perdita e fermarsi quando sta vincendo.

Questa capacità differenzia principalmente il *social gambler* dal *pathological gambler* (Custer, 1984). Quest'ultimo è motivato al gioco soprattutto da una soddisfazione indiretta di componenti libidiche e aggressive che lo spingono compulsivamente al gioco; è caratterizzato da maggiori sentimenti di colpa per le vincite, con un'incapacità di fermarsi in caso di vittoria e un desiderio inconscio di perdere, per cui è incapace di smettere di giocare anche quando sta perdendo (Bolen & Boyd, 1968). Sta qui l'intrinseca conflittualità inconsapevole che connota il giocatore patologico.

Vi è ampio accordo tra gli studiosi e nella letteratura internazionale circa il definire i diversi livelli del gioco e le conseguenti tipologie di giocatori d'azzardo

- a seconda della natura del loro comportamento di gioco e della presenza o meno di problemi "azzardo-correlati",
- a seconda del loro numero e
- a seconda della loro gravità (Lavanco, 2001).

Le indagini finora condotte concordano nel ritenere che i vari livelli di gioco non rappresentano categorie a se stanti, ma punti di un unico *continuum* che va dai giocatori compulsivi con sindrome da dipendenza, ai giocatori che non manifestano simili patologie. In molti casi, infatti, i giocatori non giungeranno mai ad esperire gli aspetti problematici connessi al gioco d'azzardo patologico. Tuttavia, alcuni di loro svilupperanno un comportamento di gioco che potrà distruggere la loro vita. Pertanto, è possibile individuare nel gioco d'azzardo almeno tre livelli fondamentali:

- quello *sociale*,

- quello *problematico*,
- quello *patologico* (Lavanco, 2001).

A questo proposito Alonso-Fernandez (1999) articola ulteriormente queste categorie distinguendo tra:

- il *giocatore sociale*: colui che è spinto da “spirito ricreativo” e mantiene un controllo tale per cui il gioco non interferisce col funzionamento normale della sua vita;

- il *giocatore problematico*: colui che ricorre a qualsiasi mezzo pur di vincere, non accetta le perdite e può reagire in modo violento;

- il *giocatore patologico leggero*: in questo caso il gioco è spinto da una patologia sottostante, spesso uno stato depressivo;

- il *giocatore patologico dipendente*: colui che ha sviluppato una vera e propria dipendenza nei confronti del gioco. In tale tipo di giocatore eventuali fenomeni di comorbilità sono una conseguenza della dipendenza primaria.

Come abbiamo visto è molto difficile stabilire una netta demarcazione tra giocatore sociale e giocatore patologico. Custer (1984) ha elaborato uno schema che può aiutare a comprendere l'evoluzione della “carriera del giocatore”, inquadrando le diverse fasi di sviluppo e considerando il gioco patologico come punto di arrivo di una lunga evoluzione in cui entra in azione una gran quantità di variabili.

La prima fase di incontro con il gioco è definita *fase vincente*, caratterizzata da gioco occasionale, prevalentemente consumato in compagnia di amici e familiari. E' questa la fase durante la quale si gioca soprattutto per passare il tempo e per divertirsi; dura generalmente dai tre ai cinque anni, periodo durante il quale i giocatori vincono più spesso di quanto perdano (Lavanco & Varveri, 2002). In questa fase si verifica, di solito, una grossa vincita che rafforza nel giocatore la convinzione di

essere più abile degli altri e di avere le carte in regola per diventare un “giocatore professionista”, sviluppando così fantasie di vittoria (Croce, Lavanco, & Varveri, 2001). In questa prima fase i giocatori si illudono di poter tranquillamente controllare il gioco e di poterne evitare le conseguenze negative, traendone solo piacere (Guerreschi, 1999). I vissuti connessi a questa fase, portano i giocatori ad investire sempre più tempo e denaro nelle loro attività di gioco. Quando ciò si verifica ha inizio la *fase perdente* che dura mediamente oltre cinque anni (Lavanco 2001). E' la fase in cui si comincia a perdere e i giocatori iniziano ad attribuire la colpa di ciò ad un periodo sfortunato, e sono continuamente alla ricerca di un'altra grande vincita. Subentra, allora, la terza fase detta *inseguimento della perdita*: il giocatore torna spesso a scommettere nel tentativo di recuperare il denaro perduto precedentemente (Lavanco 2001). A causa del pressante bisogno di denaro, inizia a chiedere prestiti a familiari ed amici, spesso mentendo sui veri motivi della sua richiesta. Indebitandosi, continua a scommettere sempre più pesantemente, tanto da perdere il controllo di sé e della situazione (Lavanco & Varveri, 2001). Questo segna il passaggio alla quarta fase, detta *fase della disperazione*, nella quale il giocatore ha totalmente perso il controllo, diviene sempre più psicologicamente e fisicamente esaurito e nel suo comportamento possono fare la loro comparsa attività illegali (Lavanco, 2001). La persona è dominata dal bisogno imperioso di giocare ed intravede generalmente solo quattro vie d'uscita: il suicidio, la fuga, la carcerazione o la richiesta d'aiuto (Guerreschi, 2000).

La fase cruciale, però, è data dalla *perdita della speranza*, durante la quale si possono verificare crisi coniugali, divorzi e problemi con la giustizia; per l'intero nucleo familiare la situazione risulta sempre più

difficile ed il giocatore, pur ostentando sicurezza, prova momenti di panico che placa solo attraverso il gioco. In questa fase il soggetto è ad alto rischio di suicidio (Lavanco, 2001).

L'atteggiamento esteriore del giocatore è di attribuzione della colpa a tutti tranne che a se stesso, per la situazione nella quale si trova. Interiormente, invece, si dibatte in una situazione di estrema angoscia, sente che deve giocare perché è l'unico modo a sua disposizione per alleviare le sofferenze e per potersi "sentire in azione" (Imbucci, 1997). Solo dopo aver "toccato il fondo", cerca di uscirne con l'aiuto di persone esterne e attraversa altre tre fasi che potrebbero portarlo alla guarigione.

Tre fasi che possiamo sintetizzare come segue:

La prima, detta *fase critica*, ha inizio nel momento in cui il giocatore patologico decide di chiedere aiuto per uscire dalla sua drammatica situazione. Segue la *fase della ricostruzione*, nella quale si tenta di riparare ai danni economici ed affettivi procurati alla famiglia e a se stesso. Infine, il terzo stadio è costituito dalla *fase della crescita*, caratterizzato dalla riabilitazione che porterà alla guarigione (Lavanco, 2001).

Alle fasi di Custer, Rosenthal (1987) ha aggiunto la cosiddetta *fase senza speranza o fase di resa*, che descrive i percorsi di coloro che non riescono a incamminarsi verso il superamento della condotta di gioco patologico; si tratta di giocatori che non credono più nella fantasia della grande vincita, giocano con trascuratezza e con l'unico obiettivo di "sentirsi in azione".

Quello che conduce ad un gioco patologico, dunque, è un processo lento ed insidioso caratterizzato da fasi diverse, anche se non da tappe obbligatorie ed inevitabili di un percorso, poiché non tutte le persone

che attraversano le prime fasi sono, necessariamente, destinate a diventare giocatori patologici (Lavanco, 2001). Anche se sono, nella realtà della vita collettiva e delle sue risultanze statistiche, socialmente a rischio.

CRITERI PER DIAGNOSTICARE IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Il gioco d'azzardo patologico è stato riconosciuto come disturbo psichiatrico in tempi molto recenti. Un punto di svolta è costituito dal 1980, quando l'*American Psychiatric Association* lo inserì nella terza edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM III) inquadrandolo come una nuova categoria diagnostica e, quindi, come disturbo a se stante. Nella versione successiva del manuale, il DSM IV-TR (2000), il Gioco d'azzardo patologico viene classificato tra i Disturbi del Controllo degli Impulsi Non Altrimenti Specificati e risulta definito come un "comportamento persistente, ricorrente e maladattivo che compromette le attività personali, familiari o lavorative". Il quadro complessivo delineato nel DSM-IV-TR è quello di una perdita di controllo nel comportamento di gioco che conduce ad una catena di perdite e ad una progressiva pervasività del gioco nella vita del soggetto. In altre parole, i giocatori patologici sanno che il loro comportamento compromette, distrugge o danneggia le loro relazioni personali, familiari e lavorative, ma ciò nonostante sono progressivamente e cronicamente incapaci di resistere all'impulso di giocare, ed è proprio questo ciò che crea dipendenza (Lavanco & Varveri, 2002).

Anche questa collocazione non è stata tuttavia universalmente condivisa. Numerosi autori (Petry, 2008; Prakash, Avasthi, & Benegal, 2012; Freimuth, 2012; Jazaeri & Bin Habil, 2012) hanno criticato

l'eccessiva rigidità dei criteri diagnostici proposti. Inoltre, la collocazione del gioco d'azzardo patologico fra i Disturbi degli impulsi non poteva più essere sostenuta alla luce dei numerosi lavori che avevano documentato la scarsa correlazione tra impulsività e gioco patologico e sottolineato invece la correlazione tra questa patologia e le dipendenze, con caratteristiche comuni quali la tolleranza, l'astinenza e la perdita di controllo (Denis, Fatseas, & Auriacombe, 2012).

Sulla base di tutte queste considerazioni, nell'ultima versione del manuale, il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5* (2013), il gioco d'azzardo patologico (*Gambling Disorder*) viene considerato come una vera e propria *addiction* e inserito, quale unica dipendenza comportamentale, nella categoria delle Dipendenze e disturbi ad esse correlati, che include anche i Disturbi legati all'abuso di Alcool e di Sostanze. Inoltre i criteri diagnostici vengono ridotti a nove, rispetto ai dieci del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR*, in quanto è stato eliminato il criterio relativo agli atti illegali, considerato ininfluenza a fini diagnostici (Petry, Blanco, Stinchfield, & Volberg, 2012). Per procedere alla diagnosi è necessario che siano soddisfatti almeno quattro criteri (vedi Figura III).

CRITERIO A) Persistente e ricorrente comportamento di gioco d'azzardo mal adattivo, come indicato da cinque o più dei seguenti sintomi, secondo cui l'individuo:

- 1) è spesso assorbito dal gioco d'azzardo;
- 2) ha bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata;
- 3) ha ripetutamente tentato con insuccesso di controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;
- 4) è irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;
- 5) gioca d'azzardo per alleviare un umore disforico;
- 6) dopo aver perso denaro al gioco, spesso torna un altro giorno per giocare ancora;
- 7) mente ai familiari, al terapeuta, o ad altri per nascondere l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo;
- 8) ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro o opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo;
- 9) fa affidamento su altri per reperire il denaro per alleviare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo;

CRITERIO B) Il comportamento di gioco d'azzardo non è meglio giustificato da un episodio maniacale.

Figura III–Criteri diagnostici del Gioco d'azzardo patologico secondo il DSM-V (2013)

La maggior parte degli autori che hanno indagato il versante patologico del gioco d'azzardo, sono concordi nell'affermare che la caratteristica dominante dei soggetti che ne sono affetti è quella di essere sopraffatti da un'incontrollabile brama di giocare (Lavanco, 2001; Moran, 1975). A tal proposito si sottolinea che il giocatore compulsivo non gioca per il guadagno ma per il piacere che gli deriva dal giocare.

Negli ultimi anni ha cominciato a farsi strada anche l'ipotesi che tra gioco d'azzardo patologico e abuso di sostanze ci siano delle evidenti interconnessioni: bere, usare droghe, abusare della rete, giocare d'azzardo sono forme di dipendenza assimilabili e, per certi aspetti, sovrapponibili. Non a caso, tra le caratteristiche del gioco d'azzardo

patologico troviamo sintomi di tolleranza, astinenza e *craving*, tipici anche della dipendenza da sostanze e dell'alcolismo (Croce, 2002).

Fin dal lontano 1970 Moran aveva elaborato l'ipotesi che il gioco d'azzardo potesse essere causato da una "dipendenza psicologica di tipo morboso", e dieci anni più tardi Custer (1982) aveva rimarcato la somiglianza riscontrata tra i giocatori e le persone dedite all'uso di droga, all'interno dei programmi di trattamento e degli incontri dei Giocatori Anonimi. Cancrini (1996) ha inoltre rinforzato tale posizione sottolineando come per il giocatore d'azzardo ciò che conta realmente è l'azione, uno stato di euforia e di eccitazione paragonabile a quello indotto dalla cocaina e dalle altre droghe.

Il quadro complessivo che viene delineato nel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*, e anche nel DSM 5, è comunque, quello di una perdita di controllo nel comportamento di gioco che conduce ad una catena di perdite e a una progressiva pervasività del gioco nella vita del soggetto. In definitiva, i giocatori patologici sanno che il loro comportamento compromette, distrugge o danneggia le loro relazioni personali, matrimoniali, familiari e lavorative; tuttavia sono cronicamente e progressivamente incapaci di resistere all'impulso di giocare, ed è questo ciò che crea dipendenza (Lavanco & Varveri, 2002). Giocano per molto tempo e ad alta frequenza, investono molti soldi e molte energie nel gioco e preferiscono i giochi più veloci, cioè quelli dai quali possono ricevere un feedback con il minor tempo di attesa possibile (*slot machines*) (Lavanco, 2001).

LA DIFFUSIONE DEL GIOCO D'AZZARDO IN ITALIA ED IN TOSCANA

Quella del gioco d'azzardo è la quinta industria in Italia dopo Fiat, Telecom, Enel e Ifim (www.dire.it). Se si analizza la spesa procapite, l'Italia ha il primato mondiale delle spese per il gioco d'azzardo con una media di oltre 500 euro a persona (www.dire.it). Un dato complessivo imputabile soprattutto al fatturato del "Gratta e Vinci" e all'aumento del 22% delle *New Slot* presenti perlopiù in bar, circoli ricreativi e sale giochi (www.dire.it).

Già alla fine del 2004 l'Italia si collocava al terzo posto fra i paesi che giocano di più al mondo, preceduta solo da Giappone e Regno Unito. Grave è la compromissione sociale e finanziaria sui prestiti usuranti: fra il 2005 e i 2010 l'Ufficio Antiracket e Antiusura del Ministero dell'Interno ha visto un aumento del 165% delle istanze di accesso al fondo di solidarietà di vittime dell'usura, con un aumento di denuncia per usura anche in Regioni prima non considerate a rischio, fra cui l'Emilia, la Lombardia, la Toscana, e molti casi vedono il gioco d'azzardo fra le cause e concause di tali richieste di aiuto (www.cesda.net).

Per quanto concerne l'incidenza del gioco d'azzardo patologico in Italia, essa varia dall'1% al 3% della popolazione complessiva: il numero dei giocatori patologici nel nostro Paese si aggira tra gli 800.000 ed 1 milione. L'85% di questi sono maschi anche se è in forte aumento la presenza di tale patologia nel mondo femminile (www.cesda.net). L'andamento di tale disturbo nella sola Regione Toscana vede dati che non si discostano da quelli della media nazionale: tra la popolazione di età compresa tra 18 e 74 anni i giocatori patologici risultano essere dall'1% al 3%. Un dato interessante riguarda le fasce giovanili (età inferiore ai 18 anni) dove l'incidenza della patologia parrebbe aumentare oscillando addirittura tra il 3% ed il 5% (www.cesda.net).

Il crescente aumento di casi tra i giovani è imputabile alla possibilità ormai diffusa di accedere da casa a casinò virtuali, oppure a siti per scommettitori. L'adolescente che accidentalmente si trovi collegato a questi siti, può liberamente entrarvi dichiarando un'età maggiore di quella effettiva. In questo modo il giovane può giocare liberamente da casa senza chiedere ogni volta il permesso per uscire ai genitori (Petry, 2008).

Gli studi rivelano la presenza di patologie da gioco d'azzardo o da altre dipendenze alcool-correlate in componenti della stessa famiglia. Risulta inoltre elevata la comorbilità del gioco d'azzardo con problemi e dipendenza da alcool e/o da droghe e con disturbi depressivi e di ansia (www.cesda.net). Una percentuale che varia dal 25% al 73% dei giocatori d'azzardo patologici possiede un'altra dipendenza: in una misura compresa tra il 9% il 16% dei soggetti dipendenti da alcool o da sostanze si riscontrano anche dipendenze da gioco (www.cesda.net)

In generale possiamo affermare che l'aumento dell'incidenza del gioco d'azzardo patologico in Italia è dovuto sia al forte aumento della pressione di modelli e stili di vita improntati al facile ed esibito arricchimento, alla conseguente influenza esercitata da messaggi pubblicitari che incitano a "giocare per vincere facilmente ed arricchirsi", sia alla maggiore disponibilità di accesso a giochi d'azzardo: più alta è la disponibilità di gioco e più alto il rischio della dipendenza.

Esiste infatti una:

- *diffusione nello spazio*: tanti punti di gioco ovunque;
- *vicinanza e familiarità*: il negozio sotto casa, il bar dove prendo il caffè, il tabaccaio dove compro le sigarette, il circolo dove incontro gli amici, la mia abitazione attraverso telefonino o computer, le nuove tipologie di sale giochi che forniscono molteplici

e attrattivi servizi sia supplementari che alternativi, tanto per l'individuo quanto per i gruppi familiari;

- *facilità del contatto*: nessun biglietto d'ingresso richiesto o esibizione di documenti all'entrata, bastano solo poche monetine per iniziare e alcuni casinò *on-line* regalano addirittura 500 euro per iniziare a giocare, ma la riscossione della vincita è molto complicata;
- *giocare con moneta elettronica e a debito*: questo provoca una scarsa sensazione dell'entità della cifra che si sta giocando;
- *legalità*: la conclamata legalità di molti giochi d'azzardo sulla piazza ha avuto come risultato di far avvicinare al gioco e alla dipendenza persone che mai frequenterebbero bische o casinò;
- *disponibilità nel tempo*: esercizi commerciali con ampi orari di apertura quotidiana, gioco *on-line* 24 ore su 24, breve intervallo tra una giocata e l'altra, tutti fattori che permettono molte giocate in un breve lasso di tempo;
- *semplicità del gioco*: giocare è facilissimo, non servono particolari o complesse (Puppo & Scelfo, 2010).

UNA MAPPATURA DELLE CRITICITÀ E DELLE RISPOSTE PUBBLICHE

Nonostante le notevoli dimensioni che il gioco d'azzardo patologico sta sempre più assumendo negli ultimi anni anche nella nostra regione e nonostante la molteplicità dei fattori che, come abbiamo visto, risultano implicati nell'insorgenza e nel mantenimento di tale fenomeno, manca ad oggi una "mappatura", se non regionale, almeno sulla scala di un'area vasta come quella del territorio pistoiese in grado di offrire una visione chiara ed esaustiva dell'incidenza di tale patologia in una parte essenziale del territorio toscano. E' un'esigenza di

intervento analitico e conoscitivo che riguarda, in particolare, le diverse tipologie dei giocatori d'azzardo e le loro specifiche caratteristiche psicologiche e psicopatologiche. Occorre inoltre conoscere compiutamente le differenti modalità di intervento attraverso le quali le varie strutture pubbliche e associative deputate al trattamento di tale patologia accolgono la richiesta di aiuto dei giocatori patologici e dei loro familiari; i diversi e specifici percorsi di cura che sono stati attivati al loro interno; e, infine, l'efficacia degli interventi che vengono messi in atto.

OBIETTIVI E PIANO DELL'INDAGINE

A partire da quanto precedentemente detto, la ricerca che abbiamo condotto si è ispirata al modello della *action-research* e si è pertanto proposta la duplice finalità di *conoscere per intervenire*, ovvero per mettere a punto efficaci interventi di carattere preventivo e riabilitativo.

L'indagine si è svolta all'interno di una collaborazione tra il Dipartimento di Scienze della Salute e il Dipartimento di Scienze politiche e sociali, dell'Università degli Studi di Firenze.

Muovendo da quanto detto la presente ricerca si è proposta di:

1. individuare le principali caratteristiche del gioco d'azzardo patologico nel territorio della provincia di Pistoia, nel quale insistono aree di peculiare esposizione sociale al fenomeno come i territori di Montecatini e della Val di Nievole.

In particolare si propone di:

a) rilevare la prevalenza del fenomeno nelle fasce giovanili e indagarne le modalità con le quali si manifesta nelle fasce giovanili con particolare riferimento alle abitudini

di gioco, alle tipologie e alle peculiari caratteristiche dei giochi praticati;

c) approfondire le caratteristiche psicologiche e psicopatologiche delle fasce dei giocatori che hanno già sviluppato una patologia legata al gioco d'azzardo e che si rivolgono o vengono orientati ai servizi presenti sul territorio;

2. verificare quali tipi di interventi pubblici vengono attualmente offerti, con particolare attenzione a:

a. la descrizione dei servizi che operano nel territorio pistoiese (le strutture pubbliche e associative che si fanno carico di tale tipo di utenza; la loro localizzazione funzionale sul territorio; i servizi che erogano per trattare la patologia; la conformazione e la funzionalità delle équipe di lavoro che si occupano in maniera specifica del gioco d'azzardo patologico);

b. i punti di forza e di criticità;

3. utilizzare i dati ricavati per pianificare specifici interventi con cui promuovere e migliorare la prevenzione e la cura delle patologie legate al gioco d'azzardo e il recupero sociale dei pazienti, nel contesto territoriale pistoiese in considerazione della sua peculiare esposizione al pervasivo cronicizzarsi del fenomeno.

L'indagine si è articolata quindi in due fasi operative.

La prima parte si è concentrata sui primi due obiettivi: il primo, di carattere esplorativo, e il secondo di natura ricognitiva. I dati ricavati in questa prima fase della ricerca hanno costituito la base empirica e di ricognizione teorica per pianificare, nel corso della seconda parte del lavoro, specifici interventi con cui promuovere e migliorare la prevenzione e la cura

delle patologie legate al gioco d'azzardo e il recupero sociale dei pazienti con specifico riferimento all'area del territorio pistoiese

PRIMA PARTE:

**ANALISI DELLE CARATTERISTICHE DEL FENOMENO DEL
GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO NEL TERRITORIO
PISTOIESE**

Allo scopo di indagare e analizzare le modalità e la frequenza con cui il fenomeno del gioco d'azzardo si manifesta nelle fasce giovanili è stato reclutato un campione rappresentativo di giovani adulti, studenti universitari, tutti residenti nella provincia di Pistoia. Ai partecipanti è stato somministrato un questionario per rilevare le loro abitudini di gioco. E' stato inoltre richiesto loro di rispondere ad una serie di domande relative ai comportamenti legati ad altre forme di dipendenza, quali il consumo di alcool e droghe pesanti e leggere, messi in atto attualmente o nel passato.

L'impiego di tali strumenti ha permesso di "fotografare" il fenomeno e di individuare la prevalenza nel territorio pistoiese dei soggetti a rischio di sviluppare una patologia da gioco d'azzardo e di soggetti che hanno già sviluppato appieno tale forma di patologia.

STUDIO 1 – LA DIFFUSIONE DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Partecipanti

Il campione su cui si è svolta la parte iniziale dell'indagine si compone di 970 studenti universitari, 594 femmine (61,2%) e 376 maschi (38,8%), di età compresa tra i 18 e i 28 anni. L'età media dei partecipanti è di 20,99 anni (DS = 3.40). I soggetti costituiscono circa il 30% degli studenti residenti nella provincia di Pistoia iscritti all'Università degli studi di Firenze nell'a.a. 2012-2013. La maggior parte dei soggetti vive in famiglia (85%), il 10,2% con amici, il 2,4% da solo e il 2,4% con il partner. Il 99,8% non ha figli e solo il 15,1% svolge un'attività lavorativa.

I soggetti appartengono ad un ceto socio-culturale medio alto. La maggior parte dei padri e delle madri sono infatti in possesso di un diploma di scuola superiore o della laurea (vedi Figure IV e V).

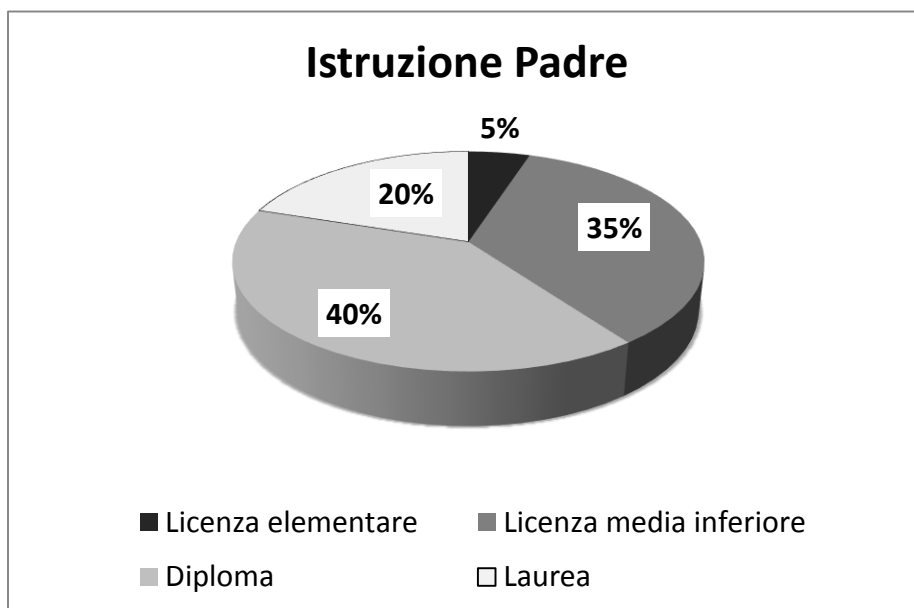


Figura IV – Distribuzione percentuale del livello di istruzione del padre

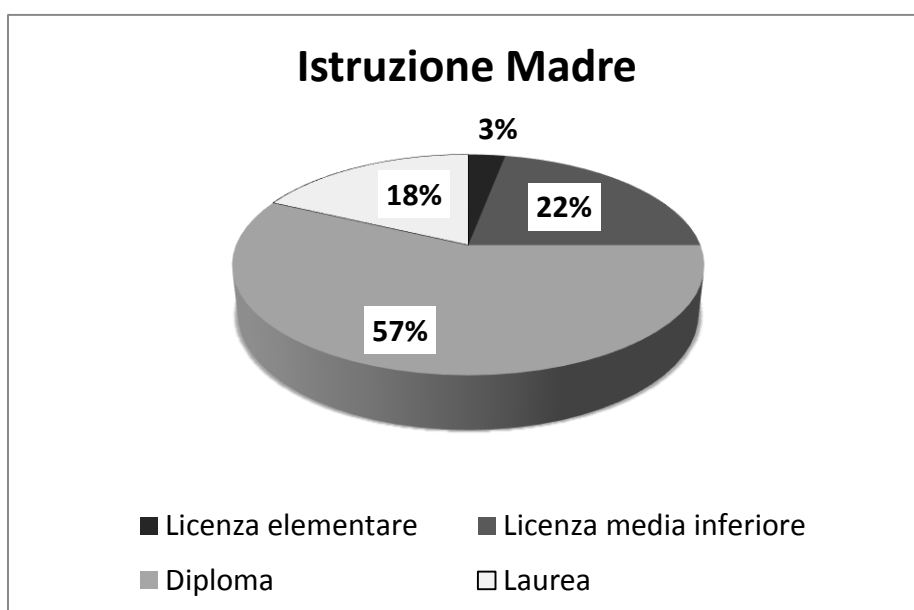


Figura V – Distribuzione percentuale del livello di istruzione della madre

Strumenti

Per rilevare la prevalenza del fenomeno del gioco d'azzardo, abbiamo utilizzato il *South Oaks Gambling Screen (SOGS)*, di Lesieur e Blume, 1987, nella versione italiana di Capitanucci e Carlevaro, 2004). Il *SOGS* costituisce attualmente lo strumento di screening più ampiamente utilizzato a livello internazionale per valutare la presenza del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP). Si tratta di una scala a 16-item ispirata ai criteri riportati nel DSM-IV e DSM-IV-R per la diagnosi del Gioco d'Azzardo Patologico, che si configura come un questionario self-report che prevede tipi diversi di item, per i quali, a seconda dei casi, le modalità di risposta sono differenti. Il punteggio totale della scala può variare da 0 a 20.

In base ai *cut-off* stabiliti dagli stessi autori, i soggetti che ottengono un punteggio compreso fra 3 e 4 sono classificati come "giocatori problematici", quelli che ottengono un punteggio di 5 o più sono classificati come "giocatori patologici".

Dal punto di vista psicometrico, il *SOGS* presenta un'affidabilità soddisfacente, con coefficienti α che variano da .69 e .86, rispettivamente per i campioni appartenenti alla popolazione generale e per i campioni di giocatori d'azzardo patologici (Stinchfield, 2002). La scala ha dimostrato inoltre una validità soddisfacente, riuscendo a discriminare la popolazione generale e campioni di giocatori d'azzardo in trattamento, esibendo elevate correlazioni con i criteri diagnostici del DSM-IV e correlazioni moderate con altre scale di rilevazione della gravità del gioco d'azzardo problematico (Stinchfield, 2002).

Per rilevare eventuali altre forme di dipendenza abbiamo utilizzato un set di domande invitando i soggetti ad indicare la frequenza con cui

nel passato o/e al momento attuale avessero fatto uso di alcool e di droghe, pesanti e leggere.

Procedura

Entrambi gli studi sono stati condotte nel rispetto delle norme etiche per la ricerca stabilite dall'Associazione Italiana di Psicologia (AIP). Prima di procedere alla raccolta dei dati, tutti i partecipanti sono stati informati degli obiettivi generali dell'indagine ed hanno firmato un consenso informato per l'utilizzo dei dati raccolti. In ogni caso, ogni partecipante era libero di interrompere la compilazione dei questionari in qualunque momento.

INCIDENZA DEL FENOMENO DEL GIOCO D'AZZARDO

La figura VI mostra la prevalenza delle problematiche relative al gioco d'azzardo rilevate fra i giovani del nostro campione.

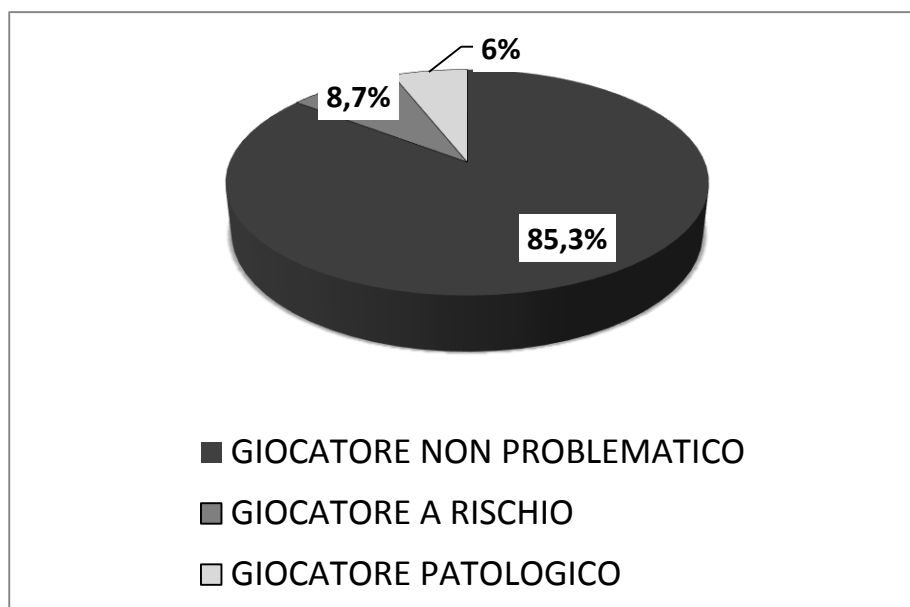


Figura VI – Distribuzione percentuale delle problematiche relative al gioco d'azzardo rilevate all'interno del campione

Come emerge da tale grafico, l'85,3% dei giovani del nostro campione non ha problemi di gioco. Tuttavia quasi il 9% di essi (l'8,7%) presenta un comportamento di gioco problematico (giocatori a rischio) e ben il 6% di loro ha già sviluppato una vera e propria patologia da gioco d'azzardo.

GIOCO D'AZZARDO E ALTRI TIPI DI DIPENDENZA

La tabella 1 riporta la distribuzione in funzione dei gruppi di giocatori sul consumo che i soggetti del nostro campione hanno fatto o fanno di alcol e di droghe leggere e pesanti.

	Non problematici		A rischio		Patologici		F	p
	M	DS	M	DS	M	DS		
Uso di droghe pesanti nel passato	1.06	.32	1.08	.41	1.75	1.39	12.89	.001
Uso di droghe leggere nel passato	1.71	1.04	1.80	.93	3.00	1.51	6.04	.01
Uso di alcolici nel passato	2.63	1.01	3.00	1.06	3.50	.93	4.22	.05
Uso di droghe pesanti al momento attuale	1.03	.22	1.00	.00	1.50	1.41	11.09	.001
Uso di droghe leggere al momento attuale	1.35	.78	1.25	.53	1.50	.76	.36	<i>ns</i>
Uso di alcolici al momento attuale	2.37	.98	2.58	.97	2.87	1.73	1.45	<i>ns</i>

Tabella 1 – Statistiche descrittive (medie e deviazioni standard) delle abitudini passate ed attuali di assumere sostanze in base alla tipologia di giocatori e risultati delle analisi della varianza univariata (ANOVAs) effettuate su tali variabili

Al fine di approfondire la comorbilità tra gioco d'azzardo e uso di sostanze, è stata condotta un'analisi della varianza multivariata (MANOVA) inserendo come variabili dipendenti i punteggi ottenuti in riferimento all'abitudine ad aver assunto o ad assumere droghe e alcool e come variabili indipendenti i tre gruppi di giocatori (non problematici, a rischio e patologici).

Come mostrato nella figura VII, tale analisi ha permesso di evidenziare che i giocatori d'azzardo patologici hanno fatto un uso significativamente maggiore di droghe pesanti e leggere e di alcool in passato rispetto a quanto riferito dai giocatori non problematici e dai giocatori a rischio. Anche al momento attuale i giocatori d'azzardo patologici riferiscono un uso significativamente maggiore di droghe pesanti rispetto ai soggetti degli altri due gruppi. Al contrario, nel presente non risultano differenze significative fra i tre gruppi di giocatori per quanto riguarda l'assunzione di alcool e di droghe leggere.

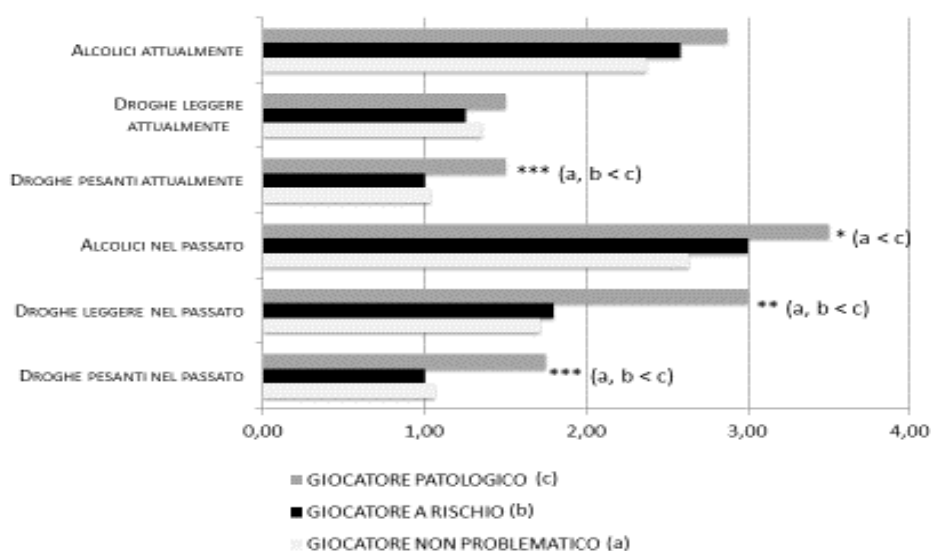


FIGURA VII. Confronto sull'uso di sostanze in funzione dei gruppi

TIPI DI GIOCO D'AZZARDO PRATICATI

La tabella 2 riporta la distribuzione dei tipi di gioco praticati distinti in funzione del genere.

Tipologia di giochi d'azzardo	Totale campione	Maschi	Femmine	F	p
Giocare a carte a soldi	32,1%	49,9%	21,4%	41.01	.001
Scommettere ai cavalli, cani o altri animali	9,0%	19,4%	2,1%	44.30	.001
Scommesse sportive	28%	55,6%	10,3%	136.81	.001
Giocare ai dadi per soldi	2,7%	4,4%	1,8%	1.73	ns
Andare al casinò (legale o clandestino)	9,6%	15%	6%	6.72	.01
Giocare al lotto, lotterie, gratta e vinci	54,2%	53,3%	54,8%	.133	ns
Giocare al bingo	17%	17,2%	16,7%	.06	ns
Giocare in borsa o sul mercato azionario	4,5%	8,9%	1,8%	11.46	.001
Giocare alle slot machines, ai videopoker o ad altri giochi d'azzardo con le macchine	10,8%	15,6%	7,8%	8.80	.01
Giocare a biliardo, a golf o ad altri giochi per denaro	9,1%	17,8%	3,6%	22.52	.001
Giocare d'azzardo on-line (casinò, poker, scommesse, ecc.)	20%	39,4%	7,5%	15.21	.001

Tabella 2 – Differenze nelle preferenze di gioco in base al genere

Come emerge da tale tabella, i giochi d'azzardo più praticati sono, nell'ordine: il lotto, le lotterie e i "Gratta e vinci", che vengono praticati dal 54,2% dei soggetti, cui seguono il giocare a carte per soldi (32,1%),

le scommesse sportive (28%), i giochi d'azzardo online (20%) e, infine il bingo (17%).

Vi sono tuttavia svariate differenze significative tra maschi e femmine, in termini di preferenze di gioco. In linea generale i maschi giocano più delle femmine a tutti i tipi di giochi, ad eccezione del gioco ai dadi per soldi; del lotto, lotterie, gratta e vinci; e del bingo.

I giochi d'azzardo preferiti dai maschi sono le scommesse sportive (55,6%), il lotto, lotterie e gratta e vinci (53,3%), il giocare a carte a soldi (49,9%) e il giocare d'azzardo online (39,4%). I giochi d'azzardo preferiti dalle femmine sono invece il lotto, lotterie e gratta e vinci (54,8%), il giocare a carte per soldi (21,4%) e il bingo (16,7%).

La tabella 3 riporta la distribuzione delle preferenze per i diversi tipi di giochi rilevate fra i giocatori non problematici, i giocatori a rischio e i giocatori patologici

	Non problematici		A rischio		Patologici		F	p
	M	DS	M	DS	M	DS		
Giocare a carte a soldi	1.34	.58	1.72	.90	2.09	1.08	19.83	.001
Scommettere ai cavalli, cani o altri animali	1.04	.25	1.46	.71	1.91	1.16	63.56	.001
Scommesse sportive	1.30	.67	2.20	1.05	1.46	.83	50.77	.001
Giocare ai dadi per soldi	1.01	.09	1.12	.44	1.22	.67	14.17	.001
Andare al casinò (legale o clandestino)	1.07	.30	1.26	.48	1.48	.79	18.47	.001
Giocare al lotto, lotterie, gratta e vinci	1.65	.69	1.92	.77	2.21	1.24	8.72	.001
Giocare al bingo	1.19	.50	1.26	.49	1.56	.84	5.80	.01
Giocare in borsa o sul mercato azionario	1.03	.21	1.10	.36	1.44	.94	18.61	.001
Giocare alle slot machines, ai videopoker o ad altri giochi d'azzardo con le macchine	1.07	.28	1.30	.58	1.87	1.21	42.98	.001
Giocare a biliardo, a golf o ad altri giochi per denaro	1.06	.31	1.30	.47	1.56	.79	27.52	.001
Giocare d'azzardo on-line (casinò, poker, scommesse, ecc.)	1.04	.20	1.24	.59	1.31	.74	15.33	.001

Tabella 3 Statistiche descrittive (medie e deviazioni standard) delle diverse tipologie di gioco in base alla tipologia di giocatori e risultati delle analisi della varianza univariata (ANOVAs) effettuate su tali variabili

L'analisi della varianza multivariata (MANOVA), calcolata inserendo come variabili dipendenti le tipologie di gioco indagate attraverso il SOGS, e come variabile indipendente i tre gruppi di giocatori, i cui risultati sono riportati nella tabella 3, è risultata statisticamente significativa. In altre parole, anche per quanto riguarda le differenze nelle preferenze di gioco, i nostri dati evidenziano differenze significative la distribuzione dei differenti tipi di gioco praticati dai tre gruppi di soggetti. In particolare, come mostra la Figura VIII, tali differenze riguardano tutti i giochi indagati.

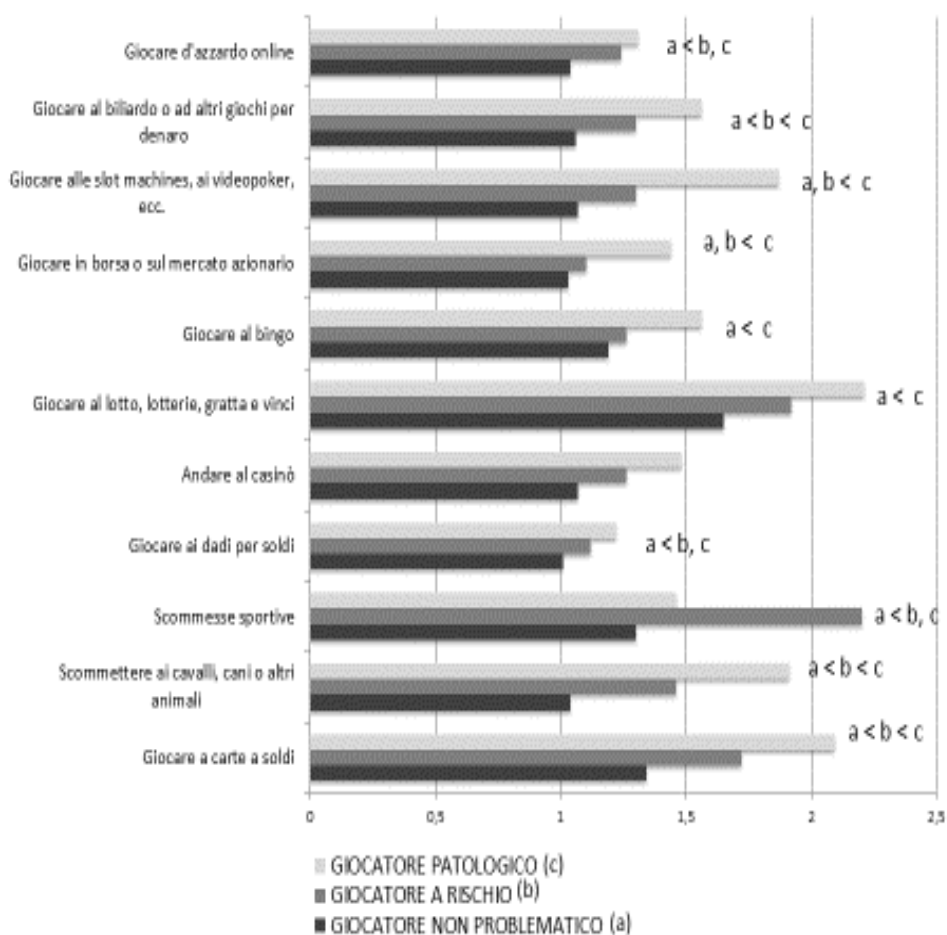


Figura VIII. Confronto tra la frequenza nei vari tipi di gioco in funzione del gruppo

Più nello specifico, come si evince dalla figura, i giocatori patologici, rispetto agli altri due gruppi, prediligono i seguenti tipi di gioco: scommettere ai cavalli, alle corse dei cani o altri animali; giocare in borsa o sul mercato azionario; giocare alle slot machine e/o ai videopoker; e giocare a biliardo, a golf o ad altri giochi per denaro. Inoltre i giocatori patologici e quelli a rischio si accomunano per la tendenza a preferire il giocare a carte a soldi, le scommesse sportive, il giocare a dadi per soldi, andare al casinò e giocare d'azzardo on-line. Infine, per quanto riguarda il gioco del lotto, lotterie e gratta e vinci e il gioco del bingo, i giocatori patologici si differenziano solo dai giocatori non problematici.

ATTEGGIAMENTI E COMPORTAMENTI LEGATI AL GIOCO D'AZZARDO

La Tabella 4 riporta la distribuzione degli atteggiamenti e dei comportamenti legati al gioco rilevati nel campione.

	Non problematici		A rischio		Patologici		F/ χ^2	p
	M	DS	M	DS	M	DS		
Somma massima giocata	2.22	1.02	3.22	1.24	4.35	1.40	58.06	.001
Familiarità col gioco	3.74	.80	2.56	1.51	2.17	1.30	61.03	.001
Rincorsa alla perdita	.00	.00	.08	.27	.57	.51	168.67	.001
Menzogna per il gioco	.00	.05	.16	.37	.43	.51	80.92	.001
Consapevolezza problemi legati al gioco	.08	.27	.56	.50	.74	.45	89.08	.001
Giocare più di quanto voluto	.02	.12	.50	.51	.74	.45	210.84	.001
Essere stato criticato per il gioco	.00	.05	.26	.44	.65	.49	187.82	.001
Sentirsi in colpa per il gioco	.00	.00	.18	.39	.52	.51	155.49	.001
Incapacità di smettere di giocare	.00	.05	.04	.20	.48	.51	163.20	.001
Aver nascosto le prove del gioco	.00	.05	.12	.33	.57	.51	169.51	.001
Discussioni con i familiari per la gestione del denaro	.23	.42	.34	.48	.70	.47	25.13	.001
Discussioni con i familiari sul denaro legato al gioco	.00	.00	.06	.24	.43	.50	148.36	.001
Denaro preso in prestito senza restituirlo	.00	.00	.04	.20	.43	.51	158.63	.001
Sottratto tempo a lavoro a causa del gioco	.00	.00	.08	.27	.43	.51	140.74	.001

Tabella 4 - Statistiche descrittive (medie e deviazioni standard) dei diversi atteggiamenti e comportamenti legati al gioco in base alla tipologia di giocatori e risultati delle analisi della varianza univariata (ANOVAs) o del test del chi quadrato (χ^2) – a seconda della presenza di item misurati su scala likert piuttosto che dicotomici- effettuate su tali variabili

Per verificare l'esistenza di differenze nelle variabili legate alle abitudini relative al gioco d'azzardo, come rilevate dagli item del SOGS, sono state condotte una serie di analisi della varianza e del chi quadrato a seconda del fatto che l'item in questione, di volta in volta, fosse misurato su scala Likert o si presentasse come un item dicotomico.

Considerando che i giocatori non problematici hanno ottenuto punteggi significativamente inferiori su tutte le tipologie di gioco e anche, come evidenziato in tabella, differenze significative su tutti gli item del SOSG, al fine di approfondire meglio il fenomeno del gioco d'azzardo e le differenze evidenziate dalle analisi, sono stati presi in considerazione solo i due gruppi di giocatori (a rischio e patologici) allo scopo di individuare cosa li accomuna e cosa li differenzia.

Nello specifico, la tendenza ad aver giocato più di quanto desiderato, la familiarità con il gioco d'azzardo e il ritenere di aver avuto problemi con il gioco d'azzardo sono aspetti comuni ad entrambe le due tipologie di giocatori. Al contrario, i giocatori d'azzardo patologici presentano una tendenza significativamente maggiore rispetto ai giocatori a rischio per quanto riguarda l'essere criticato per aver giocato, per aver sperimentato sentimenti di colpa a causa del gioco, per aver voluto smettere di giocare senza riuscirci, per aver nascosto denaro, biglietti della lotteria o ricevute di scommesse legate al gioco, per aver discusso con persone sul modo di gestire il denaro, per aver chiesto denaro in prestito senza restituirlo, per aver sottratto tempo al lavoro o alla scuola a causa del gioco, per quanto riguarda le somme di denaro investite nel gioco, per la tendenza a rincorrere la perdita e per aver affermato di aver vinto anche quando avevano perso.

2. STUDIO 2 - LE CARATTERISTICHE PERSONALI DEL GIOCATORE PATOLOGICO

Successivamente, per approfondire le caratteristiche psicologiche e psicopatologiche dei giocatori che hanno già sviluppato una patologia conclamata, è stato selezionato un campione di soggetti fra coloro che si rivolgono ai servizi presenti sul territorio per programmi di trattamento per il gioco d'azzardo.

PARTECIPANTI

Il campione del secondo studio della prima fase, finalizzato ad approfondire le caratteristiche psicologiche e psicopatologiche dei giocatori patologici, risulta composto da 323 soggetti, divisi in due gruppi:

- I) un gruppo clinico, costituito da 62 giocatori d'azzardo patologici;
- II) un gruppo di controllo, composto da 261 giocatori non problematici.

L'età media dei partecipanti è di 25.31 anni (DS =10.55). Tutti i soggetti sono stati reclutati presso le sale scommesse e i punti gioco presenti sul territorio dell'Area pistoiese. A tutti i soggetti è stato preventivamente somministrato il SOGS. Successivamente, come criterio di inclusione nei due gruppi è stato adottato il punteggio totale ottenuto da ogni soggetto al SOGS, utilizzando come *cut-off*:

- un punteggio superiore a 5 per l'inclusione nel gruppo clinico
- un punteggio inferiore a 3 per l'inclusione nel gruppo di controllo.

In riferimento alla distribuzione di genere all'interno dei due campioni è emersa una differenza significativa nella prevalenza di maschi e femmine in entrambi i gruppi. In particolare, come riportato in Figura IX, all'interno del gruppo di controllo è stata riscontrata una prevalenza significativamente maggiore di femmine rispetto ai maschi ($\chi^2 (1) = 45.52, p < .001$). Al contrario, all'interno del gruppo di giocatori patologici, i maschi sono risultati un numero significativamente maggiore rispetto alle femmine ($\chi^2 (1) = 36.21, p < .001$). Tali dati sono in linea con la letteratura sull'argomento (Welte, Barnes, Wiczorek, Tidwell & Parker, 2001; Muñoz-Molina, 2008; Serpelloni, 2013).

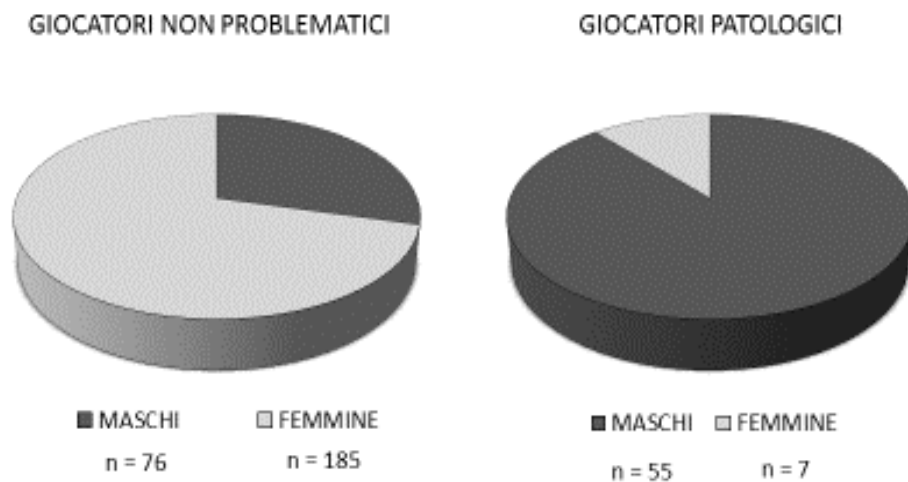


Figura IX. Differenze di genere nei due campioni di giocatori

STRUMENTI

Tutti i soggetti dei due gruppi prima descritti hanno completato una batteria di prove composta da:

- il **Big Five Questionnaire 2** (Caprara, Barbaranelli, Borgogni, & Vecchione, 2013), per rilevare le caratteristiche di personalità dei soggetti, facendo riferimento al Modello a Cinque Fattori (*Five Factor Model-FFM*) di Costa & McCrae (1992), conosciuto anche come il *Big Five Model* (Goldberg, 1990). Secondo questo modello, la personalità può essere valutata determinando come il soggetto si colloca su cinque grandi fattori bipolari: estroversione – introversione (*Energia*); gradevolezza – sgradevolezza (*Amicalità*); coscienziosità – negligenza (*Coscienziosità*); nevroticismo – stabilità emotiva (*Stabilità emotiva*) e, infine, apertura mentale – chiusura mentale (*Apertura mentale*).

In particolare:

- il fattore *estroversione* fa riferimento alla tendenza ad essere socievole, allegro, ottimista, dinamico e loquace. Le persone estroverse, rispetto a quelle introversive, hanno una quantità significativamente maggiore di interazioni sociali (Wehrli, 2008), hanno più amici e amicizie caratterizzate da aspetti più positivi (Asendorpf & Wilpers, 1998) e sono maggiormente soddisfatti delle loro relazioni romantiche (White, Hendrick, & Hendrick, 2004).

- Il fattore *gradevolezza* riguarda la tendenza degli individui ad essere onesti, comprensivi e cooperativi. Le persone gradevoli sono gentili, flessibili e tolleranti; esse evitano il conflitto con le altre persone ed hanno relazioni interpersonali di buona

qualità, sia quelle amicali (Asendorpf & Wilpers, 1998) che sentimentali (White et al., 2004).

- Il fattore *coscienziosità* fa riferimento, invece, al livello in cui un individuo è organizzato, diligente, scrupoloso, affidabile, responsabile e disciplinato. La persona coscienziosa ha un'alta motivazione intrinseca a raggiungere gli scopi che si prefigge, e di solito cerca costantemente di migliorare il proprio livello di prestazione lavorativa.

- Il fattore *nevroticismo* riflette la tendenza delle persone a sperimentare stress psicologico ed a mostrare caratteristiche negative come la diffidenza, la tristezza, l'ansietà, l'imbarazzo ed evidenti difficoltà a gestire lo stress. Le persone nevrotiche tendono ad essere meno soddisfatte delle loro relazioni interpersonali e del loro partner sentimentale (White et al., 2004) e sperimentano forti sentimenti di rifiuto rispetto alle persone che si collocano sulla polarità opposta, caratterizzate cioè da una buona stabilità emotiva (Malone, Pillow, & Osman, 2012).

- *L'apertura mentale*, infine, rappresenta quel fattore di personalità che fa riferimento alla capacità di un individuo di prendere in considerazione strategie alternative ed esplorare nuove idee, essere intellettualmente curiosi e godere di una buona immaginazione e originalità.

- **il *Gambling Related Cognitions Scale*** (GRCS, Raylu & Oei, 2004, nella versione italiana validata da Iliceto, Fino, Cammarota et. al. (2013), per rilevare la presenza nei soggetti di eventuali distorsioni cognitive. Si tratta di un questionario self-report a 23 item che permette di indagare i bias interpretativi e di controllo relativi al gioco d'azzardo attraverso cinque dimensioni

fondamentali: *Illusione di controllo*, *Controllo predittivo*, *Distorsioni interpretative*, *Aspettative di gioco* e *Incapacità a fermarsi*.

- L'*illusione di controllo* si riferisce ad una distorsione cognitiva che fa sì che il giocatore ritenga di poter influenzare la fortuna con il solo pensiero o attraverso pratiche di tipo superstizioso. Questa distorsione porta il giocatore ad illudersi di poter prevedere l'andamento del gioco e di possedere un'abilità e una capacità tali da poter determinare l'andamento del caso (Toneatto, 1999).

- Il *controllo predittivo* esprime più nel dettaglio la convinzione di poter prevedere con esattezza il risultato degli eventi di gioco sulla base dell'esperienza passata o sulla base di "segni" del destino. Il giocatore basa le sue osservazioni su una falsa credenza relativa all'interdipendenza degli eventi (in realtà indipendenti) e sull'applicazione distorta delle leggi della probabilità (Beck et al. 1993; Oei & Baldwin 1994).

- Le *distorsioni interpretative* consistono nell'attribuire ai risultati del gioco un potere predittivo sugli *outcomes* successivi. Davanti ad un alto numero di giocate perdenti, cioè, il giocatore si illude che ciò significhi che la vincita è sempre più vicina, persistendo così nel gioco (Toneatto et al., 1997).

- Le *aspettative di gioco*, in parte assimilabili alle distorsioni interpretative, si riferiscono alle motivazioni che spingono il giocatore a persistere nel gioco nonostante le perdite e ad illudersi circa l'imminenza di una vincita. Le motivazioni principali sembrano essere quelle relative al dimostrare il proprio valore, al volersi sentire accettati e stimati socialmente e alla

necessità di vivere esperienze eccitanti (Murray, 1993; Zuckerman, 1999; Raylu & Oei, 2002).

- *L'incapacità di fermarsi*, infine, si riferisce all'incapacità di smettere di giocare (Raylu & Oei, 2004).

Le proprietà psicometriche della scala sono buone. La versione italiana ha confermato la validità di costrutto dello strumento, confermando la struttura a cinque fattori che spiega complessivamente il 60% della varianza totale. I valori dell'attendibilità, della validità concorrente e discriminante sono buoni (Illicento, Fino, Cammarota et al., 2013).

- **La *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS-11)** di Patton et al. (1995) nella versione italiana a cura di Fossati, Di Ceglie, Acquarini & Barratt (2001). La *Barratt Impulsiveness Scale-11* è un questionario self-report a 30 item ideato per valutare l'impulsività generale tenendo in considerazione la natura multifattoriale del costrutto. La struttura dello strumento permette la valutazione di sei fattori di primo ordine (attenzione, motoria, autocontrollo, complessità cognitiva, perseveranza, instabilità cognitiva) e tre fattori di secondo ordine, che sono rispettivamente relativi a:

- *Impulsività attentiva, Impulsività motoria*, che comprende i fattori di primo ordine relativi all'impulsività motoria e perseveranza e

- *Impulsività non pianificata* (che comprende i fattori di autocontrollo e complessità cognitiva). Il punteggio totale è ottenuto sommando i fattori di primo o di secondo ordine.

Le possibilità di risposta sono ordinate su una scala di tipo Likert a quattro punti, dove 1= Raramente/Mai; 2= Occasionalmente; 3=Spesso; 4= Quasi Sempre/Sempre. La scala presenta buone

proprietà psicometriche. La versione italiana della scala ha infatti confermato la struttura fattoriale della versione originale. Inoltre per quanto riguarda l'attendibilità, l' α di Cronbach è di .79 e l'attendibilità *test-retest* a distanza di due mesi è di .89.

- **Lo *State-Trait Anxiety Inventory*** di Spielberger (1983) nella versione italiana di Petrabissi e Santinello (1989) per rilevare la presenza di disturbi di natura ansiosa. Si tratta di un questionario self-report a venti item, in cui le possibilità di risposta sono ordinate su una scala di tipo Likert da 1= mai/quasi mai a 4= quasi sempre/semprè. Anche la versione italiana della scala presenta buone proprietà psicometriche, con una consistenza interna che varia da .85 a .90 e la stabilità *test-retest*, misurata a un mese di distanza è pari di .82 (Petrabissi e Santinello, 1989).

- **Il *Center for Epidemiologic Studies National Institute of Mental Health CES-D Scale*** messa a punto da Radloff (1977), nella versione italiana adattata da Fava (1983) per rilevare la presenza di disturbi di natura depressiva. La scala si configura come un questionario self-report, composto da 20 item, nel quale si chiede ai soggetti di indicare la frequenza o la durata di eventuali sintomi depressivi da lui sperimentati. Le possibilità di risposta sono ordinate su una scala di tipo Likert a 4 punti, dove 1= mai/quasi mai/meno di un giorno e 4= sempre/quasi sempre/5-7 giorni. Anche questa scala presenta buone proprietà psicometriche. La validità convergente risulta infatti pari a .61 .65 con la *Hamilton Rating Scale of Depression* e pari a .47 con la scala di Depressione del MMPI (Fava, 1983).

ANALISI DEI DATI

Per esaminare se i differenti aspetti psicologici rilevati con gli strumenti sopra descritti variano significativamente in funzione dell'essere o meno un

giocatore patologico, abbiamo condotto una serie di analisi della varianza multivariata (MANOVA), inserendo come variabili di disegno i due gruppi di soggetti selezionati (giocatori non problematici e patologici) e come variabili dipendenti, volta in volta, i differenti aspetti psicologici considerati.

RISULTATI

GIOCO D'AZZARDO E CARATTERISTICHE DI PERSONALITÀ

La tabella 5 riporta la distribuzione dei punteggi medi e delle deviazioni standard relativi ai punteggi dei cinque fattori di personalità (*Energia*, *Amicalità*, *Coscienziosità*, *Stabilità emotiva* e *Apertura mentale*) misurate attraverso il Big Five Questionnaire 2, in riferimento ai due gruppi considerati di giocatori d'azzardo patologici e di giocatori non problematici.

	Non problematici		Patologici		F	P
	M	DS	M	DS		
Energia	3.32	.66	3.18	.59	2.84	Ns
Amicalità	4.15	.52	3.70	.64	34.49	.001
Coscienziosità	3.72	.70	3.33	.55	16.05	.001
Stabilità emotiva	3.38	.77	2.89	.62	23.44	.001
Apertura mentale	3.74	.64	3.13	.67	46.47	.001

Tabella 5 - Statistiche descrittive (medie e deviazioni standard) delle cinque dimensioni di personalità misurate attraverso il Big five-2 e risultati delle analisi della varianza univariata (ANOVAs) effettuate su tali variabili

L'analisi della varianza multivariata (MANOVA), calcolata inserendo come variabili dipendenti le 5 dimensioni qualitative delle dimensioni di personalità -Energia, Amicalità, Coscienziosità, Stabilità emotiva e Apertura mentale- è risultata statisticamente significativa [F (5, 317) = 14.12, p < .001]. In particolare, i risultati delle analisi della varianza univariata (ANOVAs), che vengono riportati sia in tabella 5 che in Figura X, hanno permesso di evidenziare che le differenze significative in funzione dei due gruppi (giocatori patologici e non problematici) sono relative alle dimensioni: *Apertura mentale, Amicalità, Coscienziosità e Stabilità Emotiva*.

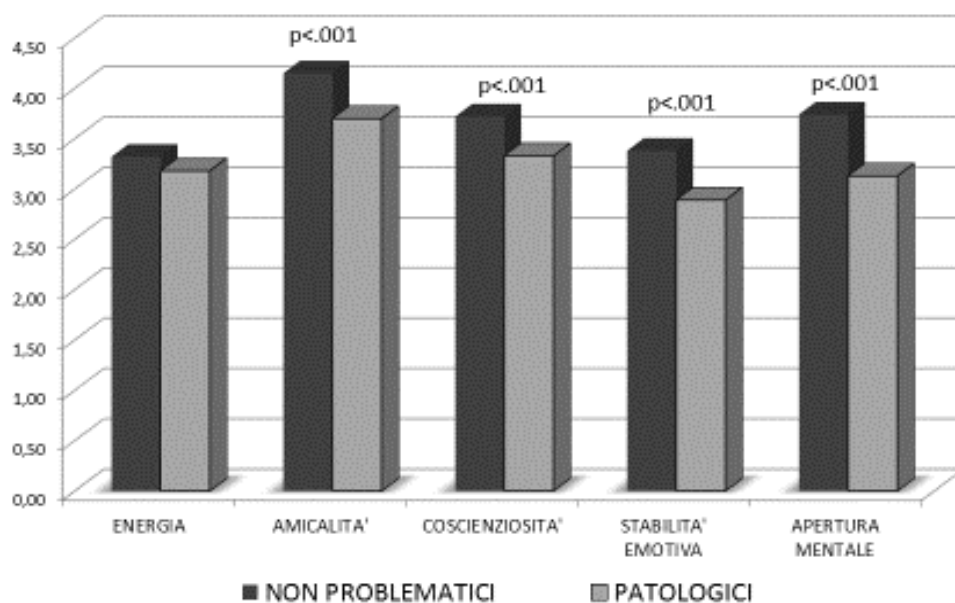


Figura X. Confronto tra i livelli delle dimensioni di personalità in funzione del gruppo

Più nello specifico, come emerge dalla figura, i giocatori patologici, rispetto ai soggetti del gruppo di controllo, riportano punteggi significativamente minori nelle dimensioni di Amicalità, Coscienziosità, Stabilità emotiva e Apertura mentale.

GIOCO D'AZZARDO E DISTORSIONI COGNITIVE

Nella tabella 6 sono riportate la distribuzione dei punteggi medi e delle deviazioni standard delle variabili cognitive indagate con il GRCS in riferimento ai due gruppi di giocatori non problematici e di giocatori patologici e i risultati delle analisi della varianza univariata (ANOVAs).

	Non problematici		Patologici		F	P
	M	DS	M	DS		
Aspettative di gioco	5.01	2.87	11.71	5.96	167.80	.001
Illusione di controllo	4.82	2.25	8.37	4.80	74.44	.001
Controllo predittivo	7.81	3.89	13.73	6.87	82.53	.001
Incapacità a fermarsi	5.77	2.24	17.63	8.27	412.28	.001
Distorsioni interpretative	5.03	2.76	11.14	6.12	140.83	.001

Tabella 6. Medie, deviazioni standard e risultati dell'ANOVA rispetto alle cinque dimensioni relative ai bias cognitivi rilevate attraverso la GRCS

Le analisi hanno permesso di rilevare che i giocatori patologici presentano maggiori distorsioni cognitive rispetto al gruppo di controllo. L'analisi della varianza multivariata (MANOVA), effettuata inserendo come variabili dipendenti le 5 dimensioni qualitative rilevate dal GRCS (*Aspettative di gioco, Illusione di controllo, Controllo predittivo, Incapacità a fermarsi e*

Distorsioni interpretative) è risultata infatti statisticamente significativa [F (5, 317) = 82.50, p < .001]. In particolare, le analisi univariate della varianza (ANOVAs) hanno permesso di evidenziare che le differenze significative in funzione dei due gruppi (giocatori patologici e non problematici) sono relative a tutte le dimensioni indagate.

Come mostra la Figura XI, infatti, i giocatori patologici ottengono punteggi significativamente maggiori su tutti gli aspetti dei bias cognitivi analizzati rispetto ai giocatori non problematici.

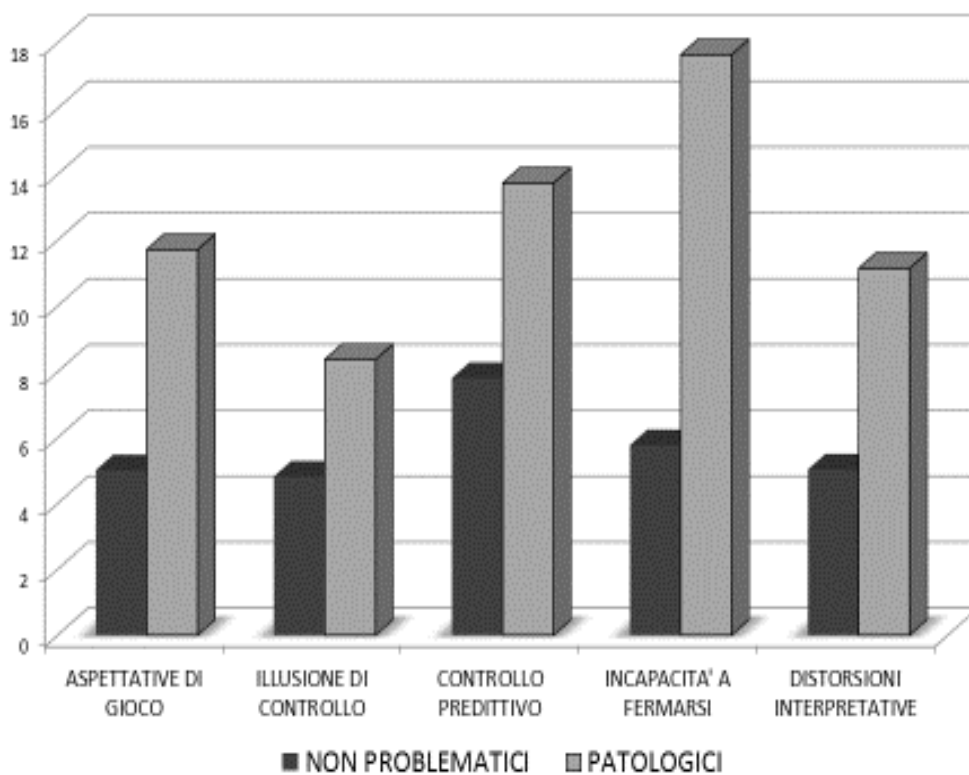


Figura XI. Confronto tra i livelli delle dimensioni di distorsione cognitiva in funzione del gruppo

GIOCO D'AZZARDO E IMPULSIVITÀ

Le statistiche descrittive relative alle medie e alle deviazioni standard delle differenti dimensioni dell'impulsività rilevate nei due gruppi di soggetti sono riportate nella tabella 7.

Aspettative di gioco	5.01	2.87	11.71	5.96	167.80	.001
Illusione di controllo	4.82	2.25	8.37	4.80	74.44	.001
Controllo predittivo	7.81	3.89	13.73	6.87	82.53	.001
Incapacità a fermarsi	5.77	2.24	17.63	8.27	412.28	.001
Distorsioni interpretative	5.03	2.76	11.14	6.12	140.83	.001

Tabella 7. Medie e deviazioni standard e risultati dell'ANOVA relativi alle dimensioni della BIS

L'analisi della varianza multivariata (MANOVA) condotta inserendo come variabili dipendenti i punteggi ottenuti alle tre dimensioni della BIS-*Impulsività attentiva, Impulsività motoria, Impulsività da non pianificazione* è risultata statisticamente significativa [$F(3, 318) = 28.16, p < .001$]. L'analisi della varianza univariata (ANOVA) ha permesso di evidenziare che le differenze significative in funzione dei due gruppi (giocatori patologici e non problematici) sono relative a tutte e tre le dimensioni di impulsività indagate. Come mostra la Figura XII, infatti, i giocatori d'azzardo patologici riportano livelli significativamente maggiori di impulsività attentiva, motoria e non pianificata.

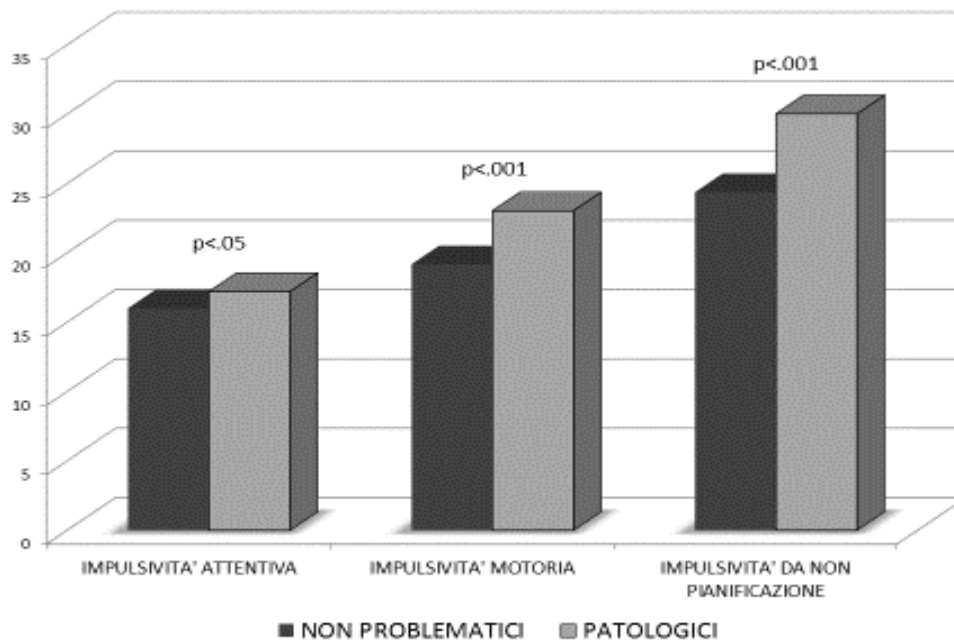


Figura XII. Confronto tra i livelli di impulsività in funzione del gruppo

ANSIA E DEPRESSIONE

Infine, la tabella 8 riporta le statistiche descrittive relative alla distribuzione delle medie e delle deviazioni standard dei livelli di ansia e di depressione rilevate nei due gruppi di giocatori non problematici e di giocatori patologici.

	Non problematici		Patologici		F	P
	M	DS	M	DS		
Ansia	41.66	10.22	47.79	10.46	17.90	.001
Depressione	17.94	9.40	21.84	10.45	8.23	.01

Tabella 8. Medie, deviazioni standard e risultati dell'ANOVA relativi ai livelli di ansia e depressione misurati, rispettivamente, attraverso la STAI e il CES-D.

Anche in questo caso, l'analisi della varianza multivariata (MANOVA), condotta inserendo come variabili dipendenti i punteggi ottenuti al CES-D e alla STAI ha mostrato un effetto significativo a carico del gruppo [$F(2, 320) = 9.06, p < .001$]. Le analisi della varianza univariata (ANOVAs) hanno permesso di evidenziare che le differenze significative tra giocatori patologici e non problematici sono relative a entrambe le dimensioni di disagio internalizzato. In particolare, i giocatori d'azzardo patologici riferiscono di percepire livelli maggiori di ansia e di depressione rispetto a quanto percepito dai giocatori non problematici (Figura XIII).

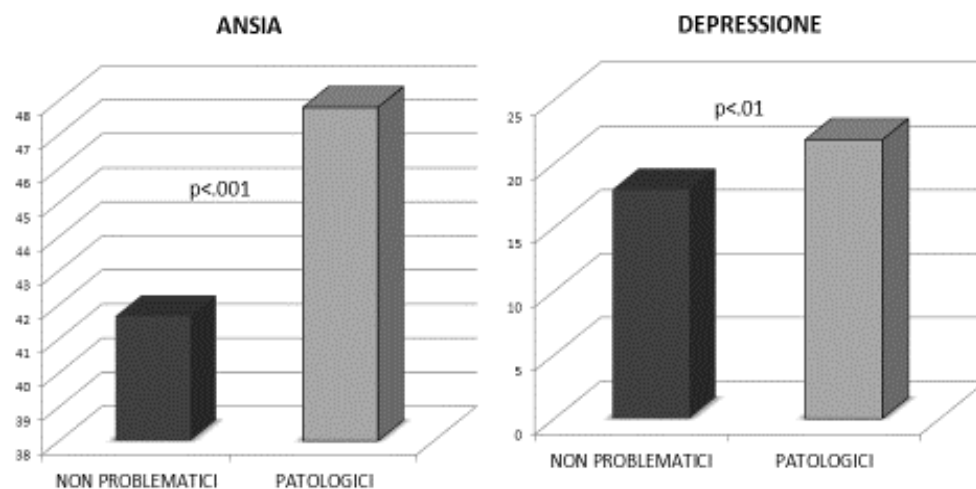


Figura XIII. Confronto tra i livelli di ansia e di depressione in funzione del gruppo

Considerati complessivamente i dati fin qui presentati permettono di effettuare una prima "fotografia" della prevalenza, delle caratteristiche e

delle modalità con cui il fenomeno del Gioco d’Azzardo Patologico (GAP) si manifesta nelle fasce giovanili del territorio pistoiese. Da questa ricognizione emerge prima di tutto che i comportamenti di gioco d’azzardo problematici o dichiaratamente patologici presentano fra i giovani dell’area pistoiese una prevalenza decisamente maggiore rispetto a quella rilevata in altre regioni del nostro Paese e dalla letteratura internazionale. Inoltre, come già riscontrato in studi precedenti, i comportamenti di gioco di azzardo si associano ad altri comportamenti di dipendenza da sostanze e/o da alcool, che risultano particolarmente gravi nei giovani che hanno già sviluppato una conclamata patologia, ovvero un Disturbo da Gioco d’azzardo.

Dalle analisi delle tipologie di gioco è emerso che i giocatori patologici hanno un’abitudine al gioco più spiccata e giocano più frequentemente degli altri a tutti i tipi di gioco considerati, anche se mostrano significative preferenze verso particolari tipi di gioco rispetto ai loro coetanei che non hanno ancora sviluppato una vera e propria dipendenza da gioco. In particolare i giochi che sembrano differenziare e caratterizzare maggiormente la categoria dei giocatori patologici sono le Scommesse ai cavalli, il Gioco in borsa, le Slots e i Videopoker, il Biliardo e gli altri giochi di abilità per denaro (come ad esempio il Golf per denaro). Questi giochi sembrano essere praticati più frequentemente dai giocatori patologici rispetto ai non patologici e a quelli a rischio. E’ possibile supporre che queste differenze siano imputabili alla personalità dei giocatori e alle diverse tipologie di gioco. Ad esempio lo Scommettere ai cavalli è una tipologia di gioco che implica un forte coinvolgimento emotivo - se poi praticata all’interno di contesti specifici quali gli ippodromi - e prevede anche il fatto di dedicare molto tempo al gioco (recarsi nel luogo, conoscere le caratteristiche dei cavalli, conoscere le storie dei fantini, conoscere l’ambiente, e quindi identificarsi con un “mondo” ben preciso); pertanto è

possibile che chi gioca ai cavalli consideri se stesso come un giocatore d'azzardo.

A differenza di ciò, le scommesse sportive sono un tipo di gioco che seppur praticato molto di più dai giocatori patologici, vengono praticate anche dai giocatori a rischio e, in modo sporadico, anche dai giocatori occasionali/non patologici. Si può ancora ipotizzare che tale maggiore diffusione sia dovuta al fatto che le scommesse sportive implicano un minor coinvolgimento emotivo - anche se ovviamente il grado di coinvolgimento dipende in buona misura dall'entità del denaro scommesso- e godono anche di una maggiore accettazione sociale. Sport come il calcio o il basket, ad esempio, sono conosciuti da tutti e quindi, molti che li seguono con interesse, magari tifano per questi eventi sportivi e possono confondere le scommesse come una testimonianza della passione sportiva e, quindi, essere più portati ad accettare questo tipo di comportamento negli altri o a metterlo in atto essi stessi. C'è da tener presente inoltre che i mass media stessi, che consentono di seguire quotidianamente certi sport, possono svolgere un ruolo significativo nell'incentivare le scommesse sportive; scommesse che per altro possono essere fatte comodamente da casa utilizzando un tablet o un pc con una connessione internet.

Anche le slots machines, come le scommesse dei cavalli, richiedono in generale (nonostante sia possibile giocare alle slots on-line) il recarsi nel luogo di gioco, che può essere un bar o una sala gioco, e richiedono un tipo di approccio dove, almeno sulla carta, la compulsività, la dissociazione e la coazione a ripetere sono forse maggiori rispetto ad altri giochi. Questa tipologia di gioco sembra discriminare abbastanza i giocatori patologici dai non giocatori.

Il gioco del Biliardo, tra i giochi menzionati, è quello che richiede forse una abilità maggiore; anche qui occorre recarsi nel luogo di gioco ed è

possibile l'identificazione con un tipo di giocatore. Questo gioco discrimina molto i giocatori patologici da quelli a rischio e non problematici poiché richiede abilità particolari e una cultura di gioco specifica.

Per quanto riguarda Lotto, lotterie, gratta e vinci e Bingo, questi sono giochi capillarmente diffusi nel territorio, caratterizzati dall'immediatezza del risultato e, almeno apparentemente, tali da non implicare un alto coinvolgimento e sono pertanto maggiormente accettati da un punto di vista sociale, nonostante tutte queste caratteristiche non escludano la loro minor pericolosità.

Come si vede, quindi, nella tendenza a scegliere un determinato gioco piuttosto che un altro entrano in gioco una serie di fattori, legati da un lato alle motivazioni che i giocatori hanno rispetto al gioco, alle loro storie di vita, al tipo e alla qualità delle relazioni che essi hanno sviluppato all'interno della loro rete sociale, al loro contesto di vita, ma anche certamente alle specifiche caratteristiche della personalità del giocatore stesso.

In ogni caso, i giovani giocatori patologici e quelli a rischio (problematici) sembrano essere accomunati da una "timida" consapevolezza di avere problemi con il gioco e dalla tendenza a giocare entrambi più di quanto preventivato. Quest'ultimo aspetto in particolare è un aspetto che ricorre anche in altre forme di dipendenza, in cui è abbastanza tipico assumere un quantitativo di sostanza maggiore rispetto a quanto preventivato -basti pensare al comportamento dell'alcolista che quando beve non riesce a controllare la quantità di alcol che ingerisce - ed è quindi significativo che questo rappresenti una caratteristica cruciale sia nei giovani che presentano comportamenti di gioco a rischio che in quelli con vero e proprio Disturbo da Gioco d'Azzardo.

Al contrario, altre caratteristiche comportamentali, come ad esempio la rincorsa delle perdite e la menzogna per coprire il proprio comportamento

di gioco, sembrano segnare come degli “spartiacque” tra i giocatori patologici e i giocatori a rischio e possono essere pertanto considerate dei significativi indicatori, dei veri e propri campanelli d’allarme che segnalano il confine tra “normalità nel giocare” o “patologia nel giocare”. Pertanto quando nel giocatore sociale o a rischio iniziano questi comportamenti sarebbe bene considerare l’ipotesi di aver passato il limite e di ricorrere ad un aiuto!

Dal punto di vista della studio delle variabili di personalità si è potuto rilevare che i giocatori patologici presentano una minore propensione ad aprirsi verso nuove idee e ad avere interessi culturali; inoltre risultano meno inclini a fornire aiuto e a prendersi cura degli altri offrendo il proprio sostegno emotivo e sono meno responsabili e diligenti rispetto agli individui che non presentano problematiche legate al gioco d’azzardo.

Per quanto concerne l’ambito delle dimensioni cognitive, ritenute fondamentali nella comprensione dell’eziogenesi del gioco d’azzardo patologico così come della persistenza di tale disturbo (Echeburua, Baez & Fernandez-Montalvo, 1996; Sylvain, Ladouceur & Boisvert, 1997; Ladouceur, Sylvain, Boutin et al., 2001; Petry, 2008), i giocatori patologici hanno ottenuto punteggi significativamente maggiori su tutti gli aspetti dei bias cognitivi analizzati rispetto ai giocatori non problematici. Tali risultati sono in linea con la letteratura sull’argomento (Ladouceur & Walker, 1996; Toneatto et al., 1997; Joukhador, Maccallum & Blaszczynski, 2003; Xian, Shah, Phillips, Scherrer, Volberg & Eisen, 2008) e confermano che nei giocatori patologici le peculiari caratteristiche del ragionamento logico risultano essere spesso compromesse da credenze erranee e vere e proprie distorsioni cognitive, sulla base delle quali i giocatori si illudono di avere un controllo sul gioco, i cui risultati sono invece totalmente aleatori, e di poter prevedere l’imminenza di una vincita. I bias cognitivi costituiscono motivo di

avvicinamento al gioco d'azzardo ("sono certo che quella macchinetta mi farà vincere", "sento che oggi è la mia giornata fortunata", "c'è stato un certo segno per cui vincerò di sicuro") e di persistenza, anche dopo aver subito ingenti perdite ("dopo tante perdite deve arrivare per forza la grande vincita", "se gioco sempre i soliti numeri prima o poi vincerò"). Tutte queste concezioni errate sono riconducibili, nel loro complesso, ad un nucleo centrale che è quello dell'indipendenza degli eventi di gioco. Anche nel caso in cui i giocatori conoscano le leggi della probabilità, infatti, nel momento in cui si trovano nel contesto di gioco sembrano ignorarle e percepiscono i singoli eventi, le giocate, come collegati, come uniti da un filo conduttore e guidati dal Fato (Ladouceur et al., 2001).

Anche l'impulsività, componente della personalità che caratterizza l'iniziativa e l'azione, e definita dal DSM come l'"incapacità a resistere a un impulso, spinta o tentazione a compiere un atto dannoso per la persona o per gli altri" (APA, 1994) è risultata significativamente maggiore nei giocatori patologici rispetto a quelli non problematici. Questo mette in luce che nei giocatori emergono comportamenti caratterizzati dal discontrollo degli impulsi, condotti in assenza di deliberazione e considerazione dei rischi e delle conseguenze; in altri termini si potrebbe dire che i giocatori sono inclini a realizzare condotte guidate più da spinte reattive o endogene, che non dalla ragione. Infine i giocatori patologici hanno riferito di percepire livelli maggiori di ansia e di depressione rispetto a quanto riferito dai giocatori non problematici.

Complessivamente questi due studi hanno permesso di rilevare l'incidenza dei comportamenti di gioco d'azzardo problematici o dichiaratamente patologici fra i giovani dell'area pistoiese, evidenziando la gravità del fenomeno, e di elaborare un primo, generale identikit del giocatore patologico; quello di un soggetto impulsivo, scarsamente

responsabile e con una bassa propensione ad aprirsi verso nuove idee e ad avere interessi culturali; quello di un soggetto ansioso e depresso che sembra avvalersi di strategie cognitive peculiari il più delle volte compromesse da credenze erranee e vere e proprie distorsioni cognitive.

3. STUDIO 3 - DESCRIZIONE DEI SERVIZI CHE OPERANO NEL TERRITORIO PISTOIESE

Per rispondere al secondo obiettivo, è stata condotta un'indagine esplorativa finalizzata a verificare quali tipi di intervento vengono attualmente offerti dai servizi pubblici presenti sul territorio e la percezione degli utenti e dei loro familiari circa la loro effettiva efficienza ed efficacia. Qui di seguito vengono fornite alcune informazioni generali sui servizi territoriali dell'area pistoiese (pubblici e non), che, ad oggi, sono coinvolti nel trattamento del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP), attraverso una breve descrizione di quelle che sono le caratteristiche dell'utenza (giocatori in trattamento, contatti, invariati), i servizi erogati e il personale che si occupa di GAP. A tal fine sono stati contattati i referenti delle varie équipe di lavoro che si occupano del trattamento del GAP. Questa indagine riporta i servizi attualmente attivi sul territorio pistoiese per quanto concerne il GAP, analizzando i punti di forza e le criticità emerse, e illustrando delle ipotesi di sviluppo volte a migliorare la presa in carico e il trattamento dei soggetti affetti da Disturbo da Gioco d'Azzardo.

Da una prima ricognizione è emerso che i servizi territoriali nell'area pistoiese che si occupano di GAP sono principalmente due: 1) il servizio pubblico svolto dall'Azienda USL 3; 2) il servizio offerto dal Gruppo Incontro Società Cooperativa Sociale.

IL SERVIZIO PUBBLICO SVOLTO DALL'AZIENDA USL 3

Per quanto riguarda il primo servizio menzionato, all'interno dell'Azienda USL 3 di Pistoia (nelle città di Pistoia e Montecatini), è attivo un Centro di Accoglienza per i giocatori d'azzardo patologici che vede come responsabile il direttore del Ser. T..

Questa équipe di lavoro comprende figure professionali con formazioni diverse (psicologo, psichiatra, assistente sociale) e, data la sua multidisciplinarietà, permette un'osservazione e un trattamento multidimensionale del fenomeno con una presa in carico di tipo "globale" della persona. Il trattamento prevede un primo colloquio d'accoglienza, dove il giocatore (in generale accompagnato da un familiare) si presenta e dichiara la sua problematica. Dopo il primo colloquio, al giocatore viene effettuato un'*assessment* clinico, e poi le strade sono due; 1) viene preso in carico dal servizio; 2) viene inviato a svolgere dei gruppi presso altri servizi (ad esempio l'altro servizio GAP sul territorio, che collabora a stretto contatto con il Ser. T., quello del Gruppo Incontro Società Cooperativa Sociale).

Nel primo caso, in generale, è lo psicologo del servizio che conduce i colloqui clinici, e può avvalersi, qualora necessario, del supporto farmacologico fornito dalla professionalità dello psichiatra. Nel secondo caso, dopo una prima valutazione e alcuni colloqui preliminari, il servizio si avvale del supporto di una Cooperativa Sociale, che si occupa del fenomeno, e che prende in carico il soggetto. Il personale che si occupa di gioco svolge regolarmente attività di aggiornamento partecipando a convegni o attività che prevedono i crediti ECM (Educazione Continua in Sanità) come previsto dal regolamento. Tuttavia queste attività formative non sempre riguardano nello specifico il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP).

Nel 2014 le richieste presso il servizio pubblico sono state 50-52, e queste sono state effettuate principalmente dai familiari e in qualche caso dai giocatori stessi. Se si considera che nel 2011 avevano ricevuto accoglienza ed ascolto (anche telefonico) dai Ser. T. delle zone di Pistoia e della Val di Nievole, complessivamente 33 giocatori e nel 2010 circa 20, si vede come il fenomeno del gioco d'azzardo in quattro anni abbia coinvolto più del doppio delle persone.

Riguardo alla rilevazione della percezione di efficacia dei servizi da parte dei giocatori, questo non è stato possibile, data la complessità della rilevazione di questi dati e le tempistiche molto lunghe per accedere a queste informazioni, avere del materiale; tuttavia ci possiamo basare sulla valutazione del responsabile del Ser. T. che rileva, in una percentuale consistente dei casi, una buona soddisfazione degli utenti rispetto al servizio.

IL SERVIZIO OFFERTO DAL GRUPPO INCONTRO SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE: L'“ALTRO AZZARDO”

Per quanto riguarda “Altro Azzardo”, il secondo servizio presente sul territorio pistoiese (ad opera del Gruppo Incontro Società Cooperativa Sociale) attivo dal 2001, si può riportare quanto segue sulla base delle indicazioni del direttore terapeutico del servizio.

Nel servizio “Altro Azzardo”, opera una équipe di lavoro che comprende figure professionali con formazioni diverse (psicologo, psicoterapeuta, psichiatra) e questo consente, come nel caso sopra menzionato, un'osservazione e un trattamento multidimensionale del fenomeno GAP con una presa in carico a 360° della persona. Il trattamento prevede un primo colloquio di valutazione, dove il giocatore (in generale accompagnato da un familiare) si presenta e dichiara la sua problematica. In questa fase lo psicoterapeuta responsabile, dispone una prima valutazione volta ad

indagare la carriera del giocatore, il suo grado di coinvolgimento nel gioco d'azzardo e la sua disponibilità ad accettare il trattamento (compreso il tutoraggio economico). In questa fase vengono introdotte al giocatore alcuni elementi indispensabili del trattamento, come il tutoraggio economico da parte di un familiare, che si impegna anche a partecipare ai gruppi che si svolgono a cadenza settimanale. Dopo alcuni colloqui preliminari il giocatore che accetta le regole del trattamento è inserito nel gruppo ed entra in trattamento. Il gruppo terapeutico si avvale di tecniche provenienti da vari approcci, come l'Analisi Transazionale, la Gestalt, il modello Psicodinamico, e la Terapia Cognitivo-Comportamentale. Qualora se ne ravvisi la necessità, coloro che partecipano al gruppo, possono avvalersi della consulenza psichiatrica o psicoterapeutica individuale. Come attività formativa, l'équipe di "Altro Azzardo", generalmente partecipa a dei convegni sul tema del gioco d'azzardo o alle giornate formative organizzate sulle dipendenze in generale dalla Cooperativa stessa. Tuttavia, non sono presenti delle attività formative specifiche e sistematiche sul gioco d'azzardo.

Dal 2001 ad oggi le richieste presso il servizio "Altro Azzardo" del Gruppo Incontro sono state 135; le richieste di trattamento sono state effettuate principalmente dai familiari e in qualche caso dai giocatori stessi.

IL CENTRO DI SOLIDARIETÀ (CEIS)

Per concludere questa breve rassegna sui servizi GAP che operano nel territorio pistoiese, è corretto menzionare il Centro di Solidarietà (CEIS) di Pistoia, che prevede al suo interno, un servizio di accoglienza e orientamento per giocatori d'azzardo. Nonostante questa attività relativa al gioco d'azzardo, non sia strutturata come altre attività che svolge il centro stesso, può essere utile, ai fini di questa breve rassegna esplorativa, citare anche questa realtà, della quale non abbiamo però dati certi da riportare.

PARTE SECONDA:

ESPERIENZE E MODELLI SUL GIOCO D'AZZARDO

INTRODUZIONE

Il Disturbo da Gioco d’Azzardo ed i problemi a esso correlati sono stati per lungo tempo sottovalutati da un approccio scientifico, facendo sì che questa tipologia di disturbo venisse inclusa nell’esclusivo ambito del “vizio”. Scarsa attenzione era stata inoltre posta sull’entità dei costi sociali che questa malattia comporta; le sue specifiche caratteristiche causano infatti delle pesanti conseguenze che gravano direttamente non solo sul giocatore stesso, ma anche sui propri familiari in relazione sia ad aspetti puramente psicopatologici, che ad aspetti economici e relazionali.

Com’è noto i problemi con il gioco d’azzardo sorgono quando l’aspetto ludico diventa secondario rispetto all’impulso di giocare, al bisogno di rischiare, di riprovare, di continuare a tentare la fortuna anche a fronte di perdite clamorose o devastanti. Quando s’instaura questa dinamica, il gioco si configura come “*gambling*”, quale comportamento compulsivo, la cui dinamica può essere, pur in assenza di una specifica sostanza, assimilabile ad altre forme di dipendenza quali tossicodipendenza o alcolismo (Cancrini, 1996; Croce e Zerbetto, 2001). Dal punto di vista diagnostico il giocatore d’azzardo patologico è una persona che presenta una incapacità cronica e progressiva di resistere all’impulso di giocare d’azzardo e nel comportamento conseguente, che compromette, disturba o danneggia se stesso, la sua famiglia o le sue attività professionali (APA, 2013).

Nonostante gli sforzi per contrastare la piaga del Gioco d’Azzardo Patologico (fenomeno con una diffusione sempre più ampia), e le numerose teorie per la comprensione del fenomeno, non è ancora stato ipotizzato un modello comprensivo di prevenzione e di trattamento che permetta, almeno

sulla carta, la presa in carico dei giocatori patologici, e che garantisca per ognuno di loro il trattamento migliore (il più possibile efficace).

Nel corso del tempo, infatti, si sono succedute molte riflessioni teoriche e sono state svolte numerose analisi empiriche del fenomeno del gioco d'azzardo, che hanno portato ad alcune esperienze di presa in carico e di trattamento relativamente efficaci. Partendo dall'analisi dei punti di forza e dalle criticità emerse in queste esperienze di comprensione, presa in carico e di trattamento, questo lavoro ha lo scopo di ipotizzare un nuovo modello teorico-pratico, per la comprensione, la presa in carico e il trattamento del gioco d'azzardo, che cerca di seguire la spinta dei modelli di tipo *evidence-based*.

Nello specifico sono state passate in rassegna una serie di esperienze riguardanti la presa in carico e il trattamento dei giocatori patologici, effettuate nel territorio italiano (partendo dall'esperienza del territorio pistoiese) e anche all'estero. In seguito sono stati analizzati i principali modelli teorici per la comprensione e il trattamento del gioco d'azzardo e sono stati messi in luce i principali punti di forza e di debolezza dei vari modelli, al fine di ipotizzare un nuovo modello integrato, basato sull'esperienza, per la comprensione, la presa in carico e il trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico.

1. LE ESPERIENZE DI PRESA IN CARICO IN ITALIA E ALL'ESTERO

A fronte dell'enorme diffusione che il gioco d'azzardo sta assumendo all'interno del contesto italiano e delle allarmanti percentuali di persone coinvolte in un gioco d'azzardo patologico, diversi enti pubblici e privati si sono trovati a dover rispondere all'ingente richiesta di aiuto di giocatori

caratterizzati da precarie e drammatiche condizioni psicologiche, relazionali, economiche e sociali.

Già a partire dal 2004 gli Operatori dei Servizi per le Tossicodipendenza (Ser.T) delle Aziende Sanitarie distribuite sul territorio nazionale hanno iniziato a dover fronteggiare il crescente numero di arrivi di domande di cura di giocatori d'azzardo patologici, con strumenti e personale non sempre qualificato. Questo ha portato a una maggiore attenzione sociale e politica verso il fenomeno del gioco d'azzardo e alla necessità di rispondere in modo veloce, ma anche strutturato e adeguato, ai bisogni specifici dei giocatori che si presentavano con un'urgente richiesta di presa in carico. Per far fronte a tale urgenza sono stati finanziati numerosi fondi regionali per lo sviluppo di progetti mirati alla creazione di specifici servizi per la cura del gioco patologico che hanno permesso, in numerose Aziende Sanitarie Locali, la nascita di specifici Ambulatori GAP. Da allora i giocatori d'azzardo patologici e le loro famiglie hanno avuto la possibilità di ottenere una risposta alla loro richiesta di aiuto, trovando un'équipe multidisciplinare specializzata a gestire la loro dipendenza e i problemi psicologici, familiari, relazionali ed economici che ad essa si associano.

Ad oggi diversi Ser.T prevedono la presa in carico di questi pazienti, tuttavia, a causa della necessità di avere risposte di accoglienza tempestive e specifiche, non sempre le modalità, le procedure e i trattamenti forniti sono stati condivisi a livello nazionale. Al contrario, le singole realtà territoriali si sono trovate a fronteggiare questo fenomeno con modalità abbastanza autonome che hanno portato alla messa a punto di interventi specifici per la specifica realtà locale. Il risultato di questa autonomia da parte dei Servizi ha comportato, inevitabilmente, modalità e approcci sensibilmente diversi a seconda della regione o anche tra strutture diverse di una stessa regione.

Inoltre, accanto allo sviluppo di servizi pubblici di cura per i gamblers a livello territoriale, il forte e preoccupante dilagare del fenomeno del gioco d'azzardo ha visto la nascita e lo sviluppo di numerose associazioni ed enti privati finalizzati allo studio e al trattamento di tale dipendenza.

L'ESPERIENZA DEI SERVIZI ALL'INTERNO DEL TERRITORIO PISTOIESE

Per quanto riguarda il territorio pistoiese è stata condotta un'indagine esplorativa finalizzata a verificare quali tipi di intervento vengono attualmente offerti dai servizi pubblici presenti sul territorio e la percezione degli utenti e dei loro familiari circa la loro effettiva efficienza ed efficacia. Qui di seguito vengono fornite alcune informazioni generali sui servizi territoriali dell'area pistoiese (pubblici e non), che, ad oggi, sono coinvolti nel trattamento del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP), attraverso una breve descrizione di quelle che sono le caratteristiche dell'utenza (giocatori in trattamento, contatti, invidanti), i servizi erogati e il personale che si occupa di GAP. A tal fine sono stati contattati i referenti delle varie équipe di lavoro che si occupano del trattamento del GAP. Questa indagine riporta i servizi attualmente attivi sul territorio pistoiese per quanto concerne il GAP, analizzando i punti di forza e le criticità emerse, e illustrando delle ipotesi di sviluppo volte a migliorare la presa in carico e il trattamento dei soggetti affetti da Disturbo da Gioco d'Azzardo.

Descrizione dei servizi che operano nel territorio pistoiese

Da una prima ricognizione è emerso che i servizi territoriali nell'area pistoiese che si occupano di GAP sono principalmente due: 1) il servizio pubblico svolto dall'Azienda USL 3; 2) il servizio offerto dal Gruppo Incontro Società Cooperativa Sociale.

Per quanto riguarda il primo servizio menzionato, all'interno dell'Azienda USL 3 di Pistoia (nelle città di Pistoia e Montecatini), è attivo un

Centro di Accoglienza per i giocatori d'azzardo patologici che vede come responsabile il direttore del Ser. T..

Questa équipe di lavoro comprende figure professionali con formazioni diverse (psicologo, psichiatra, assistente sociale) e, data la sua multidisciplinarietà, permette un'osservazione e un trattamento multidimensionale del fenomeno con una presa in carico di tipo "globale" della persona. Il trattamento prevede un primo colloquio d'accoglienza, dove il giocatore (in generale accompagnato da un familiare) si presenta e dichiara la sua problematica. Dopo il primo colloquio, al giocatore viene effettuato un'*assessment* clinico, e poi le strade sono due; 1) viene preso in carico dal servizio; 2) viene inviato a svolgere dei gruppi presso altri servizi (ad esempio l'altro servizio GAP sul territorio, che collabora a stretto contatto con il Ser. T., quello del Gruppo Incontro Società Cooperativa Sociale).

Nel primo caso, in generale, è lo psicologo del servizio che conduce i colloqui clinici, e può avvalersi, qualora necessario, del supporto farmacologico fornito dalla professionalità dello psichiatra. Nel secondo caso, dopo una prima valutazione e alcuni colloqui preliminari, il servizio si avvale del supporto di una Cooperativa Sociale, che si occupa del fenomeno, e che prende in carico il soggetto. Il personale che si occupa di gioco svolge regolarmente attività di aggiornamento partecipando a convegni o attività che prevedono i crediti ECM (Educazione Continua in Sanità) come previsto dal regolamento. Tuttavia queste attività formative non sempre riguardano nello specifico il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP).

Nel 2014 le richieste presso il servizio pubblico sono state 50-52, e queste sono state effettuate principalmente dai familiari e in qualche caso dai giocatori stessi. Se si considera che nel 2011 avevano ricevuto accoglienza ed ascolto (anche telefonico) dai Ser. T. delle zone di Pistoia e

della Val di Nievole, complessivamente 33 giocatori e nel 2010 circa 20, si vede come il fenomeno del gioco d'azzardo in quattro anni abbia coinvolto più del doppio delle persone.

Riguardo alla rilevazione della percezione di efficacia dei servizi da parte dei giocatori, questo non è stato possibile, data la complessità della rilevazione di questi dati e le tempistiche molto lunghe per accedere a queste informazioni, avere del materiale; tuttavia ci possiamo basare sulla valutazione del responsabile del Ser. T. che rileva, in una percentuale consistente dei casi, una buona soddisfazione degli utenti rispetto al servizio.

Per quanto riguarda "Altro Azzardo", il secondo servizio presente sul territorio pistoiese (ad opera del Gruppo Incontro Società Cooperativa Sociale) attivo dal 2001, si può riportare quanto segue sulla base delle indicazioni del direttore terapeutico del servizio.

Nel servizio "Altro Azzardo", opera una équipe di lavoro che comprende figure professionali con formazioni diverse (psicologo, psicoterapeuta, psichiatra) e questo consente, come nel caso sopra menzionato, un'osservazione e un trattamento multidimensionale del fenomeno GAP con una presa in carico a 360° della persona. Il trattamento prevede un primo colloquio di valutazione, dove il giocatore (in generale accompagnato da un familiare) si presenta e dichiara la sua problematica. In questa fase lo psicoterapeuta responsabile, dispone una prima valutazione volta ad indagare la carriera del giocatore, il suo grado di coinvolgimento nel gioco d'azzardo e la sua disponibilità ad accettare il trattamento (compreso il tutoraggio economico). In questa fase vengono introdotte al giocatore alcuni elementi indispensabili del trattamento, come il tutoraggio economico da parte di un familiare, che si impegna anche a partecipare ai gruppi che si svolgono a cadenza settimanale. Dopo alcuni colloqui preliminari il giocatore che accetta le regole del trattamento è inserito nel gruppo ed entra in

trattamento. Il gruppo terapeutico si avvale di tecniche provenienti da vari approcci, come l'Analisi Transazionale, la Gestalt, il modello Psicodinamico, e la Terapia Cognitivo-Comportamentale. Qualora se ne ravvisi la necessità, coloro che partecipano al gruppo, possono avvalersi della consulenza psichiatrica o psicoterapeutica individuale. Come attività formativa, l'équipe di "Altro Azzardo", generalmente partecipa a dei convegni sul tema del gioco d'azzardo o alle giornate formative organizzate sulle dipendenze in generale dalla Cooperativa stessa. Tuttavia, non sono presenti delle attività formative specifiche e sistematiche sul gioco d'azzardo.

Dal 2001 ad oggi le richieste presso il servizio "Altro Azzardo" del Gruppo Incontro sono state 135; le richieste di trattamento sono state effettuate principalmente dai familiari e in qualche caso dai giocatori stessi.

Per concludere questa breve rassegna sui servizi GAP che operano nel territorio pistoiese, è corretto menzionare il Centro di Solidarietà (CEIS) di Pistoia, che prevede al suo interno, un servizio di accoglienza e orientamento per giocatori d'azzardo. Nonostante questa attività relativa al gioco d'azzardo, non sia strutturata come altre attività che svolge il centro stesso, può essere utile, ai fini di questa breve rassegna esplorativa, citare anche questa realtà, della quale non abbiamo però dati certi da riportare.

ALTRE ESPERIENZE IN ITALIA

Qui di seguito vengono riportate altre esperienze effettuate sul territorio nazionale, suddivise in esperienze svolte dal servizio pubblico ed esperienze svolte da enti privati.

SERVIZIO PUBBLICO: SER.T

IL PIEMONTE

Per far fronte alla preoccupante esplosione del fenomeno, che vede nella realtà piemontese un aumento del 388.5% di giocatori patologici che si sono rivolti ai servizi territoriali dal 2005 al 2010 (Bollettino OED, 2011), è stato costituito nel 2008, il Coordinamento Regionale GAP per l'implementazione della rete di servizi che si occupano del gioco d'azzardo patologico, al fine di collegare le singole unità operative con una condivisione e un confronto sulla struttura, la metodologia e le esperienze messe in atto.

I vari Ser.T piemontesi che accolgono i giocatori d'azzardo patologici prevedono un'equipe composta dalle stesse figure professionali che si occupa della presa in carico di pazienti tossicodipendenti e prevista all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze. Questa è quindi composta da medici, psicologi, educatori, assistenti sociali e infermieri professionali. L'accoglienza prevede dai 3 ai 4 colloqui, durante i quali viene richiesto il coinvolgimento anche dei familiari del paziente, sono svolti principalmente dallo psicologo, da un educatore o un assistente sociale e prevedono una restituzione al paziente rispetto a una possibile presa in carico e proposta di trattamento. A causa delle scarse risorse presenti sul territorio, difficilmente il medico riesce a svolgere un ruolo attivo durante questa fase e, su tutte le ASL della Regione, è presente un solo consulente finanziario. Nonostante

una relativa omogeneità rispetto alla fase di accoglienza va tuttavia sottolineato come la presenza delle diverse figure professionali coinvolte tenda ad essere disomogenea tra le varie strutture, risentendo della disponibilità delle risorse locali.

Il trattamento invece si presenta molto più eterogeneo tra le varie strutture, soprattutto rispetto alle condizioni necessarie per l'intervento. Alcune infatti prevedono l'astensione totale dal gioco, per altre è sufficiente una riduzione dello stesso, altre ancora decidono in base ad ogni singolo paziente, infine la maggior parte delle strutture non ha alcuna richiesta rispetto al comportamento di gioco. Anche rispetto alla tipologia di intervento le singole unità territoriali propongono pacchetti leggermente diversi di trattamenti in parallelo che possono comprendere psicoterapie individuali, di coppia o di gruppo, sostegno psicologico sia al paziente che ai suoi familiari, la possibilità di trattamento farmacologico e di tutoraggio economico. Nei casi di necessità è previsto anche l'inserimento in strutture residenziali o semi-residenziali.

L'ABRUZZO: UN MODELLO DI INTERVENTO PRESSO IL SER.T DI CHIETI

All'interno del contesto abruzzese, che si è collocato nel 2011 al terzo posto per il giocato pro-capite a livello nazionale con una spesa di 1.892 euro, nel 2010 il Ser.T di Chieti ha costituito un'unità specifica per la presa in carico e la cura del gioco d'azzardo patologico a seguito della crescente richiesta di aiuto pervenuta al servizio.

La presa in carico prevede un primo appuntamento di assessment, svolto generalmente da un educatore professionale o un assistente sociale, e la successiva possibilità di un trattamento psicosociale integrato. Il medico o lo psichiatra sono coinvolti se vi è la presenza di altre forme di dipendenze da sostanze o di disturbi psicopatologici.

Il programma di trattamento prevede colloqui di sostegno psicologico o una psicoterapia, che può essere individuale o familiare; consulenze educative e trattamenti farmacologici. Sono previsti, dove necessario, programmi riabilitativi in comunità terapeutiche, programmi di reinserimento lavorativo e sociale, la possibilità di sostegno anche ai familiari del paziente, sia per aiutarli a far fronte alla situazione che per facilitare un cambiamento familiare positivo nell'ottica di ristabilire un nuovo equilibrio all'interno delle mura domestiche.

LA LOMBARDIA: L'ESPERIENZA DEL SER.T DI MILANO E DI LODI

A Milano, dal 2003, il Ser.T accoglie in cura pazienti con diagnosi di gioco d'azzardo patologico con un programma terapeutico multidisciplinare nel quale sono previste psicoterapie individuali, di coppia o familiari e di gruppo, attività psicoeducazionali, tutoraggio economico e assistenza medica per favorire il miglioramento delle condizioni psicologiche, relazioni, sociali ed economiche del giocatore. La peculiarità di tale contesto territoriale è la conduzione dei gruppi attraverso le tecniche dello psicodramma che permettono ai membri del gruppo di rappresentare scenicamente le loro storie. Le tecniche previste all'interno dei gruppi consentono al paziente di sperimentare in modi diversi e non abituali il proprio corpo, le proprie emozioni e il proprio pensiero favorendo il recupero e la rielaborazione delle proprie esperienze e il raggiungimento di maggiori livelli di benessere.

A partire dal 2004 il Ser.T di Lodi ha costituito un approccio muldimodale per il trattamento dei pazienti con patologia di gioco d'azzardo patologico che si adatta, di volta in volta, alle specifiche necessità e caratteristiche del giocatore. Le figure professionali principali coinvolte nell'intervento sono il medico, l'educatore e lo psicologo. Il medico incontra il paziente e i familiari, è responsabile della diagnosi e della gestione dei

rapporti con i legali per quanto riguarda gli aspetti economici. Questo risulta di estrema importanza data le difficoltà, sia del paziente che dei familiari, di affrontare i debiti causati dal comportamento di gioco. Il Ser.T di Lodi, riconoscendo in questo problema un aspetto indispensabile per la riuscita del trattamento, ha attivato delle collaborazioni con alcuni consulenti legali specializzati che forniscono il loro supporto per pareri tecnici o, ove necessario, per una presa in carico legale gratuita. Il ruolo dell'educatore è circoscritto all'accoglienza e la presa in carico dei familiari, mentre lo psicologo mette a disposizione le proprie competenze per un supporto psicologico o una psicoterapia individuale, di coppia o familiare.

L'approccio multimodale è di natura psicosociale ed educativa, all'interno del quale assume un'importanza particolare la consapevolezza che il paziente ha del problema e la gestione degli aspetti economici. Attraverso la richiesta di astenersi dal gioco, l'intervento è finalizzato alla modificazione dei comportamenti compulsivi di gioco e delle distorsioni cognitive legate al comportamento problematico. Il trattamento farmacologico è previsto nell'ottica di un contenimento dei disagi psicologici solitamente di natura ansiosa o depressiva sperimentati dal giocatore ma è sempre accompagnato da un percorso di sostegno o di psicoterapia.

IL VENETO: DUE APPROCCI AL TRATTAMENTO DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO. IL TRATTAMENTO DI GRUPPO DI PADOVA E UN MODELLO DI TRATTAMENTO MULTIMODALE INTEGRATO AD ESTE E MONSELICE

All'interno del contesto veneto sono attualmente presenti diversi programmi di intervento per i giocatori d'azzardo patologici. A partire dal 2009, ad esempio, è stato costituito presso il Dipartimento per le Dipendenze di Padova l'Ambulatorio per la Prevenzione e il Trattamento della Dipendenza del Gioco d'Azzardo. L'obiettivo di tale ambulatorio è

quello di comprendere la vastità del fenomeno, strutturare interventi di prevenzione e programmi di riabilitazione e di cura sia per i giocatori che per le loro famiglie attraverso l'utilizzo del lavoro di gruppo. Il percorso prevede 7 incontri di terapia di gruppo di 90 minuti ciascuna a cadenza settimanale affiancati da un percorso di terapia individuale. All'interno del gruppo è prevista la discussione dei temi presenti in un manuale di auto-aiuto ("Vincere il gioco d'azzardo: Manuale di auto aiuto per il giocatore che vuole smettere") che viene preventivamente fornito ai pazienti e che prevede 7 sezioni, una per ciascun incontro: Introduzione al gioco d'azzardo e al gioco d'azzardo patologico; Aumentare la consapevolezza sulle conseguenze del gioco; La gestione del denaro; La gestione del tempo libero; Imparare a riconoscere e a gestire il Craving; Gli errori di pensiero del giocatore.

Anche presso il Ser.T delle sedi di Este e Monselice è stato istituito, a partire dal 2011, un ambulatorio specializzato per il trattamento del gioco d'azzardo patologico. Come in altre realtà territoriali, all'interno dell'ambulatorio lavora un'équipe multidisciplinare formata da medico, psicologo, educatore professionale, assistente sociale ed infermiere. Il trattamento segue un'impostazione cognitivo-comportamentale e psicoeducazionale per aiutare i giocatori a correggere i loro comportamenti compulsivi disfunzionali e le credenze cognitive errate che tendono a mettere in atto durante il gioco. Sono previsti l'utilizzo di schede e di compiti da svolgere a casa, nonché attività alternative svolte attraverso tecniche di rilassamento, meditazione e yoga. Le finalità sono quelle di aumentare i livelli di autostima e di autoefficacia, le abilità di problem solving e le strategie di coping, al fine di modificare, in una direzione maggiormente adattiva, le abitudini e gli stili di vita dei giocatori.

La presa incarico avviene a seguito di un pacchetto di incontri, dai 3 ai 4, svolti con lo psichiatra o lo psicologo, durante i quali è richiesta la presenza

di una familiare, ritenuta di estrema importanza ai fini della guarigione per due motivi: in primo luogo rappresenterà quella persona che svolgerà per il paziente il ruolo di tutoraggio finanziario, per tutti gli aspetti cioè legati alla gestione del denaro; inoltre il suo coinvolgimento aumenta la motivazione del giocatore riconoscendo maggiormente il suo problema e il bisogno di aiuto. Al termine degli incontri, durante i quali vengono raccolte le informazioni sulla storia personale del paziente, le abitudini legate al gioco, la situazione finanziaria e viene somministrata una batteria di test psicodiagnostici, viene proposto il possibile percorso terapeutico, dove viene richiesta l'astinenza dal gioco.

Questo prevede un trattamento individuale con 4 - 6 colloqui con lo psichiatra o lo psicologo e incontri con l'educatore sia per il paziente che per il familiare. Sono previste 10-12 sedute di gruppo condotti da uno psichiatra ed un educatore, laddove non siano presenti fattori non idonei come una bassa motivazione al trattamento, un ritardo mentale, patologie psichiatriche maggiori o la dipendenza da sostanze. L'importanza attribuita alla famiglia viene evidenziata anche nel momento del trattamento, all'interno del quale viene predisposto uno spazio dedicato specificatamente al loro supporto. A questo proposito infatti, in parallelo ai gruppi terapeutici dei pazienti, anche i familiari possono partecipare a un ciclo di incontri di gruppo per i familiari dei giocatori, al fine di favorire il cambiamento nello stesso momento in tutti i membri della famiglia.

LA SARDEGNA: IL PERCORSO DI CURA PRESSO IL SER.T DI CAGLIARI

Anche il Ser.T della provincia di Cagliari ha costituito nel 2006 un Gruppo Operativo per il trattamento del gioco d'azzardo patologico, con un'équipe formata da medici e psicoterapeuti. Il momento dell'accoglienza viene svolto dallo psicologo ed è vivamente raccomandato, come in altre

realtà territoriali, il coinvolgimento della famiglia del paziente. A seguito del primo colloquio viene svolta una valutazione medica per accertare le condizioni fisiche generali del giocatore, una valutazione psicologica mediante colloqui e la somministrazione di test psicometrici tesi a rilevare i comportamenti e le abitudini di gioco, la presenza di eventuali problemi legati all'uso di alcol o di altre sostanze e il livello di benessere psicologico globale. Infine viene svolta una valutazione sociale tesa a identificare le aree maggiormente compromesse a seguito del gioco patologico: quella economica, relazionale, familiare e lavorativa.

La presa in carico prevede l'inserimento in un programma di intervento basato sul modello della terapia multi-coppiale/multifattoriale che prevede il totale coinvolgimento della famiglia o della diade coppia che ha una durata di 6 mesi con incontri settimanali. È inoltre previsto un tutoraggio economico per la gestione delle spese da parte di una figura scelta dal paziente. Gli obiettivi di tale percorso mirano alla riduzione del comportamento problematico e al miglioramento della qualità delle relazioni interpersonali.

Al termine di questo primo intervento terapeutico, le famiglie o le coppie iniziano un percorso presso i gruppi territoriali di Auto Mutuo Aiuto coordinati da un Self Helper formato dagli operatori del servizio del Ser.T.

ALCUNE ASSOCIAZIONI, CENTRI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

GLI ENTI ADERENTI AL CONAGGA

Costituitosi nel 2004 a Reggio Emilia, il Coordinamento Nazionale Gruppi per Giocatori d'Azzardo (CONAGGA) rappresenta un'associazione

formata da enti senza scopo di lucro finalizzati alla cura e al trattamento del gioco d'azzardo patologico.

Le finalità del Coordinamento sono legate alla diffusione dell'informazione del gioco d'azzardo, attraverso la divulgazione di materiale informativo e la promozione di eventi formativi, e alla costruzione di una rete a livello nazionale che favorisca la condivisione delle esperienze di trattamento e di incontro tra le diverse figure professionali e le strutture che si occupano di questa problematica. Ad oggi sono 20 gli enti aderenti al CONAGGA all'interno del territorio nazionale. Questi, come evidenziato nella tabella sottostante (fonte: www.conagga.it), presentano caratteristiche specifiche, sia rispetto alle figure professionali presenti che alle attività terapeutiche svolte.

I NUMERI DEL CONAGGA								
TOTALE				6.631	3.434	230	34	
Ente	Personale	Attività svolte dall'ente sul gioco d'azzardo	Inizio gruppi azzardo	Richieste d'aiuto ricevute	Personae accotte in gruppo	Gruppi effettuati al mese	Località	Riferimenti
Cooperativa Sociale "Self Help"	educatore, psichiatra, ass. sociale, consulente legale, psicologi	formazione, gruppi di auto aiuto anche con familiari, consulenza psichiatrica e psicologica, supporto individualizzato, percorsi di cura, consulenze legali, attività di psicoeducazione e guida relazionale	1999	652	614	20	Verona	Persi Manuela 349/0615778 ; Coop. Self Help 045502533, Via Albere 132, Verona
Ass. Auto Mutuo Aiuto Trento	sociologo, assistenti sociali, educatore professionale	colloqui motivazionali, gruppi di auto mutuo aiuto, percorsi psicoeducativi, formazione facilitatori, attività di sensibilizzazione e prevenzione	1999	461	227	32	Trento, Rovereto Tione, Riva del G., Cles, Predazzo	Tel. 0461.239640, Paolo Dallago 342-8210353 ama.azzardo@gmail.com www.automutuoaiuto.it
Ass. Onlus "Centro Sociale Papa Giovanni XXIII"	psicologo, psicoterapeuta, assistente sociale, educatori professionali, formatori	Trattamenti di gruppo e individuale, Comunità residenziale Pluto, consulenze economiche e legali, formazione, ricerca, sensibilizzazione, informazione, prevenzione,	2000	1507	828 (di cui 37 nella Comunità Pluto)	17	Reggio Emilia, Guastalla, Modena	Reggio Emilia: Caroni Umberto tel.3296707296 azzardo@libera-mente.org www.libera-mente.org Comunità per giocatori "Pluto" pluto@libera-mente.org 3299281985
Famiglie in gioco	sociologo, ass. sociale, educ., counsellor, psicoterap., facilitatori	Gruppi AMA, comunità terapeutica Il Focolare, ascolto telefonico, colloqui, consulenza con Fond. antiusura, comunità familiari, formazione, serate di sensibilizzazione	2000	797	391	36	Salerno	Stefania Pirazzo tel. 3485709631 stefania.pirazzo@gmail.com www.gruppologosonlus.it
Gruppo Incontro Coop. Soc.	psicologi, psicoterapeuta, psichiatra	assessment clinico, terapia di Gruppo, psicoterapia individuale, familiare e di coppia, trattamento farmacologico, trattamento residenziale, incontri di Follow up, ricerca	2001	169	76	4	Pistoia	Giuseppe Iraci 0573 50 431 - Cell 347 9301751 giuseppe.iraci@incontro.coop - Paola Russo 057350431 cell 3479196592 paola.russo@incontro.coop
Coop. Soc. "Nuova Vita"	psicologi, psicoterapeuti	Terapia di gruppo con giocatori e con familiari, Terapia individuale e familiare	2001	654	278	8	Vicenza	Stefano Cezza 347/6405960 stefanocezza@libero.it novavita@tin.it
L.A.G. Coop. Sociale	educatore, psicologo psicoterapeuta,	colloqui motivazionali, gruppi psicoeducativi, supervisioni cliniche, prevenzione	2004	207	103	12	Vignola (MO) e Finale Emilia (MO)	Roberto Zeppa tel: 3347105045 roby.zeppa@gmail.com gioccodazzardo@lagvignola.it www.lagvignola.it
Associazione San Benedetto	operatore di comunità terapeutica, psicologhe-psicoterapeute	colloqui terapeutici e educativi, tutoraggio economico/sul debito, gruppi terapeutici, mediazione familiare, incontri con scuole, orientamento ai servizi, verifica con Ser.T., rete territoriale GAP	2005	239	89	4	Livorno	Emiliano Contini 392 3492356 emyc1976@libero.it o info@associazionesanbenedetto.org
Centro Calabrese di Solidarietà	psicoterapeuta, sociologo, educatore	Colloqui individuali, gruppi auto aiuto, coinvolgimento familiare, attività psico educative, prevenzione, ricerca	2006	158	110	6	Catanzaro	Giorgia Ritrovato 0961.769720 Via Degli Abruzzi n.38 Catanzaro www.cccsalanzaro.it + terapeutico@alice.it
Ass. Auto Mutuo Aiuto - Macerata	infermieri liberi professionisti, pensionato	gruppi di auto mutuo aiuto con facilitatori, formazione ed informazione sul territorio	2008	235	125	12	Macerata, Porto Sant'Elpidio, Civitanova Marche	Macerata Lampa e Bellesi 3498264230 info@amamacerata.it www.amamacerata.it Civitanova Marche Sansonetti e Bedini 3339036309 Porto Sant'Elpidio Minnucci 3396910725
Centro Reggino di Solidarietà (Ce.Re.So.)	psichiatra, psicoterapeuta, educatore professionale, counsellor	sensibilizzazione, formazione, colloqui, gruppi (giocatori e familiari), valutaz. psicodiagnostica, trattam. farmacologico, supervisioni, consulenza economica e legale	2009	165	80	8	Sambattello Reggio Calabria	Lorenzo Di Raco Tel 3281062820 lorenzo.diraco@gmail.com info@cereso.it www.cereso.it
Centro di Solidarietà di Prato	psicologi, medico, educatore, consulente familiare	colloqui motivazionali, colloqui individuali, gruppo con helper, colloqui di consulenza familiare, colloqui di consulenza di coppia	2009	128	67	4	Prato	Francesco Gigliotti 3455994121 lauragreen@virgilio.it
Ass. A.M.A Ancona	psicologi, psichiatra, sociologo	sportello d'ascolto, colloqui individuali, gruppo d'auto mutuo aiuto, supervisioni cliniche, formazione	2010	223	114	12	Ancona	Carmine Mango 335 6578722, www.automutuoautoancona.it
O.G.A.P. Operat. Gruppi Polidipend.	operatrice di comunità, psicoterapeute	Colloqui individuali motivazionali- Colloqui con la famiglia - Gruppi terapeutici di mutuo aiuto	2010	78	61	12	Carrara, Seravezza di Lucca	Maria Paola Freschi cell 334 2302322 e-mail:info@ogapms.org www.ogapms.org
Coop Sociale "Iris L' Aurora"	psicologhe, psicoterapeute, educ., sociologo	colloqui individuali, gruppi, formazione, prev./inform., comunità residenziale breve	2010	79	39 (di cui 20 in comunità Greta)	8	Fano, Senigallia, Cantiano (PU)	Silvia Piersanti cell 3318166124 Stefano Ialenti 3385860607 comunicazione@irsaurora.it www.irsaurora.it progetto Greta
Aps " Famiglie Fuori Gioco"	sociologo, assistenti sociali, educatore,	Colloqui motivazionali, attività di informazione e formazione, gruppi di Auto Mutuo Aiuto con Helper, Supervisione Helper.	2010	52	31	8	Potenza	Adele Brucoli - 342 0635228 famigliefuorigioco@gmail.com www.famigliefuorigioco-gapp-pz.com
AMA Aquilone	psicologi	colloqui, gruppi, supervisione, ambulatorio e trattamento semi-residenziale	2012	285	45	12	San Benedetto del Tronto (AP)	Mariapaoa Modestini 0735/592530 accoglienza@ama.coop www.nongiocopi.it
Favonius	psicologhe psicoterapeute	prevenzione, colloqui individuali, gruppi di auto aiuto per giocatori e gruppi per familiari	2012	110	27	5	Castel di Lama (AP)	Irene Ciabattini 3491054933 Mirka Di Pietro 3474463820 favonius.ass@gmail.com
Hands Onlus	psicologi, psicoterapeuti	valutazione e diagnosi, colloqui individuali, psicoterapie, gruppi terapeutici per giocatori, gruppo per famigliari, formazione	2013	139	97	6	Bolzano	Paolo Belletati e Stefania Sepp 0471/270924 paolo.belletati@hands.ines.org stefania.sepp@hands.ines.org
Tavola Rotonda	self helper	colloqui motivazionali, gruppi di auto aiuto con helper	2013	162	32	4	Villanova Truschedu	Carla Alessandra 3479341806, tavola.rotonda2013@libero.it www.tavolarotondaonlus.it
TOTALE				6.500	3.434	230	33	
				Richieste d'aiuto ricevute	Personae accotte in gruppo	Gruppi effettuati al mese	Località	

IL CENTRO DI RECUPERO PER I GIOCATORI D'AZZARDO DI CAMPOFORMIO (UD)

Costituito già a partire dal 1993, il Centro di recupero per i giocatori d'azzardo di Campoformio propone gruppi terapeutici di stampo sistemico-relazionale composti sia da giocatori che dai loro familiari. In questo contesto, la partecipazione dei familiari assume un'importanza particolare e viene considerata una condizione essenziale per la riuscita del trattamento dal momento che dietro al comportamento di gioco si ritiene si celino rilevanti difficoltà relazionali all'interno della famiglia. Il comportamento di gioco, considerato perciò come il sintomo di un sistema familiare disfunzionante, viene trattato solo in un primo momento per arrivare però successivamente a lavorare soprattutto sulle dinamiche individuali e familiari profonde sottostanti al gioco d'azzardo in un'ottica che prende in considerazione tutti i membri della famiglia.

L'associazione ORTHOS di Siena: un trattamento in ambito residenziale

A partire dal 2007 l'Associazione Orthos di Siena, grazie anche all'appoggio finanziario della Regione Toscana, propone un percorso residenziale di durata relativamente breve per far fronte alla condizione di dipendenza del giocatore d'azzardo patologico. Le tre settimane passate in una casa colonica in un contesto naturalistico lontano dalla vita quotidiana costringono i pazienti a interrompere il loro comportamento compulsivo di gioco e permettono loro la possibilità di stare con se stessi per favorire i processi di auto-osservazione, di analisi esistenziale e di confronto con gli altri partecipanti al progetto di recupero.

Definito come un programma residenziale intensivo basato sulle tecniche terapeutiche di approccio gestaltico, prevede la presa in carico dell'intera esperienza di vita di una persona, considerando corpo e mente come qualcosa di indivisibile. Il programma, attraverso tecniche di ricostruzione

narrativa, mira a un cambiamento partendo dalle risorse personali di ciascun paziente e dall'individuazione degli aspetti maggiormente carenti e disfunzionali che possono aver favorito l'instaurarsi della dipendenza.

PLUTO: LA COMUNITÀ TERAPEUTICA PER I GIOCATORI D'AZZARDO

Nel 2011, nel verde della campagna di Reggio Emilia, nasce il progetto Pluto, una nuova struttura residenziale per il trattamento dei giocatori d'azzardo. Il programma è personalizzato sulla base delle esigenze e delle caratteristiche del singolo giocatore e può variare da due settimane a tre mesi. All'interno del percorso terapeutico, gestito da un'équipe multidisciplinare, sono previsti colloqui individuali, gruppi psicoeducativi, attività di formazione-informazione, correzione delle distorsioni cognitive relative al gioco d'azzardo, consulenze legali e varie attività culturali e ricreative.

ALCUNI ESEMPI DI ESPERIENZE ESTERE

LA SVIZZERA

Nel 1998 il parlamento svizzero vota la Legge federale sulle case da gioco che permette l'apertura di un casinò a condizione che i gestori si facciano carico di interventi di prevenzione e di riduzione delle conseguenze legate all'attività del gioco d'azzardo attraverso la formazione interna del personale di sala. Pochi anni più tardi, un accordo tra i vari cantoni garantisce il monopolio delle lotterie a fronte dello 0.5% degli incassi annuali investito in attività di prevenzione e ricerca sul gioco d'azzardo (Calveraro, 2014).

A questo proposito, nel Ticino è stato istituito nel 1997 il Gruppo Azzardo Ticino – prevenzione (GAT-P), una rete di specialisti che forniscono ascolto per i giocatori e le loro famiglie, attraverso il contatto telefonico di

un numero gratuito al quale seguono indicazioni specifiche su come procedere e un appuntamento per un colloquio diretto a cui può seguire la presa in carico del giocatore. Il GAT-P si occupa di interventi di formazione sul gioco d'azzardo, sia diretti tramite l'organizzazione di seminari, convegni e corsi, che indiretti, come la pubblicazione di materiale informativo gratuitamente scaricabile sul sito www.giocoresponsabile.com.

Attualmente la Svizzera conta 21 casinò. All'interno di ciascuno di essi vi è una figura esperta di GAP, il Responsabile della concezione sociale, che si occupa della formazione del personale affinché diventi in grado di individuare situazioni di rischio o situazioni già patologiche per mettere in atto misure di sicurezza che possono andare dall'ascolto del giocatore valutato a rischio di sviluppare un comportamento di gioco patologico fino alla sua esclusione, per una durata di almeno un anno, da tutti i casinò presenti sul territorio svizzero.

Anche lo stesso giocatore può chiedere un'autodiffida dai casinò. Se la richiesta proviene da un familiare, l'esclusione non è immediata ma verrà valutata dal Responsabile della concezione sociale del casinò nel caso in cui l'individuo segnalato si presenti nella sala gioco. Affinché si possa revocare la diffida è necessario che il giocatore svolga un colloquio con una figura esperta.

L'OLANDA

Consapevole dell'impossibilità di eliminare il problema del gioco, il governo olandese approva e rinforza iniziative tese a informare e responsabilizzare la popolazione dei rischi legati al gioco d'azzardo. La Compagnia Nazionale Holland Casinò è l'organizzazione responsabile delle attività di tutela del giocatore e della gestione del gioco responsabile all'interno dei 12 casinò presenti sul territorio nazionale. Questi sono

obbligati a organizzare interventi di informazione e di formazione del personale per il riconoscimento precoce di possibili giocatori a rischio. Così come in Svizzera, è possibile l'esclusione di un giocatore dai casinò se il suo comportamento di gioco risulta essere troppo frequente, eccessivamente duraturo in termini di tempo impiegato a giocare o se le somme investite sono troppo alte. L'esclusione è possibile laddove, insomma, l'impiegato appositamente formato riconosca forme di gioco autodistruttive. L'esclusione dai casinò ha una durata minima di 6 mesi e la riammissione nelle sale da gioco avviene a seguito di un colloquio di valutazione.

L'Holland Casinò interviene con una politica di prevenzione attraverso il controllo della pubblicità sul gioco d'azzardo e la divulgazione di materiale informativo; vengono inoltre messe in atto misure protettive legate alla frequentazione delle sale da gioco, come la possibilità di accedervi al massimo 8 volte in un mese.

L'AMERICA

Sul territorio americano sono presenti numerose associazioni e centri che promuovono la ricerca, la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico. Ad esempio, negli Stati Uniti dal 1996 opera un'organizzazione nazionale, il National Center for Responsible Gaming (NCRG), finalizzata a finanziare la ricerca in tale settore allo scopo di sviluppare e testare metodi di trattamento efficaci per i giocatori patologici, aiutare il giocatore e la propria famiglia ad affrontare e gestire la loro situazione e mettendo a punto interventi di formazione e informazione sui rischi del gioco d'azzardo patologico.

In Canada un'organizzazione no-profit, la Responsible Gambling Council (RGC) si occupa della prevenzione dei problemi di gioco attraverso l'organizzazione di programmi innovativi di sensibilizzazione e di

informazione rivolti alla comunità e specifici per individui appartenenti a diverse fasce di età.

L'università del Nevada, situata in una tra le sedi più importanti di gioco d'azzardo, ha istituito, nel 1989 l'Institute for the Study of Gambling & Commercial Gaming al fine di ampliare la comprensione del fenomeno promuovendo interventi di ricerca e di formazione.

Data l'alta prevalenza di comportamenti problematici e patologici di gioco d'azzardo sul territorio americano, recentemente sono state avanzate delle proposte finalizzate a contenere il dilagare del fenomeno che si allontanano da quelle presenti nel contesto europeo. Così, piuttosto che tentare di applicare e sviluppare una politica di riduzione del danno legato al gioco d'azzardo patologico attraverso il concetto di "gioco responsabile", il Congresso degli Stati Uniti nel 2006 approva la legge Unlawful Internet Gambling Enforcement Act (UIGEA). Questa impone ai casinò online di non accettare transazioni economiche da parte di giocatori americani rincarando un progetto di proibizione radicale del gioco d'azzardo online. Tale normativa di fatto non proibisce il gioco d'azzardo online ma rende illegale per le banche statunitensi trasferire fondi verso i casinò online e a questi di trasferirli verso le banche statunitensi.

2. LA PREVENZIONE DEL GIOCO D'AZZARDO

La prevenzione è rappresentata tutte quelle azioni messe in atto per eliminare o ridurre i danni e le conseguenze negative associate a un particolare fenomeno, allo scopo di favorire la promozione della salute fisica, psichica e sociale dell'individuo.

In riferimento al gioco d'azzardo, considerando la giovane età con cui molte persone si avvicinano a questo comportamento, oltre alla considerazione della maggior gravità delle condizioni del giocatore nel caso

di comportamenti di gioco instaurati precocemente nell'arco di vita, non sorprende che i programmi di prevenzione messi in atto si rivolgano alla popolazione giovanile all'interno dell'Istituzione scolastica. Tali tipi di interventi, che rientrano nella forma di prevenzione cosiddetta primaria, mirata cioè a cercare di evitare l'insorgenza della malattia, sono estesi ad una certa popolazione target indipendentemente dalla presenza o meno dei comportamenti di gioco.

Tuttavia, rispetto agli interventi già sperimentati di prevenzione rivolti agli studenti delle scuole superiori emergono delle importanti criticità che obbligano ad una maggiore attenzione al contenuto degli interventi stessi, nonché al bisogno di mettere a punto delle strategie *evidence-based* che risultino efficaci per i fini proposti.

A questo proposito, l'AAMS (l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli) ha promosso alcuni interventi che hanno riscosso molte critiche da parte di numerose associazioni per la cura e il trattamento del gioco d'azzardo patologico, per la loro dubbia finalità di prevenzione. Ad esempio il progetto "Giovani e Gioco", avviato nel 2009, era finalizzato a far comprendere ai ragazzi il concetto di "gioco responsabile", sottolineando l'importanza che assume la capacità di sapersi controllare durante il gioco per mantenerlo ad un livello di divertimento e non sfociare nella patologia. Tuttavia, alcuni messaggi che venivano trasmessi hanno catturato l'attenzione di molti operatori, per il possibile effetto che potevano avere sugli adolescenti, tanto che, piuttosto che prevenzione, potevano rientrare in un concetto di promozione. Tra questi, si ritrovano spinte a provare il giusto livello di rischio ("Evolve chi si prende una giusta dose di rischio, mentre è punito chi non rischia mai o chi rischia troppo") o promozioni verso le forme di gioco on-line con messaggi che valorizzano gli aspetti meno educativi e più pericolosi di tali giochi ("Non c'è bisogno di cercare compagni di gioco come si faceva

da bambini, perché questo gioco è spesso solitario e decontestualizzato”), oltre a identificare come un “bacchettone” colui che non gioca mai d’azzardo (“Ti manca solo una frusta tra le mani.. lo spirito del bacchettone aleggia sulla tua testa! Per te non esistono colori, tutto è bianco o tutto è nero. Il gioco è rischio ed a te i rischi non piacciono, meglio aggirare gli ostacoli. Così facendo, però, perdi tutte le sfumature della vita. Integerrimo... o semplicemente rigido come un ghiacciolo appena tolto dal freezer? Urge ammorbidente!”). Nonostante l’ambiguità di tali messaggi, il programma ha continuato a coinvolgere numerosissimi studenti fino alla fine del 2011, quando le proteste di alcune associazioni (Conagga, CNCA, Gruppo Abele, Libera, ALEA) e di alcuni senatori sono riusciti a catturare l’attenzione del Governo e mostrato la necessità di una verifica del programma stesso.

Tipologie di interventi di prevenzione totalmente differenti sono invece quelli proposti dall’Associazione di promozione sociale “Azzardo e Nuove Dipendenze”, come il progetto “Il caso Lucky non si può influenzare” e “Una giuda cartacea sui rischi del gioco d’azzardo”.

Il primo progetto sopra menzionato, “Il caso Lucky non si può influenzare”, è stato sperimentato in Lombardia e ha visto la supervisione scientifica del professore Ladoucer. Tale intervento prevede la visione di un video di 20 minuti, già ampiamente validato e utilizzato in Canada, ai giovani dell’ultimo anno delle scuole medie inferiori ed è mirato a realizzare una maggiore comprensione di che cosa sia il gioco d’azzardo e di quali sono i principali e frequenti errori cognitivi che contribuiscono all’instaurarsi di forme di gioco pericolose. A partire dagli incoraggianti risultati ottenuti nel contesto canadese sulla riduzione delle idee erranee rispetto al gioco d’azzardo, Capitanucci e colleghi (2010) hanno realizzato l’adattamento italiano del filmato e sperimentato, nel contesto italiano, la sua efficacia. In linea con i risultati canadesi, anche nel contesto italiano, nella specifica

realità della Lombardia, la visione del filmato ha ridotto significativamente le credenze erranee dei giovani e aumentato le loro conoscenze sul gioco d'azzardo.

Simili risultati sono stati evidenziati anche dal programma "Una guida cartacea sui rischi del gioco d'azzardo", commissionata nel 2008 dal MIUR con la richiesta di mettere a punto una vera e propria guida da fornire agli studenti delle superiori. Tale guida, chiamata "Scommettiamo che non lo sai?" è anch'essa finalizzata a sviluppare una maggiore comprensione nei giovani dei giochi d'azzardo, aumentando così il loro livello di conoscenza sulle caratteristiche e i rischi legati al gioco d'azzardo e per correggere le credenze erranee solitamente associate ad esso.

Oltre a questi interventi, all'interno delle singole realtà territoriali italiane, è possibile rintracciare forme di interventi di prevenzione che, in linea generale, risultano finalizzati a correggere le principali distorsioni cognitive legate al gioco d'azzardo patologico e aumentare la consapevolezza e le conoscenze sui meccanismi che spingono a giocare e che conducono alla patologia. Solo per citarne alcuni, il progetto "Non farti prendere dal gioco d'azzardo", realizzato dalla provincia di Roma in collaborazione con l'associazione Archi d'Arte che ha previsto 60 ore di lezione agli studenti degli istituti secondari della provincia romana. Ancora, il recente progetto "Alziamo la... media", un percorso formativo e di prevenzione per i ragazzi dell'ultimo anno delle scuole medie della Provincia di Pesaro e Urbino, promosso dal Dipartimento Dipendenze Patologiche di Pesaro. Le associazioni Libera e Acmos hanno proposto il progetto "Non gioco! Vinco!" rivolto ai ragazzi delle scuole medie del Piemonte al fine di sensibilizzarli ai rischi del gioco d'azzardo e ai messaggi pubblicitari ingannevoli che vengono trasmessi dai media, nonché, anch'esso, alla riduzione delle credenze erranee associate al gioco.

Quindi, nonostante negli ultimi anni soprattutto sia riconosciuta la necessità e l'urgenza di cercare di muoversi a un livello precedente all'instaurarsi di pericolosi comportamenti di gioco o del gioco d'azzardo vero e proprio, ad oggi, ancora, gli interventi messi a punto risultano abbastanza pochi, circoscritti ad una specifica realtà territoriale e troppo spesso non validati e non verificati dal punto di vista della loro efficacia. Riteniamo possa invece essere auspicabile la possibilità di utilizzare programmi di prevenzione *evidence-based*, scientificamente efficaci, validati e standardizzati che permettano di intervenire per ridurre rischio legati a tale patologia in giovani che molto spesso hanno già fatto esperienza di gioco d'azzardo, aumentando in loro la comprensione della pericolosità del fenomeno, e favorendo lo sviluppo di quelle abilità e conoscenze necessarie per fronteggiarlo.

3. MODELLI ESPLICATIVI DEL GIOCO D'AZZARDO

In generale, come per lo stato di salute mentale, anche per l'eziopatogenesi di un disturbo (es. *gambling*) è importante considerare l'interazione tra variabili biologiche (sistemi biochimici neurotrasmettitoriali), psicologiche (sistemi intrapsichici) e sociali (sistemi interpersonali, socio-familiari) (modello bio-psico-sociale).

I PARADIGMI

La lettura del comportamento di gioco, delle motivazioni e dei meccanismi psicologici sottostanti delinea un quadro eterogeneo di approcci teorici che interpretano il fenomeno chiamando in causa spiegazioni tra loro differenti (Lavanco e Varvieri, 2001).

Sono state proposte numerose teorie per spiegare la comparsa e la persistenza dei problemi di gioco, tuttavia non esiste ancora nessun elemento certo che indichi quale di queste rappresenti al meglio la realtà.

Questi diversi approcci stanno a significare che la concezione teorica del gioco (dalla loro manifestazione alla loro persistenza) influisce in maniera decisiva il tipo di cura prescelto dal terapeuta (Lavanco e Varvieri, 2006).

Le principali teorie sul gioco d'azzardo problematico sono le seguenti: Teoria biologica, Modello psicodinamico, Teoria dell'apprendimento, Teoria cognitiva, Modello cognitivo-comportamentale.

TEORIA BIOLOGICA

I modelli biologici associano il gioco d'azzardo eccessivo a un'attività cerebrale disfunzionale, ipotizzando potenziali basi genetiche per tale disfunzione (Whelan et al., 2007). Alcune ricerche hanno dimostrato che esiste un filo conduttore tra la disfunzionalità della serotonina (si tratta di una sostanza biochimica sintetizzata sia da cellule dell'intestino, sia da cellule cerebrali avente la funzione di agire come neuromediatore dell'attività del sistema nervoso centrale) e i comportamenti impulsivi quali attacchi violenti, piromania e suicidio e nel 1991. Moreno e i suoi collaboratori osservarono come in alcuni pazienti affetti da gioco d'azzardo patologico presentassero marcate disfunzionalità nel neurotrasmettitore di serotonina e conseguentemente avessero la tendenza all'impulsività.

Nel 1996 però furono identificati, su un altro gruppo di giocatori d'azzardo, bassi livelli di monoamminossidasi (IMAO), un enzima coinvolto nella regolazione dei neurotrasmettitori, soprattutto serotonina e dopamina (Blanco, 1996). La pratica del gioco stimola temporaneamente la neurotrasmissione della dopamina che fa diminuire le tensioni e crea così una sensazione momentanea di piacere (una forma di "ricompensa"); la privazione di dopamina, al contrario, aumenta lo stato di ansia; all'origine infatti della dipendenza ci dovrebbe essere dunque un disturbo del circuito della dopamina. Partendo dal principio che il gioco eccessivo ha una causa

fisiologica e che è comparabile con una malattia, alcuni ricercatori hanno affrontato il problema tramite farmaci tra i quali troviamo il litio, che ha la funzione di ridurre l'impulsività; alcuni tipi di antidepressivi, in particolare quelli della classe solitamente utilizzata per diminuire le ossessioni e le compulsioni; infine è stato sperimentato un farmaco, precedentemente utilizzato in persone con dipendenza da alcol, avente la funzione di eliminare gli stati euforici che spesso accompagnano l'attività di gioco.

MODELLO PSICODINAMICO

I primi tentativi di concettualizzare il gioco d'azzardo patologico risalgono agli inizi del 1900 ad opera degli psicoanalisti. Il *gambling* è considerato la manifestazione di una nevrosi sottostante connessa alla fase sessuale pregenitale (Greenson, 1947). La scarica di impulsi pregenitali è facilmente osservabile durante le sessioni di gioco: pulsioni sadico-anali si possono notare nell'estrema cura o trascuratezza dell'abbigliamento del giocatore, mentre pulsioni orali si manifestano nell'atto del bere, mangiare e fumare in modo eccessivo durante l'attività di gioco. Anche il pensiero del giocatore sembra regredire come dimostrato dalle credenze superstiziose, magiche e ritualistiche (Relp e Greenson, 1978).

Il padre della psicanalisi, Sigmund Freud, nella monografia "*Dostoevskij e il parricidio*" (1928) interpreta la coazione del gioco d'azzardo come una forma di autopunizione: domina il bisogno di perdere che servirebbe e espiare i sensi di colpa innescati dal complesso edipico; il gioco costituisce infatti un'attività proibita, carica di una tensione nel contempo gradevole e dolorosa, che suscita consapevolezza e che stimola quindi il bisogno di infliggersi una punizione. Inoltre il gioco sarebbe, sempre secondo le interpretazioni di Freud, una trasformazione simbolica del "vizio" masturbatorio infantile. Con Bergler (1957) si fa riferimento al concetto di

masochismo come condizione centrale del gioco d'azzardo. Bergler parla anche di un "desiderio inconscio di perdere": continuando a giocare, fino a perdere, il giocatore trae la sua giusta autopunizione e può mantenere, così, il suo debole equilibrio psichico. Coloro che abbracciano il modello psicoanalitico consigliano di adottare, con i giocatori, un comportamento attivo, empatico e centrato sulla realtà in modo da tenere più facilmente sotto controllo le situazioni problematiche; il giocatore che vive delle relazioni conflittuali interpersonali si aspetta dalla terapia di ridurre la sua vulnerabilità psicologica e diventare così meno soggetto agli eccessi di gioco.

TEORIA DELL'APPRENDIMENTO

Dai primi anni '50 del secolo scorso, il comportamento di gioco d'azzardo ha suscitato l'interesse delle teorie dell'apprendimento. I ricercatori che seguono questa teoria considerano il *gambling* come un comportamento appreso grazie all'influenza sia del condizionamento classico che operante (Raylu e Oei, 2002). Secondo questa interpretazione, di cui uno dei precursori fu Skinner (1953), la predisposizione a giocare sarebbe il risultato di un rapporto variabile (RV) tra una serie di rinforzi (stimoli), rappresentati da vincite rare e casuali che tengono vivo il desiderio di giocare fino a far perdere il controllo del gioco. Il giocatore, in sostanza, se rinforzato da vincite "casuali" e saltuarie, sarebbe spinto a ritentare dal momento che più tentativi equivalgono a più possibilità di vincita. In seguito l'attenzione fu rivolta anche ai meccanismi che intercorrono tra il momento della puntata e l'esito della scommessa (Dickerson, 1984); oltre al denaro infatti sembra fungere da rinforzo anche l'eccitazione che il giocatore prova nei momenti di attesa del risultato.

In generale la maggioranza dei trattamenti prende spunto dalle teorie di natura comportamentale. In parte ciò è dovuto alla diffusione del pensiero

comportamentista a cavallo tra gli anni 50 e i 60 dove venivano utilizzati i “metodi avversivi” che miravano a ridurre la frequenza della comparsa di un comportamento indesiderato associandolo a uno stimolo sgradevole (Ladouceur, Sylvain, Boutin e Doucet, 2000). Le principali modalità di trattamento di quest’approccio riguardano, il controllo dello stimolo, l’esposizione al gioco, la desensibilizzazione immaginativa.

TEORIA COGNITIVA

Il modello cognitivo identifica i processi di pensiero irrazionali alla base dei comportamenti tipici del giocatore (es. non riuscire a smettere di giocare ad una slot-machine da cui è uscita una grossa vincita oppure voler continuare a giocare a una macchina che ‘non paga’ da molto tempo; scegliere attentamente i propri numeri ‘fortunati’ da giocare al lotto) e ipotizza che siano tali distorsioni cognitive a essere responsabili del mantenimento del comportamento eccessivo di gioco d’azzardo (Ladouceur & Walker, 1996).

Gli specialisti di quest’approccio si interessano al modo in cui gli individui percepiscono la realtà e i loro problemi; la terapia cognitiva mira quindi a correggere i pensieri del giocatore che alimentano il suo piacere di giocare, e che gli generano difficoltà; inoltre questa terapia ha come obiettivo quello di far prendere al giocatore coscienza del fatto che alcune sue convinzioni e interpretazioni sono erranee e che possono danneggiarlo. Queste percezioni erranee oltre ad essere all’origine della comparsa, dello sviluppo e del mantenimento del problema di gioco, sono anche fortemente collegate all’aumento della frequenza di partecipazione al gioco e all’aumento del valore delle puntate.

Per quanto riguarda i trattamenti, la terapia sviluppata in un quadro cognitivo si basa su un modello che mette in relazione le emozioni provate

da un individuo, con i suoi comportamenti e i suoi pensieri. La terapia è in generale di breve durata e si concentra soprattutto sui pensieri dei giocatori o sugli avvenimenti della loro vita quotidiana, collegati da vicino o da lontano, al desiderio di giocare. Una volta focalizzata la natura di questi pensieri e i contesti attivanti (nonché i pensieri automatici involontari) il giocatore potrà in maniera migliore affrontare le situazioni complesse del futuro. In quest'approccio è molto utile informare i giocatori sul gioco e sugli errori cognitivi che lo accompagnano. Si interviene a livello delle cognizioni, mettendo in risalto il concetto di caso e si comincia fornendo al giocatore informazioni di base sul gioco, specialmente sul funzionamento dei giochi d'azzardo, sulle caratteristiche del caso, sull'indipendenza delle singole giocate, sull'inesistenza di strategie per vincere, sulle probabilità negative di guadagno. In pratica questa terapia cerca di agire sulle percezioni erranee cercando di smontare le distorsioni cognitive, che secondo questa teoria sono alla base del gioco.

MODELLO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

Una delle prime teorie cognitivo-comportamentali per il gioco d'azzardo problematico è stata proposta da Harris nel 1988. Il suo modello evidenzia che le distorsioni cognitive e le scarse abilità di *coping* sono fattori molto importanti nello sviluppo e nel mantenimento del comportamento disturbato di gioco d'azzardo. Tuttavia, la teoria di Harris non è stata esente da critiche (Blaszczynski e Silove, 1995).

Secondo i rappresentanti di questa teoria la partecipazione al gioco è dovuta inizialmente a due tipi di rinforzo: le vincite intermittenti, da una parte e l'attivazione fisiologica dall'altra. Le prime alimenterebbero la speranza che possano capitare anche vincite più importanti rafforzando alcune cognizioni erranee circa il gioco e favorendone così la persistenza.

Tale terapia si pone lo scopo di aiutare il giocatore a rendersi conto delle mille sfaccettature del suo problema per cercare di porvi un rimedio; il trattamento dunque aiuta solo il giocatore a smettere di giocare ma anche ad affrontare tutte le conseguenze che il gioco eccessivo comporta. Nell'approccio di Ladouceur (2000) si privilegia una forte collaborazione con il giocatore il quale, attraverso domande, rimesse in discussione, tentativi, errori e sforzi è lui stesso a giungere alle soluzioni che più gli si addicono. Importanti sono gli esercizi che vengono effettuati nel corso degli incontri e che permettono al giocatore di sviluppare capacità da cui trarrà poi beneficio anche nel corso della propria vita quotidiana. Questo tipo di trattamento prevede che il soggetto possa prendere nota di ciò che nella sua routine è legato al desiderio di gioco; in seguito il soggetto è ammaestrato all'utilizzo di alcune tecniche di rilassamento affinché possa reagire con calma alle situazioni di rischio; in seguito si espone il soggetto in modo graduale allo stimolo gioco, dapprima tramite la sola immaginazione e poi, dopo aver corretto gli errori di pensiero circa il gioco, lo si inserisce in una situazione reale, una specie di apprendimento in cui il giocatore si prepara ad affrontare le situazioni di rischio reale.

I MODELLI INTEGRATI

IL MODELLO BIOPSIKOSOCIALE DI SHARPE

Nell'ultimo decennio è cresciuta l'attenzione dei ricercatori rispetto al comportamento di gioco d'azzardo. Il problema del gioco è un problema complesso e recentemente la ricerca ha dimostrato che a determinare tale comportamento contribuiscono fattori biologici, psicologici e sociali. Come

tale, la natura del fenomeno del *gambling* si presta ad una prospettiva biopsicosociale. Tuttavia, molti ricercatori si sono limitati a studiare separatamente il ruolo dei diversi fattori (biologici, psicologici e sociali) e la loro rilevanza per il gioco d'azzardo.

In uno studio del 2002, Sharpe propone un modello (vedi figura 3.1) che integra le diverse aree di ricerca presenti nella letteratura recente in merito al gioco d'azzardo.

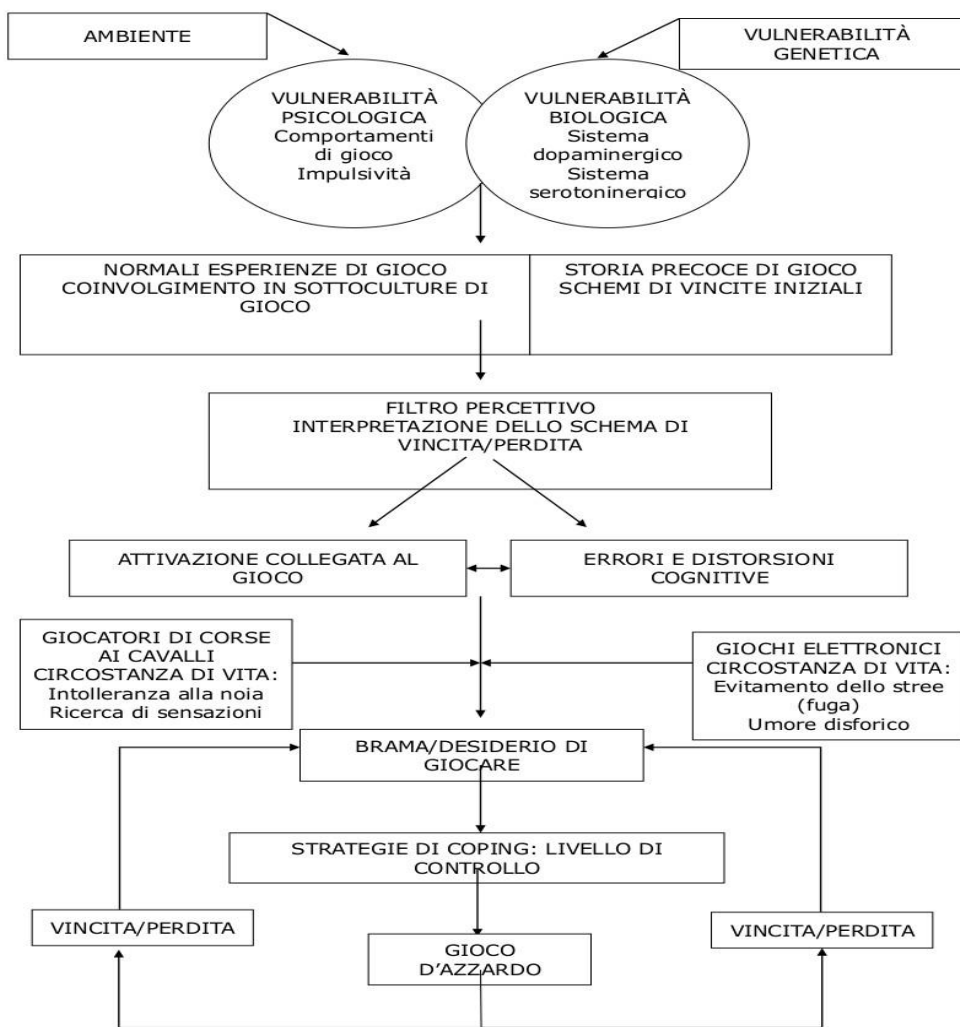


Figura 3.1

Il modello biopsicosociale (Sharpe, 2002)

Il presente modello evidenzia come i fattori biologici, psicologici e sociali interagiscano tra loro nello sviluppo e mantenimento del comportamento problematico di gioco. Questo modello integrato parte dal presupposto che ci siano due fattori predisponenti al gioco d'azzardo: 1) la vulnerabilità genetica e 2) le esperienze precoci. Inoltre tra i vari fattori implicati nello sviluppo del *gambling*, l'impulsività sembra essere una variabile predittiva per il comportamento di gioco (Vitaro, Arsenault e Tremblay, 1999) e può manifestarsi autonomamente o a seguito della predisposizione genetica. Queste variabili predisponenti vengono o meno attivate dalle percezioni cognitive che si hanno in relazione al gioco: la percezione di vincere influenza così il comportamento di gioco e provoca il desiderio di giocare che a sua volta induce il comportamento di gioco. Il tutto è poi mediato dalle strategie di coping che incidono più o meno fortemente sulla possibilità di controllare il gioco.

IL MODELLO DI BLASZCZYNSKI E NOWER

Un altro modello integrato che può rientrare nella prospettiva biopsicosociale è quello proposto da Blaszczynski e Nower (2002). Il loro studio si pone l'obiettivo di delineare un *pathway model* ossia un modello a più vie che tenta di integrare le varie teorie sul gioco (biologica, cognitiva, dell'apprendimento, dello sviluppo) e i fattori ambientali descritti in letteratura in merito al gioco d'azzardo patologico (vedi figura 3.2). Questo modello analizza tre percorsi principali attraverso i quali si possono attivare i comportamenti di gioco che comprendono una vulnerabilità ambientale come substrato più o meno comune a tutti giocatori, un percorso di rinforzo che avviene tramite il gioco, una vulnerabilità emotiva e una vulnerabilità biologica. Questi tre percorsi principali portano allo sviluppo di tre distinti sottogruppi di giocatori d'azzardo: giocatori patologici-non patologici

(*behaviourally conditioned*); giocatori emotivamente disturbati (*emotionally vulnerable*); giocatori con correlati biologici (*antisocial impulsivist*).

Il primo gruppo quello dei giocatori patologici-non patologici include soggetti caratterizzati dall'assenza di ogni specifica diagnosi ma che sulla base ad esempio di credenze erranee o di distorsioni di tipo cognitivo possono incontrare criteri del DSM (1994) quali ad esempio la preoccupazione per il gioco e la rincorsa delle perdite. Generalmente non è concomitante l'abuso di sostanze ed inoltre l'ansia e la depressione possono essere interpretabili come risultato, e non causa, del gioco. In generale presentano un'alta *compliance* al trattamento ed a conclusione dello stesso possono raggiungere un rapporto con il gioco moderato¹.

Il secondo gruppo quello dei giocatori emotivamente disturbati presenta le stesse determinanti del gruppo precedente ma, in aggiunta, include soggetti che presentano condizioni come l'ansia e/o la depressione, una storia di povertà nel fare fronte alle difficoltà, un background familiare negativo. Il ricorso al gioco sembra motivato dal desiderio di modulare gli stati affettivi.

Il terzo gruppo quello dei giocatori con correlati biologici include soggetti con maggiori indici di severità patologica, una vulnerabilità biologica, tratti di impulsività nel comportamento e deficit nell'attenzione che spesso precederebbe il gioco. I soggetti di questo gruppo sarebbero inoltre caratterizzati dalla presenza di preesistenti fattori di vulnerabilità; familiarità al gioco d'azzardo, tratti di personalità nevrotica, vulnerabilità a depressione, ansia, dipendenza da sostanze, tendenza alla fuga o all'aggressività passiva ed esperienze negative nello sviluppo. Il ricorso al gioco

¹ Croce (2003) suddivide questo gruppo in tre diverse declinazioni: 1) i **compensatori** (trovano nel gioco la fuga dai rischi della vita), 2) i **traumatici** (il gioco serve per rispondere ad un bisogno/desiderio di modulare uno stato affettivo disforico recente, una sofferenza, la perdita di un **RUOLO** sociale; in essi prevale il meccanismo della rimozione e dello spostamento), 3) i **magici** (il gioco è fortemente condizionato dal pensiero magico).

risponderebbe al bisogno di raggiungere uno stato di fuga attraverso l'effetto della dissociazione, un'alterazione dell'umore ed un restringimento dell'attenzione. Questi soggetti sembrerebbero inoltre evidenziare una marcata propensione a trovare attività gratificanti ed una incapacità di posticipare la gratificazione

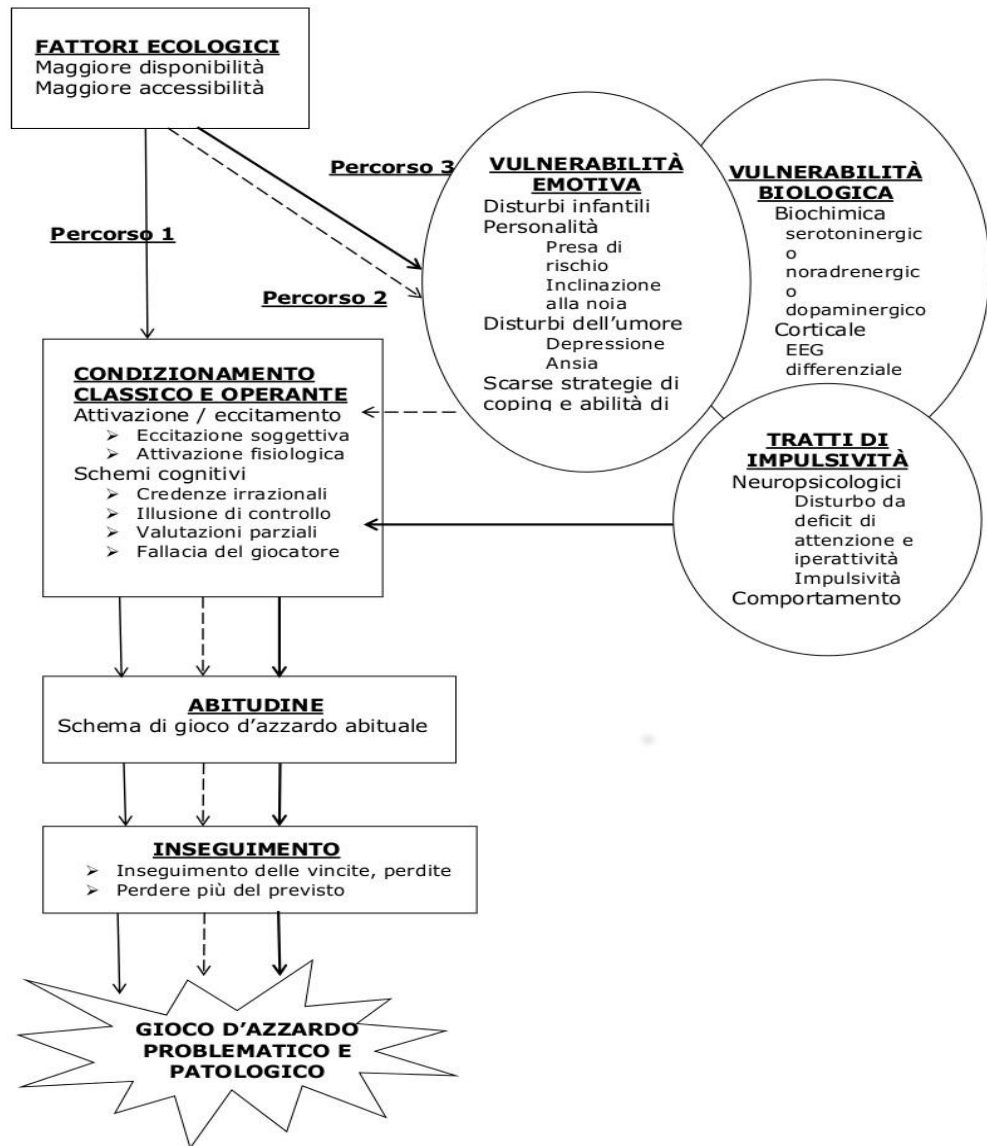


Figura 3.2

Il *pathway model* (Blaszczynski e Nower, 2002)

IL MODELLO INTEGRATO DI WHELAN, STEENBERGH E MEYERS

Il modello integrato del gioco d'azzardo problematico (Whelan et al., 2007) trae origine da numerosi modelli teorici importanti e riconosce, come i modelli sopra descritti, la presenza di diverse strade che si possono intersecare l'una con l'altra e condurre allo sviluppo di problematiche di gioco d'azzardo (vedi figura 3.3). In particolare il modello riconosce l'importanza delle problematiche familiari rispetto al gioco d'azzardo, che associate a fattori genetici e di apprendimento del gioco, e alimentate da condizioni di vulnerabilità psicologica personale (bassa autoefficacia e distorsioni cognitive) favorirebbero l'emergere del gioco patologico. La condizione di giocatore patologico, sarebbe poi influenzata dai rinforzi ottenuti, come le vincite, le occasioni di socializzazione, l'eccitazione, il momentaneo sollievo fornito dall'attività di gioco.

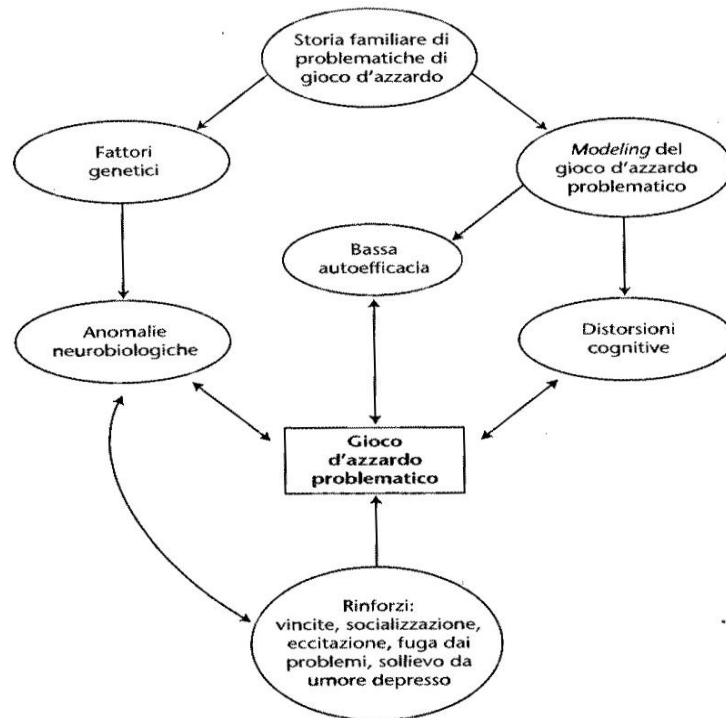


Figura 3.3

Il modello integrato (Whelan, Steenbergh e Meyers, 2007)

IL MODELLO EVOLUTIVO-RELAZIONALE DI CARETTI, CRAPARO E SCHIMMENTI

Il modello ad orientamento evolutivo-relazionale per le dipendenze patologiche (Caretti, Craparo e Schimmenti, 2010) si sviluppa a partire dal modello dell'adattamento (Alexander, 1987), dalle attuali prospettive della psicopatologia dello sviluppo (Bowlby, 1973) e dalle teorie psicoanalitiche contemporanee sui disturbi della regolazione affettiva e della dissociazione (fig. 3.4). Gli autori avanzano l'ipotesi che esistano alcuni fattori comuni riscontrabili nelle storie di persone con comportamenti di *addiction* tra i quali un disturbo dell'attaccamento, le esperienze traumatiche, la disregolazione affettiva (alessitimia) e la dissociazione psicologica (Caretti e La Barbera, 2005). Il soggetto alessitimico che utilizza la dissociazione per regolare gli affetti, presenta una compromissione della funzione riflessiva,

ossia di quella funzione mentale considerata necessaria per la regolazione e il controllo degli affetti. Tale funzione comprende sia componenti autoriflessive che componenti interpersonali e fornisce la capacità di distinguere la realtà interna da quella esterna (Ammaniti e Dazzi, 1999). Partendo dalla teoria dell'attaccamento di Bowlby (1988), gli autori ipotizzano che le prime esperienze di attaccamento hanno un ruolo sull'evoluzione delle rappresentazioni interne di sé e degli altri e influiscono sulle relazioni future e sulle strategie di regolazione degli affetti. Queste esperienze possono avere un valore traumatico per il bambino che le vive e possono influenzare negativamente il suo sviluppo psico-sociale. Con il meccanismo della dissociazione, il bambino si creerebbe una realtà parallela attraverso la ricerca di sensazioni alternative alla vita mentale. Quando la dissociazione, che ha inizialmente una funzione protettiva, viene usata massicciamente a discapito del rapporto con la realtà, essa darà luogo ad una patologia con manifestazioni varie che vanno dal comportamento compulsivo alle *addiction*. Relazioni infantili insicure, deficit della simbolizzazione e disregolazione affettiva rappresentano così gli elementi costitutivi delle dinamiche di base che portano all'insorgere dell'*addiction* (Caretta et al. 2005). Il fenomeno dell'*addiction* è collegato a quello del *craving*, a quell'impulso irrefrenabile e incontrollabile che spinge l'individuo a ripetere l'esperienza che procura piacere, sia essa l'uso di una sostanza che un comportamento quale il giocare d'azzardo. L'impulsività, l'ossessività e la compulsione sono dunque elementi costitutivi del *craving*. Il *craving*, da un punto di vista psicopatologico, può quindi essere inquadrato come la manifestazione di uno spettro ossessivo-impulsivo-compulsivo, che si basa su meccanismi dissociativi volti a contrastare l'emergere di emozioni traumatiche. All'interno di questo spettro impulsivo-compulsivo, antecedente alla condizione di *addiction*, nelle dipendenze patologiche,

quindi, lo stato mentale disfunzionale del *craving* viene rinforzato sia dalle rappresentazioni positive del piacere della dipendenza, sia dalle rappresentazioni negative dell'astinenza, ma anche dalle rappresentazioni rispetto alla regolazione degli stati interni ovvero alla possibilità di contrastare le emergenti emozioni traumatiche, l'ansia e l'umore disforico proprio attraverso la messa in atto del comportamento di dipendenza.

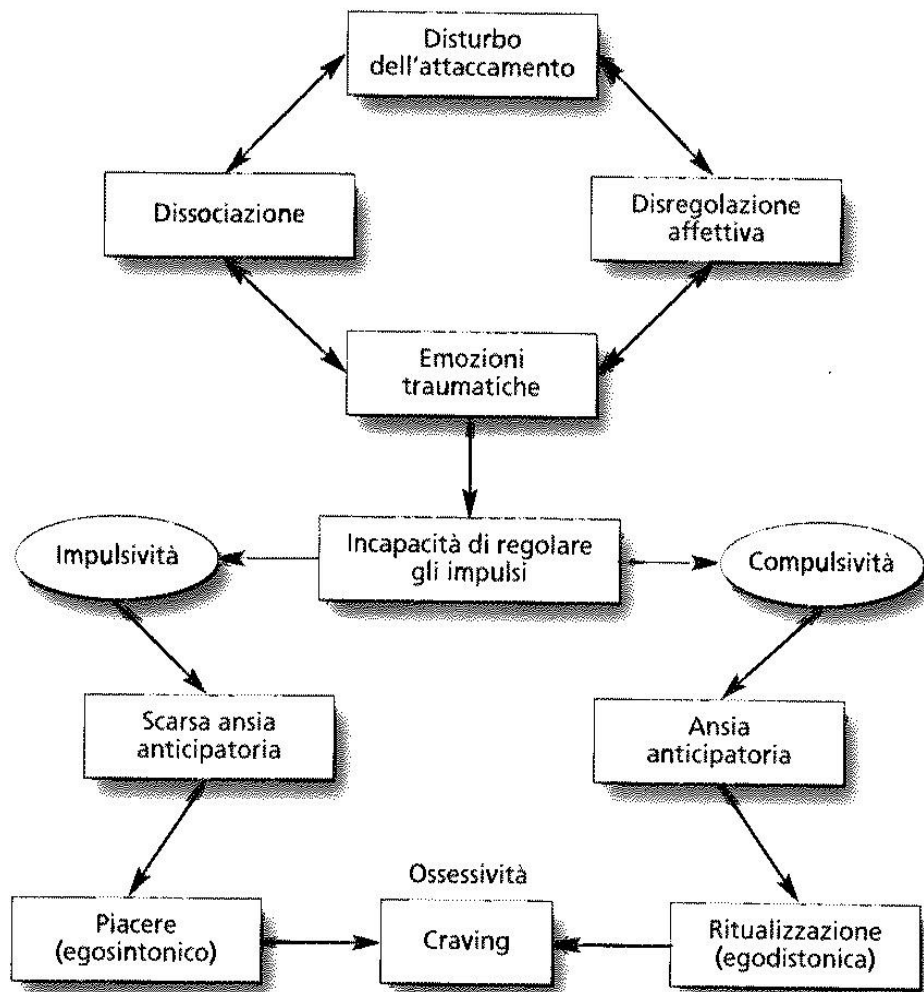


Figura 3.4

Il modello evolutivo-relazionale (Caretti, Craparo e Schimmenti, 2010)

4. VERSO L'IPOTESI DI UN METAMODELLO PER LA COMPrensIONE, IL MANTENIMENTO E IL TRATTAMENTO DEL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

IL MODELLO EMPIRICO-CMT

Un nuovo modello integrato che prende come riferimento la prospettiva biopsicosociale è quello Empirico-CMT. Questo modello cerca di analizzare quali sono i fattori che determinano l'insorgenza e lo sviluppo della dipendenza comportamentale (Comprensione – C), per poi passare a valutare attentamente quali sono le variabili che contribuiscono al Mantenimento (M) del comportamento di gioco, fino ad arrivare a fornire delle possibilità di Trattamento (T) del gioco d'azzardo tenendo conto dell'eterogeneità del fenomeno. Questo modello è detto Empirico in quanto si basa sull'analisi della letteratura e delle più recenti ricerche sull'argomento, nonché sulla valutazione dei punti di forza dei principali modelli esistenti.

Il modello Empirico-CMT permette l'identificazione di quattro tipologie di giocatori sulla base della gravità della condizione e del comportamento di gioco e propone dei possibili interventi ritagliati sul singolo giocatore. Sulla base della principale letteratura di riferimento è stata ipotizzata la presenza di alcuni tipi di fattori predisponenti di natura genetica, biologica e ambientale/relazionale, che incidono sullo sviluppo e la formazione dei legami di attaccamento e quindi sullo sviluppo della personalità e dei fattori psicologici principali del soggetto. Ovviamente la formazione di questi aspetti è influenzata anche dalle esperienze di vita e dall'eventuale presenza di situazioni traumatiche vissute dal soggetto.

Secondo questo modello, tutti questi fattori andrebbero ad incidere sulle motivazioni che una persona può avere rispetto alla scelta del comportamento di gioco. Da questo modello si evince come sul

comportamento di gioco vadano ad incidere anche altre variabili, psicologiche ed emotive, che hanno la funzione di mantenimento del comportamento stesso.

Secondo il modello Empirico-CMT i fattori predisponenti, la personalità e le condizioni psicologiche, nonché le motivazioni del giocatore influenzerebbero la scelta della tipologia di gioco e determinerebbero il livello di gravità della condizione di gioco. È a questo proposito possibile individuare 4 categorie di giocatori: il giocatore occasionale e ricreativo, il giocatore a rischio, il giocatore problematico e il giocatore patologico. Quest'ultimo, a sua volta, può essere suddiviso in lieve, moderato e grave (DSM).

Il modello Empirico-CMT prevede tipologie d'intervento differenziate a seconda del momento evolutivo e delle caratteristiche del giocatore. Ad esempio interventi di prevenzione primaria possono essere effettuati prima dell'instaurarsi delle motivazioni di gioco mentre interventi di prevenzione secondaria più mirati potrebbero risultare efficaci in forme di gioco occasionali ricreative e a rischio. Data la maggiore complessità dei giocatori problematici e patologici si potrebbe ipotizzare la necessità di un intervento di diversa intensità e specificità. Così per il giocatore problematico si possono prevedere interventi di supporto fino poi ad arrivare ad un trattamento psicologico individualizzato; mentre per il giocatore patologico possono venire predisposti interventi specifici a seconda della gravità. Ad esempio in condizioni di disturbo di lieve entità può essere sufficiente un trattamento psicologico di tipo individuale; in condizioni di moderata gravità si può abbinare al trattamento individuale un trattamento di gruppo; infine in condizioni di elevata gravità è consigliabile/necessario un intervento di tipo residenziale.

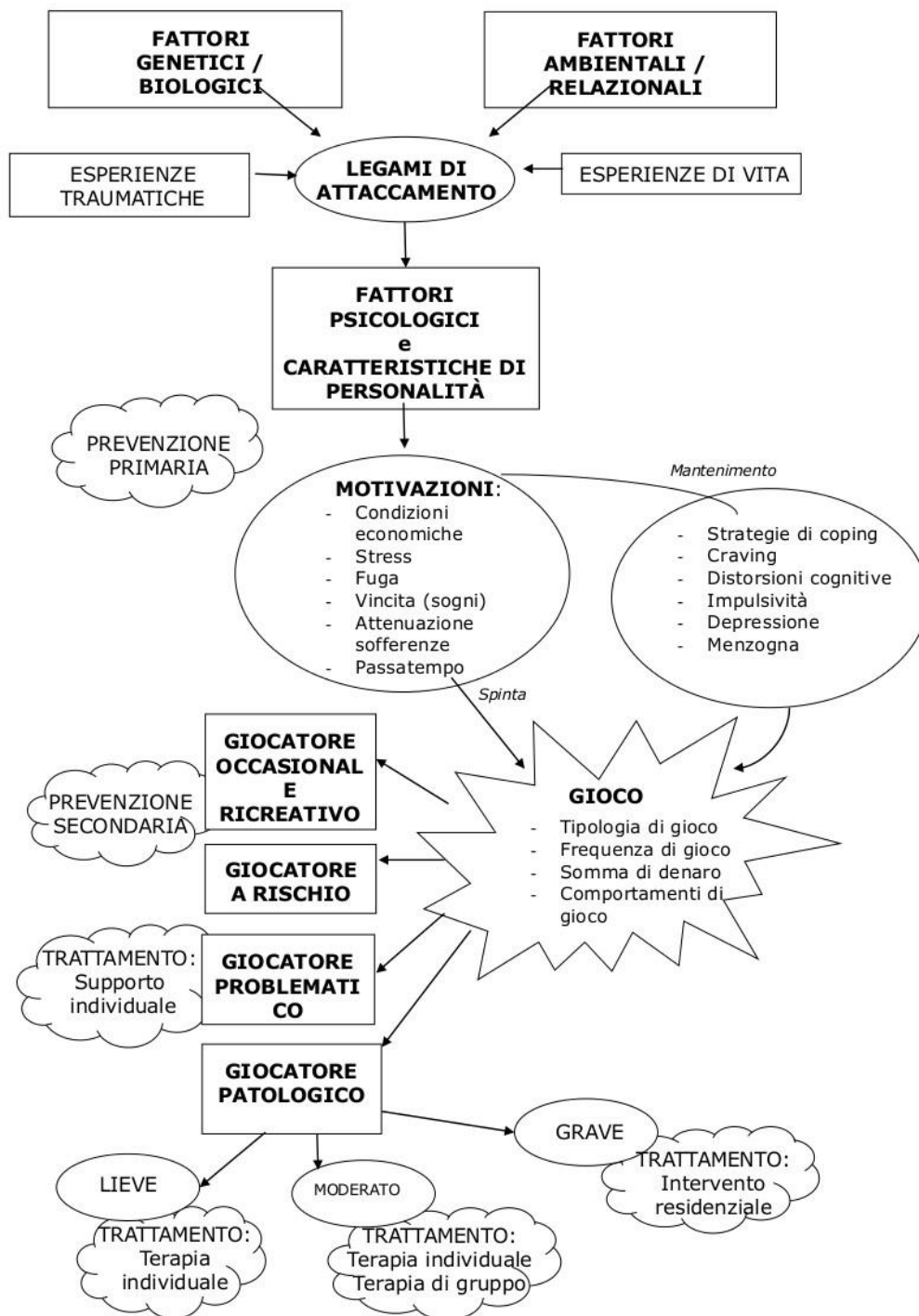


Figura 3.5

Il modello Empirico-CMT

...PER CONCLUDERE. OVVERO, ALLA RICERCA DI UNA TEORIA GENERALE

Il gioco accompagna e permea la vicenda umana dalle origini del suo stesso esistere. E' oggetto del nostro osservare e del nostro riflettere dagli inizi della storia del pensiero. E' appena il caso di rammentare come Platone asserisse che «l'uomo è fatto per essere un giocattolo, strumento di Dio» e come il gioco costituisca «la migliore cosa in lui». Anzi, come egli sia chiamato a seguire quella sua natura «giocando i giochi più belli» e a «vivere la sua vita, proprio all'inverso di come» tende a fare quando non si conforma al proprio destino, ...un giocattolo nelle mani degli dei e al cui tavolo non potrà mai sedersi². Ma anche Aristotele distingueva, com'è notorio, il gioco dal lavoro, assimilando il primo alla felicità e alla virtù data la sua alterità dalla necessità e dal bisogno, e data la sua intrinseca relazione con l'autosufficienza e la libertà³. Libertà nel gioco che Kant avrebbe associato all'estetica dove il giudizio giusto si fonderebbe sul «libero gioco delle nostre facoltà conoscitive» attribuendo comunque al gioco una funzione biologica da cui deriverebbe lo sviluppo spirituale e materiale dell'uomo. Fino a ritenere il gioco un'attività ineliminabile nella natura umana, priva di un fine esterno e di un preciso scopo razionale, ma "atto" nel quale sensibilità e razionalità convivrebbero nell'azione ludica e renderebbero l'uomo libero perché solo nel gioco egli finalmente esprimerebbe la sua capacità di metter in armonia "forma" e "materia" della sua creatività. E riuscirebbe in un simile

² Platone, *Leggi*, in *Opere complete*, vol. VII, Bari, Laterza, 1983, pp. 228 e ss.

³ Aristotele, *Politica*, in *Opere*, vol. IX, Bari, Laterza, p. 6.

intento, per l'appunto, «...solo quando gioca»⁴. Un simile assunto ha una sua congruente declinazione anche teologica: «...la creazione è un gioco di Dio, un gioco della sua sapienza senza fondo e origine. Essa è lo spazio per il dispiegamento della magnificenza di Dio»⁵ e anche se «Dio ha creato quel che gli piaceva e gli piace quel che risponde alla sua interiore essenza»⁶, proprio per questo la creazione di Dio è buona»⁷. Così «l'unità tra il libero creare e compiacenza per quel che corrisponde al proprio essere, possiamo esprimerla, meglio che in ogni altra, nella categoria del gioco»⁸.

Fin qui le citazioni dotte e le constatazioni letterarie più o meno amene o tranquillizzanti. Ma la questione si complica quando cominciamo a percepire che il gioco assume e svolge una soggettività in proprio, autonoma, altra da quella dei giocatori: «L'autentico soggetto del gioco non è il giocatore ma il gioco stesso. E' il gioco che ha in sua balia il giocatore. Lo irretisce nel gioco, lo fa stare al gioco. Il gioco come tale non lascia più sussistere per nessuno l'identità di chi gioca. Tutti domandano solo più che cosa è il gioco, che cosa esso significa. I giocatori non sono più: ciò che è, è solo ciò che da essi è giocato»⁹. E si complica ancor di più, la questione, quando avvertiamo il gioco come *rischio esistenziale*, come *aut-aut* della libertà di scegliere: «Il primato del gioco rispetto ai giocatori, quando si tratta del soggetto umano che si atteggia nel comportamento ludico, viene riconosciuto in maniera peculiare anche dai giocatori stessi. Ancora una volta sono qui gli usi impropri della parola a fornire le migliori indicazioni per scoprire la sua natura propria. Si dice ad esempio di qualcuno che "gioca"

⁴ F. Schiller, *Lettere sull'educazione estetica dell'uomo. Callia o della bellezza*, Roma, Armando editore, 1971, pp. 172-174.

⁵ J. Moltmann, *Dio nella creazione*, Brescia, Queriniana editrice, 1986, p. 6.

⁶ J. Moltmann, *Op. cit.*, p. 357.

⁷ J. Moltmann, *ivi.*

⁸ J. Moltmann, *ivi.*

⁹ Così, H.G.Gadamer, *Verità e metodo*, in "Dizionario di filosofia Treccani", voce "gioco".

con le possibilità o con i progetti. Ciò che si intende dire con tale espressione è chiaro: quel tale non si è ancora seriamente risolto per quelle possibilità. D'altro lato, però, tale libertà non è priva di pericoli. *Anzi [corsivo nostro] il gioco stesso è un rischio per chi lo gioca. Solo con possibilità serie si può giocare. Ciò significa chiaramente che uno si abbandona ad esse al punto che possono prendere il sopravvento e farsi valere contro di lui. Il fascino che il gioco esercita sul giocatore risiede proprio in questo rischio. Ciò che si gode in esso è una libertà di decisione che però nello stesso tempo è minacciata e irrevocabilmente limitata*»¹⁰. Eppure, il gioco permane come attività libera con la quale si costruisce consapevolmente una realtà fittizia. Una realtà diversa da quella della vita ordinaria, disinteressata, in quanto non correlata né funzionale originariamente a determinati scopi materiali o di sopravvivenza e caratterizzata da regole liberamente volute e osservate a tutela e per la sopravvivenza di uno specifico mondo ludico. Un mondo che ha nel gioco una specifica ed essenziale "invariante culturale". Che è così riassumibile: «La cultura sorge in forma ludica, la cultura è dapprima giocata [...] Ciò non significa che il gioco muta o si converte in cultura, ma piuttosto che la cultura, nelle sue fasi originarie, porta il carattere di un gioco, viene rappresentata in forme e stati d'animo ludici [...] Nei giochi e con i giochi la vita sociale si riveste di forme sovra biologiche che le conferiscono maggior valore»¹¹. Una tematizzazione che Roger Caillois ha portato a conseguenze argomentative (e classificatorie in materia di giochi, logiche, regole e postulati antropologici e culturali dei medesimi) non più superate nella loro densità multiversamente critica¹². E che, in materia di gioco d'azzardo così conclude: «Tale è indubbiamente la profonda seduzione dell'*alea* che anche

¹⁰ Ancora, H.G.Gadamer, *Verità e metodo*, Bergamo, Studi Bompiani, 204, p, 137.

¹¹ U. Eco, *Sugli specchi e altri saggi. Il segno, la rappresentazione, l'illusione, l'immagine*, Milano, Bompiani, 1988.

¹² R. Caillois, *I giochi e gli uomini. La maschera e la vertigine*, Milano, Bompiani, 1958 [Vª edizione tascabili Bompiani, 1981, qui citato].

i sistemi economici che, per natura, maggiormente l'aborriscono [ossia - ndr - *quelli che basano la loro legittimazione morale sul lavoro, l'impegno individuale, la responsabilità verso la comunità di riferimento, la premialità soggettiva fondata sul merito*] devono ciò nondimeno concederle un posto, sia pure ristretto, camuffato e come vergognoso. L'arbitrio della sorte resta, infatti, il contrappeso necessario della competizione regolata. Questa stabilisce, senza discussione possibile, il trionfo decisivo di ogni superiorità misurabile. La prospettiva di un beneficio immeritato riconforta il vinto e gli lancia un'estrema speranza. E' stato sconfitto in un combattimento leale. Non può invocare alcuna ingiustizia a sostegno del suo fallimento: le condizioni di partenza erano le stesse per tutti e non può prendersela che con la propria imperizia. Non avrebbe più niente da aspettarsi, se non gli restasse, a equilibrare la sua umiliazione, la compensazione, del resto infinitamente improbabile, di un sorriso gratuito delle capricciose potenze del destino, inaccessibili, cieche, implacabili, ma che, per fortuna, ignorano la giustizia»¹³.

Orbene, i richiami testé accennati ad alcune delle riflessioni "classiche" non sono un omaggio - frettoloso ed elementare - a un qualche bisogno di erudizione concernente il gioco e il gioco d'azzardo in specie. Sono invece l'ennesima testimonianza di una ricerca, di una domanda o se si vuole di un'opportunità insoddisfatta: ossia l'esigenza di una *teoria generale* alla quale ancorare un insieme di diagnosi sociali, figlie a loro volta di diagnosi psicologiche, e un insieme di linee di azione che sappiano correlare i versanti clinici e i versanti dell'agire pubblico. Si tratta infatti di affrontare globalmente la fenomenologia che alimenta le sofferenze individuali e collettive che si associano alla pervasività del giocare individuale e collettivo.

¹³ R. Caillois, *op. cit.*, pp. 186-187.

E una tale *teoria generale* siamo ben lontani, anche in Italia, dall'averla elaborata ma essa permane come necessaria perché, in sua assenza, non si danno politiche pubbliche coerenti ed efficaci. Tant'è che ciò che abbiamo registrato anche nella nostra ricognizione sul campo è, innanzi tutto e conclusivamente, un senso diffuso di inadeguatezza cognitiva e propositiva, al netto della grande "buona volontà" che permea la molteplicità di buone pratiche, tentate o realizzate, in cui ci si imbatte quando si naviga nelle realtà territoriali che maggiormente si confrontano con fenomeni ludopatologici.

E allora proviamo almeno a immaginarli i cardini di una possibile *teoria generale* a fondamento di altrettanto possibili agende pubbliche che ancora oggi non abbiamo e alle quali comunque ci sollecita l'ormai imminente messa in opera di quella riforma dei giochi pubblici contenuta nella "delega fiscale" del governo Renzi. E immaginiamoli, questi cardini, anche come i presupposti per uno sviluppo del nostro percorso di ricerca: proprio per testarli nella prospettiva di una "ricerca-azione" che non si fermi alle risultanze di questo rapporto. Vale a dire:

1. Se il gioco è davvero una "invariante culturale" come tale va trattato: non come un segno della crisi dei tempi ma come un fattore costitutivo dell'ininterrotto succedersi dei medesimi, di ciò che di essi ci preoccupa come di ciò che di essi tranquillizza¹⁴;

2. Se il gioco esprime la propria "primazia" sul giocatore è forse su questo primato che occorre lavorare, riportando il giocatore al centro del "sistema", invertendo l'ordine della strumentalizzazione.

¹⁴ Ciò anche se non si acceda all'assunto di un fondatore della teoria del gioco come Johan Huizinga, per il quale l'attività ludica dell'uomo è il motore propulsore dell'arte, della letteratura, del teatro, del diritto, della scienza, della religione, della filosofia. Cfr. appunto J. Huizinga, *Homo ludens*, trad. it. di A. Vita, Torino, Einaudi, 1979.

E' l'uomo a doversi poter avvalere del gioco e non il contrario. Insomma, deve poter sedere al tavolo degli "dei" perché deve poter permanere padrone di se stesso;

3. Se questo gli viene effettivamente consentito ed effettive diventano le opportunità di una sua piena responsabilizzazione si configura come impropria ogni virtuale ghettizzazione territoriale o funzionale;

4. Il gioco, l'*alea*, può legittimamente configurarsi come una "prova d'appello" rispetto al mondo delle apparenze "meritocratiche" dei mercati ma le regole di quell'*alea* non divengono schiavizzanti se chiare, trasparenti, sanzionabili e ispirate a un principio di "reciprocità" tra fornitori e utenti di gioco;

5. Regole chiare, trasparenti sanzionabili richiedono informazione non manipolazione pubblicitaria;

6. Lo Stato, *alias* i pubblici poteri, a qualunque livello di governo pertengano, debbono garantire la qualità e l'efficacia di quelle regole, a maggior ragione se è lo Stato a lucrare sulla propensione al gioco, anche facendo leva su meccanismi di sussidiarietà verticale e orizzontale ma sempre presidiando questa sua primaria responsabilità verso la collettività e il suo benessere psicosomatico e sociale;

7. Le imprese che fondano la propria profittevolezza sul gioco e sul gioco d'azzardo in particolare debbono legittimare la propria azione imprenditoriale sulla norma e i valori sottesi all'art. 41, 2° comma della Costituzione:come se esso fosse effettivamente vigente nel significato più evoluto del suo stesso dettato, a cominciare da un reimpiego parzialmente pubblico dei profitti derivanti dal gioco d'azzardo al fine di sostenere la prevenzione e il risarcimento del danno sociale associabile al diffondersi del gioco d'azzardo;

8. La legittimazione sociale e morale del gioco d'azzardo postula la disponibilità di servizi e modalità di controllo sociale territorialmente stabili sia sul versante terapeutico, sia su quello informativo e preventivo sia sul piano di una stabile e periodica azione di monitoraggio e di dibattito pubblico conseguente: che coinvolga utenti, imprese, pubbliche amministrazioni, lavoratori e popolazioni interessati. In ambito locale come nazionale. In una parola, un faro stabilmente acceso: alimentato da strategie coordinate di ricognizione e di ricerca almeno in ambito locale e non affidate soltanto al volontariato culturale ed euristico.

BIBLIOGRAFIA

Agenzia Regionale di Sanità Toscana (2012). *I numeri del gioco d'azzardo in Italia e in Toscana*. Edizioni del Ce.S.D.A. Fonte: www.cesda.net.

Alexander, R. D. (1987). *The biology of moral systems*. Aldine de Gruyter: New York.

Alonso-Fernandez, F. (1999). *Le altre droghe*. Roma: Edizione E.U.R.

American Psychiatric Association. (1978). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III draft/prepared by the Task Force on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association*. American Psychiatric Association. (Trad. it. *DSM-III, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson, 1983).

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision (DSM IV-TR)*. Washington DC, American Psychiatric Association. (Trad. it. *DSM-IV-TR, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Text Revision. Milano: Masson, 2002).

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5)*. Washington DC, American Psychiatric Association. Trad. it. *DSM 5, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Cortina Raffaello, 2014).

Ammaniti, M., & Dazzi, N. (1999), Presentazione a “Attaccamento e processi

Asendorpf, J. B., & Wilpers, S. (1998). Personality effects on social relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1531–1544.

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. & Liese, B. S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford Press.

Bello, G., Fiorin, A., & Giacomazzi, S. (2011). Vincere il gioco d'azzardo: manuale di autoaiuto per il giocatore che vuole smettere. Azienda ulss n.8: Castelfranco Veneto.

Bergler, E. (1957). *Psychology of gambling*. Hill & Wang: New York.

Blanco, C., Orensanz-Munoz, L., Blanco-Jerez, C., & Saiz-Ruiz, J. (1996). Pathological gambling and platelet MAO activity: A psychobiological study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 119-121.

Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97, 487-499.

Blaszczynski, A., & Silove, D. (1995). Cognitive and behavioral therapies of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 11, 195–219.

Bolen, D.W. & Boyd, W.H. (1968). Gambling and the gambler. *Archives of General Psychiatry*, 18, 617-630.

Bollettino OED (2011)

http://www.oed.piemonte.it/public/4_bollettini/BollTD2010_RD_201112_20.pdf - sito consultato il 4.06.15.

- Bowlby, J. (1969), *Attachment and loss*, Vol. 1: Attachment. Basic Books: New York.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*, Vol. 2: Separation. Basic Books: New York.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books: New York.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*, Vol. 3: Loss, sadness and depression. Basic Books: New York.
- Cancrini, L. (1996). *Una tossicomania senza farmaci*. Prefazione a F. Dostoevskij, *Il giocatore*. UP: Roma.
- Capitanucci, D. (2012). Strategie di prevenzione del gioco d'azzardo patologico tra gli adolescenti in Italia. L'utilizzo di strumenti evidence-based per distinguere tra promozione e prevenzione. *Italian Journal of Addiction*, 2, 139-147.
- Capitanucci, D. & Carlevaro, T. (2004). *Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel Disturbo del gioco d'azzardo patologico*. Bellinzona: Hans Dubois.
- Capitanucci, D., Savron, G., Biganzoli, A., Smaniotto, R., Barboni, A., Locati, V., et al., (2009). Scommettiamo che non lo sai? Una guida preventiva specifica per il gioco d'azzardo patologico. *Personalità/Dipendenze*, 15, Fascicolo 1.
- Capitanucci, D., Smaniotto, R., & Biganzoli, A. (2010). La prevenzione del gioco problematico negli adolescenti attraverso l'adattamento del video Lucky. *Quaderni Italiani di Psichiatria*, 29, 30-39.

- Caprara G., Barbaranelli C., Borgogni L., Vecchione, M. (2007). *Big-Five Questionnaire - (B.F.Q-2)*. Firenze: Giunti O.S.
- Caretti, V., & La Barbera, D. (a cura di), (2005). *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*. Raffaello Cortina Editore: Milano.
- Caretti, V., Craparo, G., Schimmenti, A. (2010). Fattori evolutivo-relazionali dell'addiction. In V. Caretti & D. La Barbera (a cura di) *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca* (pp.99-134). Raffaello Cortina Editore: Milano.
- Carlevaro, T. (2014). Il gioco d'azzardo patologico. http://www.giocoresponsabile.com/uploads/allegati/Azzardo_2014-13.pdf - sito consultato il 4.06.15.
- CONAGGA, CNCA, Gruppo Abele, Libera, & Alea-Associazione (2012). http://www.conagga.it/1/la_campagna_dei_monopoli_di_stato_giovan_i_e_gioco_va_sospesa_727452.html - sito consultato il 4.06.15.
- Costa, P., Jr., & McCrae, R. (1992). *NEO personality inventory-revised (NEO-PI-R) and NEO five factor inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Croce, M. (2002). Il gioco d'azzardo tra normalità e patologia. In D. Capitanucci & V. Marino (eds.). *La vita in gioco? Il gioco d'azzardo tra divertimento e problema*, Milano: Franco Angeli.
- Croce, M. (2003). Le difficoltà nel riconoscere e trattare le dipendenze non da sostanze. *Personalità / Dipendenze*, 9, 43-53.
- Croce, M., Lavanco, G., & Varveri, L. (2001). Aspetti psicologici e sociali del gioco d'azzardo, *Aggiornamenti Sociali*, 6, 504-517.

- Croce, M., & Zerbetto, R. (a cura di), (2001). *Il gioco & l'azzardo*. Franco Angeli: Milano.
- Custer, R.L. (1982). Pathological gambling. In A. Whitfield (eds.), *Patients with Alcoholism and other Drug Problems*. New York: Year Book Publishers.
- Custer, R.L. (1984). Profile of the pathological gambler. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45(12), 35-8.
- Denis, C., Fatseas, M. & Auriacombe, M. (2012). Analyses related to the development of DSM-5 criteria for substance use related disorder: 3. An assessment of Pathological Gambling Criteria. *Drug and Alcohol Dependence*, 122, 22-27.
- Dickerson, M.G. (1984). *Compulsive gamblers*. London: Longman Group. Traduzione italiana: *La dipendenza da gioco. Come diventare giocatori d'azzardo e come smettere*. Torino: Edizioni Gruppo Abele.
- Echeburúa, E., Báez, C., & Fernández-Montalvo, J. (1996). Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: Long-term outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24(01), 51-72.
- Fava, M. (1983). Assessing depressive symptoms across cultures: Italian validation of the CES-D self-rating scale. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 2, 249–251.
- Fiasco, M. (2001). *Aspetti sociologici, economici e rischio criminalità*, in

Croce M., Zerbetto R. (a cura di), *Il gioco e l'azzardo*, Angeli, Milano.

Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E., & Barratt, E. S. (2001). Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in nonclinical subjects. *Journal of Clinical Psychology, 57*(6), 815-828.

Freimuth, M. (2012). Addiction screening in psychotherapy. American Psychological Association. *Education Directorate*. Online: www.apa.org

Freud, S. (1928). *Dostoevskij e il parricidio*. OSF 10.

Goffman, E. (1971). *Modelli di interazione*. Bologna: Il Mulino.

Goldberg, L. R. (1990). An alternative "description of personality": The Big-Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 1216–1229.

Greenberg, H. R. (1980). Psychology of gambling. In H.I. Kaplan, A.M. Freedman & B.J. Sadock (eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore/London: Williams & Wilkins.

Greenson, R. R. (1947). On gambling. *American Imago, 4*, 61-77.

Greenson, R. R. (1978). *Explorations in psychoanalysis*. International University Press: New York.

Guerreschi, C. (1999). *Il gioco d'azzardo patologico. Quando il gioco diventa una dipendenza*. Città di Bolzano, Assessorato ai Servizi Sociali e Sanità, Bolzano.

Guerreschi, C. (2000). *Giocati dal gioco. Quando il divertimento diventa una malattia: il gioco d'azzardo patologico*. Milano: San Paolo.

Harris, M. (1988). *America now: The anthropology of a changing culture*. Simon & Schuster: New York.

Iliceto, P., Fino, E., Cammarota, C., Giovani, E., Petrucci, F., Desimoni, M., Sabatello, U., Candilera, G. & Oei, T.P. (2013). Factor Structure and Psychometric Properties of the Italian Version of the Gambling Related Cognitions Scale (GRCS-I). *Journal of Gambling Studies*, 1-18.

Imbucci, G. (1997). *Il gioco. Lotto, totocalcio, lotterie. Storia dei comportamenti sociali*. Venezia: Marsilio.

Jazaeri, S. A. & Bin Habil, M. H. (2012). Reviewing Two Types of Addiction – Pathological Gambling and Substance Use. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(1): 5-11

Joukhador, J., Blaszczynski, A., & Maccallum, F. (2004). Superstitious beliefs in gambling among problem and non-problem gamblers: Preliminary data. *Journal of Gambling Studies*, 20(2), 171-180.

Ladoucer, R., & Ferland, F. (2003). Prevention of problem gambling among youths. In Gullotta, T. P. & Bloom, M. (Eds.), *The Encyclopedia of primary prevention and health promotion* (pp. 504 – 509). New York: Kluwer Press.

Ladoucer, R., Sylvain, C., Boutin, C., Doucet, C. (2000). *Le jeu excessif: comprendre et vaincre le gambling*, trad. it. *Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling* (2003). Centro Scientifico Editore: Torino.

Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., Leblond, J., & Jacques, C. (2001). Cognitive treatment of pathological gambling. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(11), 774-780.

Ladouceur, R., & Walker, M. (1996). A cognitive perspective on gambling. In Salkovskis, P. M. (Ed) *Trends in cognitive and behavioral therapies*. Wiley: New York (pp. 89–120).

Ladouceur, R., & Walker, M. (1998). Cognitive approach to understanding and treating pathological gambling. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology*, Pergamon: New York (pp. 588-601).

Lavanco, G. (2001). *Psicologia del gioco d'azzardo. Prospettive psicodinamiche e sociali*. Milano: McGraw Hill.

Lavanco, G. & Varveri, L. (2002). Dal gioco sociale al gioco problematico: percorsi per un intervento di comunità. In D. Capitanucci & V. Marino (eds), *La vita in gioco? Il gioco d'azzardo tra divertimento e problema*. Milano: Franco Angeli.

Lavanco G., & Varvieri L., (2006), *Psicologia del gioco d'azzardo e della scommessa*, Carrocci Faber, Roma.

Lesieur, H.R. & Blume, S.B. (1987); Lesieur, H.R. & Blume, S.B. (1993). Revising the South Oaks Gambling Screen. *Journal of Gambling Studies*, 9, 213-223.

Malone, G. P., Pillow, D. R., & Osman, A. (2012). The general belongingness scale (GBS): Assessing achieved belongingness. *Personality and Individual Differences*, 52(3), 311–316.

- Moran, E. (1970). Varieties of Pathological Gambling. *British Journal of Psychiatry*, 116 (535): 593-597.
- Moran, E. (1975). Pathological gambling. in *British Journal of Psychiatry*, Special Publication, 9, *Contemporary Psychiatry*. London: Royal college of Psychiatrists.
- Moreno, I., Saiz-Ruiz, J., & Lopez-Ibor, J. J. (1991). Serotonin and gambling dependence. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 6, 9-12.
- Muñoz-Molina, Y. (2008). Meta-análisis sobre juego patológico 1997-2007. *Revista de Salud Pública*, 10(1): 150-159.
- Murray, J. B. (1993) Review of research on pathological gambling. *Psychological Reports*, 72, 791–810.
- Oei, T. P. S. & Baldwin, A. (1994) Expectancy theory: a two process model of alcohol use and abuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 525–534.
- Patton, J. H., & Stanford, M. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, 51(6), 768-774.
- Petrabissi, L., & Santinello, M. (1989). Verifica della validità dello STAI forma Y di Spielberg. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 91, 11-14.
- Petry, N.M. (2008). Disordered Gambling and Its treatment. *Washington State department of Social and Health Service*. Fonte: www.dshs.wa.gov

Petry, N.M., Blanco, C., Stinchfield, R. & Volberg, R. (2012). An empirical evaluation of proposed changes for gambling diagnosis in the DSM-5. *Society for the Study of Addiction*, fonte: Epub - University of Connecticut Health Center

Prakash, O., Avasthi, A. & Benegal, V. (2012). Should pathological gambling be considered an addictive disorder? *Asian Journal of Psychiatry*, 5(3):211-4.

Provincia di Pesaro e Urbino (2012).

<http://www.provincia.pu.it/politichesociali/prevenzione-dipendenze-patologiche/alziamo-la-media/> - sito consultato il 4.06.15.

Provincia di Roma (2012). <http://www.provincia.roma.it/news/nelle-scuole-contro-il-gioco-d%E2%80%99azzardo> - sito consultato il 4.06.15.

Provincia di Torino (2014).

http://www.provincia.torino.gov.it/istruzione/cesedi/prop_attivita/pdf/2014-2015/024-025.pdf - sito consultato il 4.06.15.

Puppo, I. & Scelfo, G. (2010). Il gioco d'azzardo tra normalità e patologia. Online: www.dedaloazionecattolica.it.

Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 3, 385-401.

Raylu, N. & Oei, T. P. S. (2002) Pathological gambling: a comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 22, 1009–1061.

- Raylu, N., & Oei, T. P. S. (2004). The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): Development, confirmatory factor validation and psychometric properties. *Addiction, 99*(6), 757-769.
- Rosenthal, R.J. (1987). The Psychodynamics of Pathological Gambling : a Review of the Literature. In T. Galski & C. Charles (eds.), *The handbook of Pathological Gambling*. Springfield Illinois.
- Serpelloni, G. (2013). *Gambling. Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione*. Edizioni del Dipartimento Politiche Antidroga.
- Sharpe, L. (2002). A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling. A biopsychosocial perspective. *Clinical Psychology Review, 22*, 1-25.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan: New York.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press, Inc.; Palo Alto, CA.
- Steiner, J. (1993). *I rifugi della mente*. Bollati-Boringhieri Editore.
- Stinchfield, R. (2002). Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive behaviors, 27*(1), 1-19.

- Sylvain, C., Ladouceur, R., & Boisvert, J. M. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: A controlled study. *Journal of consulting and clinical psychology, 65*(5), 727.
- Toneatto, T. (1999) Cognitive psychopathology of problem gambling. *Substance Use and Misuse, 34*, 1593–1604.
- Toneatto, T., Blitz-Miller, T., Calderwood, K., Dragonetti, R. & Tsanos, A. (1997) Cognitive distortions in heavy gambling. *Journal of Gambling Studies, 13*, 253–266.
- Vitaro, F., Arseneault, L., & Tremblay, R. E. (1999). Impulsivity predicts problem gambling in low SES adolescent males. *Addiction, 94*, 565-575.
- Wehrli, S. (2008). Personality on social network sites: An application of the five factor model. *Eth zurich sociology working papers, ETH Zurich. Predictors, 0.37- 33.54.*
- Welte, J., Barnes, G., Wieczorek, W., Tidwell, M.C. & Parker, J. (2001). Alcohol and Gambling Pathology among U.S. Adults: Prevalence, Demographic Patterns and Comorbidity, *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 62*(5), 706.
- Whelan, J. P., Steenbergh, T. A., & Meyers, A. W. (2007). *Problem and pathological gambling*. Hogrefe & Huber: Cambridge, MA.
- White, J. K., Hendrick, S. S., & Hendrick, C. (2004). Big Five personality variables and relationship constructs. *Personality and Individual Differences, 37*(7), 1519–1530.

Xian, H., Shah, K.R., Phillips, S.M., Scherrer, J.F., Volberg, R. & Eisen, S.A.
2008. The association of cognitive distortions with problem and pathological gambling in adult male twins. *Psychiatry Research*, 160(3): 300-307.

Zuckerman, M. (1999) *Vulnerability to Psychopathology: a Biosocial Model*. Washington, DC: American Psychological Association.