
SOMMARIO

- 3 (Non solo) Editoriale
di Amelia Fiorin
- 11 Le radici del gioco d'azzardo: interrogare gli dèi
di Riccardo Zerbetto
- 22 Gambling ed internet. Note per un "futuro passato"
di Mauro Croce
- 32 Alea Bulletin e l'attività culturale e scientifica di Alea
di Graziano Bellio
- 39 La questione istituzionale del gioco d'azzardo. Il contributo della comunità
scientifica di Alea
di Maurizio Fiasco
- 48 Il contributo dell'Associazione Alea nella collaborazione con il Ministero
della Salute
di Onofrio Casciani
- 53 La costruzione della dipendenza da Gioco d'Azzardo: l'opera del
condizionamento. Il caso delle slot-machine
di Maurizio Avanzi
- 62 Riscontri e approfondimenti sui costi sociali della patologia da gioco
d'azzardo nella quotidianità delle famiglie, nelle relazioni interpersonali
significative e nei contesti di vita
di Roberta Smaniotto, Daniela Capitanucci
- 71 Disturbo da Gioco d'Azzardo: il trattamento in ambito privato
di Claudio Dalpiaz
- 80 I trattamenti nei servizi pubblici: l'esperienza del Ce. Di. SS. della ASP di
Palermo
di Francesca Picone, Monica Mandalà, Virginia Salemi
- 87 Il trattamento del Disturbo da gioco d'azzardo in un servizio pubblico:
l'esperienza del Centro specifico per il Disturbo da gioco d'azzardo di
Foligno (USL UMBRIA)
di Lucia Coco
- 98 Auto Aiuto ed integrazione con i servizi territoriali: l'esperienza del
Programma Prisma del Gruppo LOGOS di Salerno
di Aniello Baselice, Martina Buonocore, Immacolata Lettieri, Stefania Pirazzo

(non solo) Editoriale

Amelia Fiorin
Presidente di Alea

Sono molto riconoscente a tutti gli autori e Soci Alea che hanno accolto l'invito della redazione del Bulletin per onorare il decennale della nostra rivista. Come ricorda Graziano Bellio "Nel febbraio 2013, dopo lunga gestazione, vedeva la luce il primo numero della rivista di Alea". Questa ricorrenza è dunque un'occasione, quanto mai preziosa, per fare un bilancio, capitalizzare il passato e comprendere quali prospettive future possono essere intraprese e sviluppate in primis per Alea e per la sua rivista. Partiamo dai contenuti. Non saremo delusi leggendo i contributi di questo decennale perché rinviano a quella sensazione di vividezza che solo l'esperienza clinica sul campo può trasmettere. Il Decennale assolve, pur non volendo farlo in primo luogo, a uno dei compiti peculiari delle società scientifiche: favorire scambi di informazioni, competenze, offrire punti di vista diversi e/o complementari e, non ultimo, diffondere le conoscenze acquisite. D'altro canto, se noi andiamo ad analizzare il contributo di Graziano Bellio ci

rendiamo subito conto che l'attività scientifica di Alea è andata via via moltiplicandosi e specializzandosi ed "è sempre stata una vetrina di presentazione di competenze e correttezza etica dei propri affiliati". Non lo è da meno il Decennale, raccolta di contributi poliedrici, declinati nei vari ambiti che si intrecciano con la patologia del gioco d'azzardo. Il valore aggiunto di questo decennale, mi permetto di sottolinearlo, è che sono presenti contributi che segnalano la graduale, proficua attività e il coinvolgimento di Alea nelle sedi istituzionali, come l'Osservatorio, e la sua partecipazione alla stesura di linee guida e buone prassi per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo (DGA) (Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali PDTA). Alea ha saputo costruire un sapere che nel tempo è divenuto autorevole punto di riferimento per orientare gli interventi di cura, trattamento e prevenzione a livello nazionale. In un articolo dedicato al futuro delle società scientifiche, Cappelletti (2011) suggerisce che il ruolo delle società scientifiche, nella definizione e

diffusione di regole per la ricerca (responsible conduct of research, RCR), può esplicarsi lungo tre direttrici, tra le quali la pubblicazione di linee guida relative alla ricerca scientifica e al trattamento. A ben vedere questo può rappresentare un obiettivo raggiunto da parte di Alea. I contributi di Onofrio Casciani e Maurizio Fiasco segnalano i passaggi fondamentali dei rapporti della nostra società scientifica con l'Osservatorio e il lavoro fino ad oggi svolto va nella direzione del ruolo sociale che la scienza riveste, cioè quello di sensibilizzare l'opinione pubblica, di supportare le policy sanitarie, di lavorare affinché la comunità possa scegliere comportamenti più protettivi. "Questo compito va inquadrato negli aspetti più alti della advocacy, cioè il ruolo sociale delle Società Scientifiche che si sostanzia nell'educazione scientifica della pubblica opinione" (Cappelletti 2011). Il Decennale assolve anche un altro compito che è quello di tracciare una linea di continuità tra le origini, gli sviluppi avvenuti, il momento attuale e le future evoluzioni. Riccardo Zerbetto, anima fondatrice di Alea, rinnova la riflessione e il dibattito tra coraggio, temerarietà e inclinazione al rischio: "tra comportamento autenticamente ludico, tendenza a un comportamento problematico o francamente patologico esistono confini incerti, mobili, mai del tutto prevedibili e anche mai diagnosticabili in modo certo". Alcune certezze vengono sovvertite mentre ci si addentra nella lettura del contributo di Zerbetto e questo forse è la dimostrazione del valore e bontà del contributo stesso. Per Alea muoversi all'interno di questa linea di demarcazione, proponendo approfondimenti e dibattiti, è sempre stato

arricchente da una parte ma anche faticoso dall'altra. Trovo generosa la riproposta di tale dibattito in questo breve scritto da parte di Zerbetto e colgo anche l'intento di rinnovare le "radici" non solo del gioco ma di Alea. Da tempo e in diverse occasioni, all'interno di Alea, si è messo in agenda un evento che facilitasse uno scambio franco e scientifico sui temi di confine: vizio, malattia, gioco, gioco d'azzardo, gioco responsabile. Tuttavia ad oggi non siamo riusciti a programmare uno spazio congruo per operare un'aperta riflessione, un genuino confronto che possa anche integrarsi con i progressi dati dalle ricerche scientifiche. L'augurio è che si possa raggiungere questo appuntamento, anche attraverso la costituzione di un Gruppo di Studio (GS) dedicato, in modo da "alleggerire" la vita del Direttivo, che talvolta diventa il teatro per questo dibattito, pur non volendolo. Il contributo di Riccardo Zerbetto sottolinea l'aspetto identitario di Alea. La nostra associazione si è sempre dedicata al gioco d'azzardo in primis, e se nello statuto ancora recita ... "e altri comportamenti a rischio..." di fatto in quest'event'annicisiamo i nostri interessi quasi esclusivamente alla problematica dell'azzardo. Le società scientifiche nascono in primis per favorire quella formazione post-istituzionale, che va oltre la formazione accademica e che accompagna i professionisti nell'aggiornare e potenziare le proprie competenze lavorative in quella specifica disciplina. Alea è un'associazione che "... aspira ad interpretare il gioco d'azzardo a tutto campo" (cit. Graziano Bellio) e per questo motivo accoglie operatori di diversa formazione, che fanno riferimento a molteplici modelli interpretativi del fenomeno e che guardano al gioco d'azzardo da punti

di vista diversi: quello sociologico, quello antropologico, quello legale, quello familiare, quello istituzionale, quello del privato sociale, quello finanziario, quello della ricerca clinica etc. In questo senso il sapere che nel tempo si è stratificato in Alea, dal 2000 in poi, può essere considerato, a tutti gli effetti, un sapere che ha costruito una pratica professionale. L'auspicio è quello di poter mantenere questo obiettivo, ampliando i confini del nostro interesse oltre il gioco d'azzardo, includendo gli aspetti normali e patologici del gaming e del trading online, solo per citare alcune tematiche che oggi si stanno affacciando ai servizi per le Dipendenze. E' unanimemente accettato che uno dei compiti delle società scientifiche è quello di fornire una formazione continua che tende ad integrare vecchi e nuovi scenari di lavoro e intervento, in relazione ai cambiamenti che la nostra società e cultura ci impone. Questo è ciò che sta accadendo nell'ambito dei comportamenti di dipendenza ed è augurabile che gli investimenti futuri di Alea possano andare nella stessa direzione: migliorare le competenze dei nostri soci; aggiornare i membri di Alea tenendo conto della multidisciplinarietà che caratterizza l'associazione. Vorrei ora affrontare il core del Decennale, rappresentato dai colleghi che hanno proposto contributi più specificatamente legati alla tradizione clinica e alle sfide della ricerca sul campo. Il lavoro di Francesca Picone e collaboratori descrive una proposta organizzativa per offrire ai giocatori prestazioni specialistiche di diversi livelli, dall'accoglienza all'assessment e all'intervento, declinate per esigenze cliniche e differenza di genere.

L'eredità del lavoro pionieristico di Fulvia Prever, legato agli interventi per le donne giocatrici, è stata una importante fase di approfondimento della formazione scientifica di Alea da cui ancora oggi si traggono i frutti. I lavori di Claudio Dalpiaz e del Gruppo Logos di Salerno propongono, con sfumature diverse, la collaborazione tra gli interventi del servizio pubblico e il privato sociale. Sono tutte esperienze importanti e complesse che fanno emergere non solo una competenza professionale ma il valore aggiunto del lavoro di rete nell'ambito dell'assistenza dei disturbi dell'addiction. Ritengo che l'eterogeneità di professionisti, sia in termine di professionalità, sia in termine di provenienza (pubblico, privato), presenti in Alea sia arricchente perché può favorire un'analisi a tutto tondo della problematica del gioco d'azzardo patologico e della sua complessità. Nello specifico, il Gruppo Logos di Salerno pone il focus dell'intervento sugli aspetti multifamiliari, privilegia il trattamento familiare e guarda alla teoria sistemica come utile chiave di lettura per comprendere la complessità del fenomeno e all'Approccio Ecologico Sociale per intervenire sull'ambiente e sullo stile di vita del giocatore. Lo scandire del tempo è rigorosamente rispettato anche nel lavoro di Roberta Smaniotto e Daniela Capitanucci che riprendono un tema a loro caro, legato ai costi sociali e familiari che il gioco d'azzardo porta con sé. Una prospettiva oltre il singolo giocatore, una prospettiva che approfondisce i contesti di vita e il disturbo, non solo legato al condizionamento del singolo giocatore ma ai danni passivi che i comportamenti di addiction realizzano. "I danni si estendono dalla sfera individuale del giocatore, a cerchi

concentrici, a tutti gli altri ambiti con i quali si relaziona, con una intensità direttamente proporzionale alla vicinanza relazionale tra giocatore e terzi in causa.” Le autrici sono a indicarci quale potrebbe essere il ruolo di Alea come associazione che tiene alta l’attenzione sulle famiglie dei giocatori e stimola progetti di sensibilizzazione, prevenzione e ricerca sui danni del gioco. La sfida della ricerca sul campo per la valutazione degli esiti del trattamento la propone anche Lucia Coco del Centro specifico sul Disturbo da Gioco d’azzardo di Foligno. Partendo dall’esperienza clinica del Centro specifico di Foligno, l’autrice presenta l’assetto di cura e trattamento che lei e le sue colleghe riservano ai giocatori patologici. I passaggi e le strategie di cura messe in atto risentono molto di una cultura condivisa, maturata anche all’interno di Alea con vari seminari convegni e congressi, oltre che con il Bulletin, fonte di scambio di esperienze e conoscenze fra soci. Il lavoro di Maurizio Avanzi propone un’analisi dettagliata dei meccanismi di condizionamento sfruttati dall’ingegneria dei giochi per simulare un processo naturale di apprendimento al quale l’uomo è predisposto. Piacere e gratificazione sono meccanismi neurobiologici insiti nella vita dell’uomo, dalla preistoria ai giorni nostri, e il potenziale del condizionamento classico e operante è altrettanto conosciuto. Un affondo chiaro, lucido e completo sui meccanismi ambientali e cognitivi che creano addiction e un’analisi altrettanto chiara di come la pandemia di COVID-19 e il lockdown (da marzo 2020 a giugno 2020) ci hanno consentito di comprendere l’efficacia delle misure protettive e di riduzione

dell’offerta rispetto al gioco d’azzardo fisico. Chiudiamo il cerchio con l’intervento di Mauro Croce che, a mio avviso, si pone in continuità con il lavoro di Maurizio Avanzi nel sottolineare quanto i meccanismi di condizionamento e gli ambienti additivanti possano rappresentare dei fattori di rischio per lo sviluppo del gambling digitale. Affrontare il gambling digitale appare un invito, offertoci da Mauro Croce, per guardare ai possibili scenari futuri di cui eventualmente Alea potrebbe avere interesse a costruire un suo sapere. Ed è importante che questa suggestione arrivi dal co-fondatore di Alea, linfa per lo sviluppo di una associazione scientifica che vuole e desidera stare al passo con i tempi. In fin dei conti l’attività scientifica di Alea deve potersi confrontare con i cambiamenti della società della cultura e dell’oggetto mutevole della dipendenza.

Il Decennale rappresenta anche l’occasione per soffermarci su alcuni impegni futuri. Se noi guardiamo a ritroso l’impegno, l’attività e la motivazione dimostrati dalla nostra associazione, non abbiamo dubbi che Alea si possa annoverare tra le tante società scientifiche presenti in Italia. Gli elementi a favore di questa realtà sono diversi:

- “la creazione di una Società Scientifica è un momento essenziale nell’affermazione di una disciplina” (Cappelletti P. 2011). Ritorno al contributo di Graziano Bellio che scrive “Non si può partire che dal congresso del 6-8 aprile a Forte dei Marmi, evento costitutivo di Alea, organizzato dai due soci fondatori Croce e Zerbetto, e che ha visto tra i relatori

quei soci antesignani che avrebbero animato la vita associativa negli anni successivi (...). I due organizzatori diedero al programma dei lavori quell'impronta multidisciplinare che avrebbe costituito il marchio distintivo di Alea: non (solo) una società a carattere medico-sanitario tradizionale, ma una associazione che aspira a interpretare il fenomeno del GA a tutto campo" (Bellio G. 2022). Alea raccoglie attorno a sè operatori, clinici e professionisti che si interessano del gioco d'azzardo, favorisce scambi culturali, attività di pubblicazioni, confronto tra operatori e clinici, partecipazione attiva nel contesto culturale e politico, attività di informazione attraverso il Bulletin, momenti congressuali, seminari interni etc. Lo stesso dicasi per le opere pubblicate, oltre a quelle già citate nell'articolo di Graziano Bellio, possiamo aggiungere i due manuali che hanno visto la cooperazione di molti soci Alea come "Il Trattamento Psicologico e Psicoterapeutico del Disturbo da Gioco D'Azzardo in una Prospettiva Multidisciplinare" di Onofrio Casciani e Ornella De Luca e il "Manuale Operativo di Presa in Carico Clinica nel Disturbo da Gioco d'Azzardo" di Daniela Capitanucci e di chi scrive. Ed infine, ma non per questo di minor importanza, l'attività di aggiornamento e formazione continua svolta con i "Mercoledì di Alea", eventi seminariali che coinvolgono tutti i soci e che rappresentano momenti propulsivi per avviare ricerche, approfondimenti e aggiornamenti.

- Le società scientifiche rappresentano un gruppo di riferimento di valore per

l'intera società, perché sono "differenti, sono cioè in grado di offrire un contributo intellettuale e materiale per il benessere collettivo, indipendentemente da governi, comitati di ricerca, università, industria (...)" (Cappelletti P. 2011). I rapporti costruiti nel tempo tra Alea e Osservatorio e l'autorevolezza che la nostra associazione ha ottenuto con l'invito a diverse audizioni in Senato, nei momenti in cui il governo era tenuto a raccogliere elementi decisivi per emanare nuove regole di governo dell'industria del gioco, testimoniano la strada percorsa dal 2000 ad oggi e il riconoscimento raggiunto.

- Alea ha anche promosso delle azioni che hanno migliorato il suo profilo comunicativo. Il Bulletin e il sito web sono strumenti di pubblicizzazione della nostra associazione. Tuttavia anche su questo aspetto, da molto tempo si riflette sulla necessità di apportare dei cambiamenti, di adottare una comunicazione più social e utilizzare tutti i canali messi a disposizione anche dalla telemedicina, nel tentativo di massimizzare la messaggistica e la pubblicizzazione dell'attività di Alea.
- Infine, sempre citando Cappelletti (2011): "(...) le Società Scientifiche devono essere governate con la trasparenza e l'applicazione dei principi e delle prassi della democrazia partecipativa e della periferizzazione (in Italia oggi diremmo federalismo)". Sento questo aspetto quanto mai vicino al programma elettorale che presentai nell'Ottobre del 2021, quando si sottolineava l'importanza di far nascere dei gruppi di lavoro, studio e aggiornamento in varie sedi

dell'Italia. L'occasione di costruire la fase di accreditamento di Alea tra le società scientifiche può riaprire una intensa fase di cooperazione tra tutti i soci poiché la domanda di accreditamento impone:

1. la costruzione di un dossier delle attività culturali svolte fino ad oggi
2. l'aggiornamento puntuale delle quote associative e il loro monitoraggio
3. una maggiore pubblicizzazione dell'associazione attraverso gli stessi professionisti in modo da ampliare la base degli iscritti
4. una maggiore partecipazione alla stesura di articoli e contributi per il Bulletin, rivista dell'associazione
5. di rinforzare il networking di Alea sotto il profilo comunicativo con un investimento che, a mio avviso, non può essere solo legato alla disponibilità volontaria di alcuni soci, ai quali va tutta la mia gratitudine. In questo ambito è necessario stare al passo con i cambiamenti avvenuti non solo con il lockdown ma con i cambiamenti culturali che sollecitano l'adozione di una comunicazione veloce, semplice, immediata, social e a portata di mano.

E' necessario che questo sapere non si disperda e, a oggi, noi dovremmo concentrarci sulla possibilità di inserire Alea nell' "Elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie". Se questo è l'obiettivo, accanto alla produzione scientifica e all'attività di ricerca condotta in questi anni, è necessario formalizzare e organizzare la nostra associazione in modo organico, seguendo una metodologia che risponda ai criteri richiesti.

I criteri sono contenuti nel Decreto Ministeriale del 02 Agosto del 2017 e la nota di chiarimenti della Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del Servizio Sanitario Nazionale Ufficio V (DGPROF) del 23 Ottobre del 2017 si sofferma su alcuni importanti aspetti:

1. Si stabilisce nel decreto che le società scientifiche e le associazioni devono avere "carattere nazionale" e sezioni o rappresentanza in "almeno" dodici tra Regioni e Province autonome, anche mediante associazione con altre associazioni o società. Sempre sullo stesso tema si richiede almeno il 30% di rappresentatività dei professionisti nella specializzazione e nella disciplina.

Su questo primo criterio si è dibattuto molto, poiché l'indicazione appare ancora poco chiara. Per esempio non si comprende se il carattere nazionale può essere raggiunto dai singoli iscritti, quindi riferendosi alla rappresentanza in luogo oppure da gruppi di studio distribuiti nelle 12 regioni italiane e quindi alla competenza. Ad oggi questo aspetto non è stato rivisto da parte del Ministero della Salute e rinvia quindi all'associazione che presenta la domanda poter fornire dati sufficienti per documentare il "carattere nazionale". Come dire, essendo questo "Elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie" ancora giovane e appena istituito, ed essendo Alea unica nel territorio nazionale rappresentante di un sapere scientifico specifico da oltre vent'anni, potrebbe bastare la rappresentatività singola nelle dodici regioni italiane. A fronte di questa lettura, invito tutti noi a leggere la

nota di chiarimento, firmata dal Direttore Generale Rossana Ugenti, che recita: *“Tenuto conto che la ratio sottesa agli artt 5 e 6 della menzionata legge n. 24/2017, è quella di consentire l’elaborazione di linee guida con riferimento a tutte le attività degli esercenti le professioni sanitarie, laddove in una determinata “disciplina” o “specializzazione” o “area” o “settore” di esercizio professionale non sussista alcuna società scientifica o associazione tecnico-scientifica che possieda una rappresentatività pari al 30%, in fase di prima applicazione delle nuove disposizioni ed al solo fine di consentire la formazione del primo elenco di cui al richiamato DM, saranno valutate tutte le società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche, che abbiano una adeguata rappresentatività nella disciplina o specializzazione o area o settore di riferimento”* (Ugenti 2017). L’importanza di soddisfare questo criterio per Alea è cruciale per mantenere il ruolo autorevole nelle varie sedi istituzionali. Con il processo di accreditamento delle Società Scientifiche solo le associazioni iscritte a questo elenco possono accedere nelle varie sedi istituzionali come l’Osservatorio e sedere nei tavoli di costruzione e stesura delle linee guida.

2. Il secondo requisito riguarda la presenza di un atto costitutivo e di uno statuto che funga da atto di governo per tutte le attività svolte da una associazione. Ciò significa che tale documento riporta le modalità di adesione all’associazione, il regolamento per mantenere l’attività di formazione a favore dei propri soci, in un’ottica di formazione continua, e altri aspetti della vita di una associazione. Anche questo requisito è soddisfatto in Alea, pena la non esistenza della stessa associazione.

Tuttavia da tempo, e direi in diverse fasi della crescita di Alea, si è affrontato più volte, dall’interno, la necessità di integrare, rivedere, rivisitare l’atto costitutivo al fine di migliorare alcuni passaggi del governo della società stessa. Solo l’avvio dei lavori di rivisitazione dello statuto, iniziati nell’Ottobre 2021 hanno favorito la possibilità di affrontare anche la natura della nostra associazione: società scientifica o associazione del terzo settore?

Quando io mi sono iscritta ad Alea l’ho fatto perché avevo la necessità di confrontarmi con colleghi che stavano affrontando un sapere comune e ho sempre trovato molti stimoli, motivazioni e supporto alla mia attività professionale. Nel corso del tempo non sono venuti meno il mio coinvolgimento e riconoscenza verso questa Società Scientifica che si interessa di gioco d’azzardo e dintorni. L’augurio è quello di poter portare avanti questo indirizzo da parte dei soci di Alea e di avviare e completare il processo di accreditamento come Società Scientifica. Fino ad oggi abbiamo percorso metà della strada, sarebbe un peccato abbandonarla o ignorare questo passaggio formale per entrare di diritto nell’elenco delle società scientifiche accreditate.

Bibliografia

- Barello S.; Mosconi P.; Martin P.; Vegni E. (2018): *Quale ruolo per le società scientifiche all’interfaccia tra mondo accademico e mondo professionale? L’esperienza di EACH. The Future of Science and Ethics*, vol. 3 Dicembre 2018.
- Cappelletti P. (2011): *Il futuro delle Società*

Scientifiche e la Società Italiana di Medicina di Laboratorio. Rivista Italiana di Medicina di Laboratorio 7:127-139 .DOI 10.1007/s13631-011.0020-1

- Carbon C. (2005): Continuing professional development and clinical governance: the role of scientific societies. Clin. Microbiol. Infect. 11 (Suppl 1): 24-27
- Ugenti R. (2017): Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del servizio sanitario nazionale UFFICIO V. Ministero della Salute 23.10.2017.

Vorrei esprimere tutta la mia gratitudine a tutti i soci che con dedizione, passione e impegno hanno permesso a questa associazione di arrivare a questo traguardo.

Le radici del gioco d'azzardo: interrogare gli dèi

Riccardo Zerbetto

Psichiatra, Psicoterapeuta, Socio fondatore e Presidente Onorario di Alea

*Dio muove il giocatore, questi il pezzo.
Quale dio dietro Dio la trama ordisce
di tempo e polvere, sogno e agonia?*

Jorge Luis Borges

Tra vizio e malattia, un incerto confine

Ci sono forse pochi ambiti nei quali il confine tra salute, vizio e malattia, tra intenzione, abitudine e compulsione anancastica, tra coraggio, pericolosa inclinazione al rischio e temerarietà come nel gioco. Tra comportamento autenticamente ludico, tendenza ad un comportamento problematico o francamente patologico esistono infatti confini incerti, mobili, mai del tutto prevedibili ed anche mai diagnosticabili in modo certo. Forse per questo il tema, per sua natura, non cessa di animare dibattiti infiniti, non solo a livello clinico, ma antropologico, storico, culturale, economico, etico, politico e sociale. Ambiti che hanno tutti una legittimità a tutto spessore e che si embricano indissolubilmente se dei comportamenti

collegati al tema del gioco vogliamo cogliere, almeno in parte, la infinita poliedricità in quanto fenomeno tipicamente umano, se, con Huizinga, concordiamo con l'osservazione – difficilmente confutabile – per la quale l'essere umano è ludens non meno che faber e sapiens, se “la “civiltà umana sorge e si sviluppa nel gioco, come gioco” (J. Huizinga, tr. It. 1973). A ben vedere, in quanto simulazione della realtà, i giochi possono rappresentare una formidabile occasione di crescita della personalità, laddove il rapporto tra competenza (agon) e rischio (alea) sia adeguato. Gli scacchi, ad esempio, secondo Benjamin Franklin insegnano “il senso della previsione, quando sia utile spingere lo sguardo un po' nel futuro ... e la cautela, in quanto è indispensabile osservare il gioco dell'avversario ... l'attenzione, per non agire

precipitosamente ... e, infine, la consuetudine a saper aspettare i cambiamenti favorevoli e ad insistere nella ricerca delle soluzioni” (da Caroli e Marinello, p. 38). Ma infinite potrebbero essere le citazioni e le testimonianze a sostegno dell’importanza di attività di gioco adeguate per l’educazione e la civile convivenza. Nella sua fondamentale classificazione ludica, *I giochi e gli uomini* (1958), Callois distingue quattro tipologie: giochi di Agòn (competizione), giochi di Mimicry (imitazione), giochi di Alea (rischio) e, per finire, giochi di Ilinx (vertigine). Immagina che essi si trovino in una grande piattaforma ruotante che permette loro diverse combinazioni e quindi infinite varietà di giochi: “se i giochi di competizione, o di Agon, sono una rivendicazione del merito e della responsabilità personale, quelli di rischio, o di Alea, sono un’abdicazione della volontà e un abbandono al destino”. C’è tuttavia un aspetto che ci interessa più da vicino in questo contesto: il gioco collegato al rischio e che, nella nostra cultura, si associa in particolare al denaro in quanto simbolo universale di potere e di status sociale. E’ infatti l’attitudine nei confronti del rischio l’anima dei comportamenti osservabili nelle diverse forme del gioco d’azzardo e che rimandano a strutture di personalità che nei comportamenti di gambling eccessivo esprimono uno dei molteplici aspetti fenomenici nei quali le stesse personalità possono esprimersi. Scorgere il confine tra la virtù ed il vizio, specie in situazioni estreme dove alla prudenza deve associarsi l’ardimento al limite della

temerarietà, è assai difficile. Se non impossibile. Si tratta di momenti nei quali tutto viene messo “in gioco” nella scelta fatale di un istante nel quale destini personali, ma anche di imperi, sono appesi alla valutazione di uno scenario che richiede capacità di analisi, ma anche una capacità di scelta lucida e adamantina. In questo “giocare il tutto per tutto” si “scoprono le carte” e la successione degli eventi rivela se nel determinare la scelta in una direzione o nell’altra hanno prevalso il retto consiglio e la determinazione o un’incauta presunzione foriera di sventura. C’è quindi un’etica, immanente alle situazioni di rischio, che spesso viene dimenticata ma che, a parer mio, sottende l’attitudine degli umani a ricreare situazioni nelle quali il brivido di tali situazioni di acmé vengono riprodotte seppure surrettiziamente, come nel caso del gioco d’azzardo. Il gioco fu, in origine, un’attività divinatoria e si accostavano a pratiche di gioco - cui si richiamavano in qualche modo le scelte importanti da prendere - coloro da cui dipendevano le sorti comuni. Nel processo di democratizzazione e redistribuzione del potere, tipico delle culture più evolute, è facile supporre che tale “brivido decisionale” voglia essere vieppiù condiviso e sperimentato sulla propria pelle anziché delegato ad altri. Questa potrebbe essere tra le ragioni che giustificano la crescente estensione delle pratiche di gioco a rischio osservabile nelle società contemporanee.

Aspetti psicodinamici sulla personalità del giocatore

Il contributo di E. Bergler

Nel suo importante contributo di orientamento psicoanalitico (sfortunatamente esaurito), *Psicologia del giocatore*, E. Bergler sviluppa alcune idee proposte da Freud approfondendo in particolare l'importanza del pensiero magico-onnipotente del bambino che, nella nevrosi del giocatore, resta "fissato" anche in età adulta. L'intuizione, già avanzata da Freud nel saggio citato, secondo cui "il Fato, infine, non è altro che una proiezione paterna" viene ripresa nel senso che "ogni bambino crede nell'amore esclusivo dei suoi genitori, che è una perpetuazione proiettata dell'amore per se stesso. La sequenza storica: amore per se stesso senza limite – proiettato sui genitori – successivamente proiettato sul destino, spiega pure perché le interpretazioni che il giocatore dà di questa approvazione e disapprovazione siano tanto infantili". Riporta al proposito un'affermazione di un suo paziente per il quale "vincere significa che il destino annuisce, approva col capo e sorride amorevolmente. Perdere significa un avvertimento ed un dito minaccioso". Il "vantaggio" che il giocatore trae da questa forma di transferenza delle aspettative genitoriali sul fato starebbe nel fatto che egli non si percepisce più come "libero agente perché una potenza più alta lo domina".

Il giocare con il destino, nella pretesa megalomania di controllarlo, si traduce quindi in un "progetto per perdere", fine questo, autopunitivo e riparativo, che rappresenta il

vero obiettivo inconscio del giocatore, seppure camuffato del suo autoinganno teso alla sete spasmodica per la vincita. La stessa "tensione piacevolmente penosa" del giocatore che attende il verdetto del fato non farebbe altro che richiamare, a livello inconscio, il tempo che intercorre "tra la perpetuazione di un qualche misfatto infantile e l'attesa del relativo castigo", il suo desiderio di essere punito. E' quindi il masochismo il burattinaio cui i giocatori sono inconsapevolmente soggetti, pur considerandosi degli edonisti. A tale desiderio inconscio debbono quindi attribuirsi gli "errori" tipicamente reiterati dai giocatori. Non può sfuggire, in questa prospettiva, il collegamento con quanto sostenuto da Freud a proposito delle spinte autopunitive collegate alla dinamica edipica e riportate nel saggio su Dostoevskij riportato in precedenza.

Nel riferire di un suo paziente Bergler riporta come lo stesso "non aveva accettato l'indubbio fatto che i suoi errori erano stati determinati dalla sua nevrosi e che l'esperienza – per quanto amara – non può influenzare un masochista, perché le difese e i desideri continuano ad operare finché la base di tali desideri e la difesa non venga eliminata mediante l'analisi. Senza la cura, il masochista psichico necessariamente si impiglierà in una serie senza fine di catastrofi nevrotiche".

Riguardo al tipo di patologia in oggetto, citando E. Bergler (tr. it. 1979, p. 213) "a causa della sua struttura psichica, il giocatore dev'essere superstizioso, per intima necessità – dal momento che - esiste un rapporto fondamentale tra superstizione e desiderio di onnipotenza". La risposta quindi alla domanda

del giocatore di Dostoevskij se “Veramente è impossibile stare al tavolo da giuoco senza essere immediatamente infettati dalla superstizione?” la risposta inequivoca dello stesso Autore è “Sì. La superstizione è l’altra faccia del desiderio infantile di onnipotenza” (p. 213).

L’equivalenza simbolica tra gioco e modalità relazionali perverse viene anche ripresa da autori recenti alla luce della teoria delle relazioni oggettuali: “il gambling offre una fuga dall’intimità e rappresenta una via per negare sentimenti di inferiorità, di inadeguatezza e di colpa” (Rosenthal, 1997, p. 612).

C’è ora da chiedersi quale sia la struttura caratteriale che è dato più frequentemente rintracciare in un giocatore compulsivo e come poterla riconoscere. A questa parte verrà riservato un successivo paragrafo.

Per una lettura archetipico-antropologica

Abbiamo visto sinora alcune prospettive interpretative che si rifanno alla tradizione delle maggiori correnti di pensiero in ambito analitico, relazionale e cognitivo. Vorrei riservare ora alcune pagine ad una dimensione generalmente meno considerata e per certi aspetti più antica ed insieme innovativa. Mi riferisco al tentativo di cogliere la gestalt (come struttura-forma che dà significato alle parti costitutive), il complesso (in senso freudiano, anche se applicato in questo caso solo a quello edipico), il mitologema (per Jung) o il rispecchiamento archetipico (per Hillman), nel tentativo di cogliere uno o più nuclei centrali e costitutivi, da cui non è possibile prescindere,

se vogliamo accostarci alla complessità del tema e alla sua più intima natura.

Per psicologia archetipica (della quale non mi è stato possibile rinvenire una definizione soddisfacente nello stesso Hillman) si intende una prospettiva mirante a cogliere le archai, per usare un pregnante termine greco, gli elementi costitutivi, ontologici di una determinata configurazione di vissuto e/o di comportamento.

Nel nostro caso, i rispecchiamenti archetipici tra rappresentazioni mitiche e comportamenti improntati al gioco, nelle sue varie forme, sono abbondantissimi, per quanto mi è dato di sapere, in molte culture, come ho cercato di evidenziare in un mio precedente lavoro su Il mito del gioco e il gioco nel mito (Zerbetto, 2001) che in sintesi mi permetterò di richiamare ed in parte sviluppare in questo contributo.

Tra queste, e premettendo che si tratta solo di idee non ancora sistematizzate, vorrei citare alcune a cui farò riferimento nelle pagine che seguono.

Gli dei giocano

Nonostante, stando a quanto sostiene Huizinga nel suo magistrale *Homo ludens*, “in nessuna delle mitologie da me conosciute il gioco è incorporato in una figura di dio o di demone; mentre, d’altra parte, si rappresenta spesso una divinità in atto di giocare” (op. cit., p. 36) è comunque un *Deus ludens*, il creatore dell’universo che non per rispondere a necessità esteriori, ma soltanto interiori,

trasforma le sue intuizioni in nuovi mondi e giocando con le infinite combinazioni degli elementi compone nuove creature e sempre più complesse espressioni di vita.

Oltre alla tradizione greca, nella quale il tema del fanciullo divino riecheggia nei racconti su Dioniso, Ermete, Apollo, Ercole, Dioniso e i Curati (ed anche Venere ed Eros giocano a palla - Apollo Rodio - seppure in un divertimento foriero di destini fatali), puntuali sono i riferimenti nella cosmogonia induista, nella quale compare il simbolismo di lila, il “gioco” che esprime la “attività creatrice divina, per quel suo aspetto di spontaneità, di leggerezza mista a serietà, di azione che agisce di per sé, senza costrizioni, che non bada ai frutti e che in se stessa trova la sua giustificazione, quasi come il compimento di un atto rituale” (Coomaraswamy, da D’Anna, 1999, p. 31) o nella stessa Bibbia, nella quale la giocosità creatrice non manca di accompagnare la descrizione della cosmogenesi come “Quando (Dio) fissava i cieli io (Hokma, la Sapienza divina) ero presente (...) Quando gettava le fondamenta della terra io ero al suo fianco, figlia diletta, rallegrandolo giorno dopo giorno. E giocavo di continuo in sua presenza, giocavo sul globo della terra compiacendomi dei figli degli uomini (Proverbi, 8:27-31).

La giocosità rappresenta quindi una rappresentazione archetipica, che esprime nella sua forma più alta e sublime l’attitudine libera e creativa delle Forze generative dell’universo, quale sia il nome che nelle diverse culture si è voluto dar loro. Vano sarebbe quindi demonizzare tout court una

propensione al gioco che affonda la sue radici divine nelle rappresentazioni archetipiche che, consciamente o inconsciamente, ciascuno di noi custodisce nell’intimo delle costellazioni di valore che ci contraddistinguono come “umani”. Anche un filosofo-politico così rigoroso, come Platone, non manca di ricordarci come “Si deve vivere giocando, facendo dati giochi e dati sacrifici, cantando e ballando, per poter rendere propizi gli dei, respingere i nemici e vincerli nella battaglia” (Leggi, VII, 796).

Puer aeternus

Una delle configurazioni archetipe più interessanti è quella che ci richiama all’eterno (e quindi divino) fanciullo che si nasconde (anche troppo...talvolta) in ciascuno di noi. I bambini giocano (...) per definizione e lo fanno naturalmente in modo creativo, leggero, intenso, totale. Il fanciullo divino che è in noi (Jung e Kerenyi, 1941, von Franz, 1970) fa capolino, di tanto in tanto, tra le pieghe lasciate dalle esigenze pressanti imposte da Necessità (che noi, con Freud, chiamiamo Principio di Realtà) anche nella vita dell’adulto, e ci mette in contatto con questa attività edenica che come nessun’altra ci mette in contatto con la natura divina dei nostri albori. Echeggiando un passaggio evangelico, non sono forse i bambini ad “entrare nel regno dei cieli”? Di qui la rappresentazione di un paradiso come luogo del gioco eterno, della danza dello spirito, dell’inesausta scoperta e riscoperta del nuovo e dell’insondabile. La mancanza di necessità non implica la mancanza di significato, che

anzi in modo autentico si esprime e conferisce quindi a questo gioco il suo pieno valore di consistenza e di serietà seppure svincolato, nella sua essenza, da un dover essere a favore di una inesauribile possibilità di essere.

Eugen Fink nel suo saggio *Oasi della gioia* (1957), descrive acutamente tale dimensione che rimane latente (e augurabilmente, se ben gestita) nella nostra vita: “Il gioco rassomiglia ad un’oasi di gioia, raggiunta nel deserto del nostro tendere e della nostra tantalica ricerca. Il gioco ci rapisce. Giocando siamo per un po’ liberati dall’ingranaggio della vita, come trasferiti su un altro mondo dove la vita appare più leggera, più aerea, più felice”.

L’elemento patologico si annida, ovviamente, in un meccanismo regressivo, per certi versi sovrapponibile a quello riscontrabile nell’uso di sostanze “stupefacenti”, che si attiva nel vagheggiare una condizione di Eden primario come fuga da una realtà difficile da fronteggiare. L’elemento di patologia, potenziale o in atto, non deve tuttavia farci perdere di vista l’elemento in positivo evocato dal rispecchiamento archetipico che conserva comunque la sua valenza positiva e che sarebbe inopportuno negare a priori con il rischio, come si dice (singolarmente a proposito, nel nostro caso) di “gettare il bambino con l’acqua sporca”. Ma su questo aspetto torneremo in chiusura.

Al confine tra gioco divino e gioco diabolico

Scorgere il confine tra la virtù ed il vizio, specie in situazioni estreme dove alla

prudenza deve associarsi l’ardimento al limite della temerarietà, è assai difficile. Se non impossibile. E c’è un racconto mitico che di tali tematiche rappresenta una espressione puntuale ed emblematica. Mi riferisco alla “partita a dadi” narrata nel *Mahabharata*, il grande poema mitico della tradizione induista. Vi si narra la sfida fatta da Dhararastra, rappresentante della potente famiglia dei Kundhava, al cugino Yudhishthira, rappresentante della ancor più nobile e potente famiglia dei Pandhava. L’insostenibile invidia per le fortune ed il credito goduto dai Pandava suggerisce a Dhratarashtra di sfidare Yudhishthira, noto per la insuperabile nobiltà d’animo e “incarnazione del Dharma (la legge divina che regola il mondo)” ma anche “il peggiore giocatore ai dadi che si possa immaginare”. Yudhishthira, pur ritenendo che “il gioco d’azzardo è immorale, alimenta acredine e dissidi” conclude tuttavia che “declinare l’invito a prendere parte al gioco è contrario al codice degli ksatriya (la casta di nobili guerrieri di cui era insigne rappresentante)”. E continua “il male sta nella puntata. Commette peccato chi scommette alla cieca, in modo irresponsabile”. Interessante, in questo arguto passaggio, appare l’abusivo accostamento della competizione fondata su agon (che implica capacità di carattere fisico, intellettuale o spirituale) con quella fondata su alea, il puro caso. Tale confusione sta verosimilmente alla base della inesausta ricerca di rivalse inseguite da una categoria di giocatori problematici che, svantaggiati sul piano della competizione agonistica, tendono a rifarsi sul piano di quella “aleatoria”.

Yudhisthira si siede al tavolo dei dadi accettando tutte le conseguenze che ne potranno derivare. “L’esordio fu modesto, una manciata di perle – continua il racconto nella puntuale descrizione della partita - ma in seguito le puntate si fecero più consistenti. Yudhisthira si fece prendere dalla frenesia del giocatore, del tutto incurante d’ogni conseguenza”. In poco tempo Yudhisthira perde tutte le sue ricchezze, tutto il suo regno con palazzi, eserciti, sudditi e financo i suoi amati fratelli e, in ultimo, se stesso. “Scommetterò me stesso e farò ciò che andrà fatto; sono pronto a tutto”. E’ tragica e scultorea questa espressione che evidenzia l’elemento anancastico, di ineluttabile “necessità” cui il giocatore si sente “condannato”, senza più possibilità di resa o di ritirata. Avendo “totalmente smarrito il senno”, Yudhisthira giocherà infine anche la amata moglie Pancali, “tale e quale la dea Laksmi per grazia ... la moglie ideale per guidare, servire, sostenere un uomo in ogni circostanza”, ed i fratelli che si vedranno costretti, da una clausola dell’ultima giocata, a trascorrere 13 anni di vita fuggiasca, nascosti nella foresta e vestiti solo di pelle di animali.

Atena Alea

Atena in India c’entra poco, ma gli archetipi hanno strane parentele. Mi colpì molto, in un viaggio in Grecia, sulle orme di Pausania, incontrare i resti di un maestoso tempio dedicato ad Atena Alea. L’origine di questa parola non è certa

(Chartraine). Di certo Alea corrisponde al nome di una città dell’Argolide e ad un epiclesi della omonima Atena, in onore della quale si tenevano dei giochi chiamati Aléaia e menzionati sia da Pausania (II 17,7) che da Strabone (VIII, 388) (Pauly Wissowa 1970, II, col 1793-95). Aléomai in greco significa schivo, allontano da me, evito (da ciò l’epiclesi di Atena “Aléa”, come rifugio) mentre aléa-as vuol dire rifugio, scampo, mentre alàomai vuol dire andare errando e, per traslato, essere agitato, incerto, come nella follia (Aleòs-òn vuol dire insensato).

Alea, in latino, designa il dado (Meillet, 1961) e, per traslato, gioco d’azzardo, gioco di dadi, rischio, pericolo, incertezza, fortuna, sorte (Cicerone, Livio, Svetonio). In realtà i riferimenti linguistici, per quanto suggestivi, non sono certi, come non è certo il collegamento tra la parola greca e quella latina.

E’ interessante riportare come, a proposito del “ludere alea”, Umberto Eco (1982), nel suo saggio introduttivo alla traduzione italiana di *Homo ludens* di Huizinga, sottolinea come il gioco dei dadi, nella civiltà romana “non appare solo come un gioco combinatorio, ma come una combinatoria che si gioca al di là dell’intervento del soggetto. Il soggetto innesca il processo (alea iacta est) ma non sa cosa succederà: il gioco si articola da solo. A tal punto che esso assume lo stesso nome della fortuna, della sorte, dell’azzardo, talchè nel corso della cultura posteriore giunge a significare tecnicamente la casualità, nell’arte come nelle teorie della probabilità, nelle scienze dell’informazione”. Il gioco

combinatorio finisce quindi per favorire una “totale esautorazione del soggetto, pura oggettività che si fa in un luogo che non è quello delle decisioni responsabili” (op. cit.).

Dico questo perché ritengo che un elemento archetipico forte del gioco d’azzardo sia collegato a qualcosa di insperato che si può manifestare quando tutto sembra perduto. Si tratta di qualcosa di estremo, di provvidenziale, di salvifico, qualcosa che evoca l’associazione di un intervento divino in un momento di totale disperazione. Il passaggio dall’abisso dell’angoscia più totale alla radiosità della gloria e della salvezza rappresenta un salto energetico che non ha pari e che alimenta, a mio parere, la reiterata esposizione a tali situazioni così tipiche del gioco d’azzardo estremo. Per riprendere il nostro racconto, è interessante notare come il nostro eroe rimanesse, nella vita come nella partita ai dadi, un “giocatore d’azzardo” con tutte le implicazioni nobili e tragiche che tale condizione, anche ad un livello di idealizzazione estrema, comporta. Nella rivisitazione fattane da Roberto Calasso in *Ka* (1996) si legge infatti come, nel suo ultimo pellegrinaggio prima di morire, si avviò con i fratelli, la moglie ed il cane Dharma verso il Monte Meru “che unisce il cielo e la terra, verso il paradiso di Indra”. Nel fragore del suo carro fulgente, questi lo accolse dicendogli che lui e solo lui sarebbe potuto ascendere con il suo corpo. “In quel momento il cane saltò sul carro di Indra, goffo e allegro. Indra lo scaraventò fuori con un calcio. Yudhisthira ebbe un cenno d’ira. Ho passato la vita sulla terra praticando la giustizia – disse

Yudhisthira – non posso varcare i confini della terra commettendo un atto ingiusto” (op. cit., p. 397). Dopo un lungo silenzio si udì la voce stessa del Dharma (la legge divina): “Sono il tuo cane. E tu, Yudhisthira, sei una porzione di me. Mi compiaccio in te. Molte prove dure hai passato, ma nessuna più dura di questa. Hai rifiutato di mettere piede sul carro dei Celesti senza il tuo cane. Per questo tu sei ora uno dei Celesti” (p. 400). Nell’estremo “lascia o raddoppia”, nella scelta tra essere escluso dal cielo o entrarvi con il suo cane (e quindi, simbolicamente, con la creazione) Yudhisthira vinse la partita finale. Ma è chiaro che più aumenta la posta in gioco, maggiore è la saggezza che si richiede. Che non sia questa, appunto, che manca al giocatore? Nella sterile contrapposizione tra l’essere o meno religiosi (o credenti) si è perso il valore di una saggezza (sofrosune), di fondo capace di indirizzare le nostre scelte e che certo non può essere surrogata da poche manovre, per quanto abili, in un ambito psicoterapico o da leggi dello stato cui delegare l’incapacità dei singoli a prendersi cura di se stessi in modo adulto e responsabile.

Archetipi e dinamica polare

Nella prospettiva del divino gioco, serietà e leggerezza, lungi dal contrapporsi, si uniscono in una mirabile *conjunctio oppositorum*. Se quindi l’uomo ama specchiarsi nella imago dei, può farlo solo unendo serietà, disciplina, accortezza a fantasia ed apertura al nuovo, si realizza la figura dell’*homo vere ludens*, come prefigurato da H. Hesse nel suo libro *Il gioco delle perle di vetro* (1943) nel quale,

nel personaggio di Albertus Secundus, presenta la figura di un vero Ludi Magister che esprime il paradigma di un uomo colto e consapevole ma insieme bonario, rilassato e che riesce a trasformare la propria vita in gioco.

Tale giocosità non ha nulla a che fare con la trasandatezza e con la superficialità del perditempo. E' gaiezza e compitezza insieme, è quella mistura di scherzo e tragicità che i greci chiamavano spoudogeloios (seriallegro). Il dio greco è sorridente e assorto. Questa acquisizione, che potremmo definire strutturale dello spirito greco, trova in Eraclito una sua espressione sublime ed enigmatica: "il tempo è un bimbo che gioca, con le tessere di una scacchiera: di un bimbo è il regno" (frammento 48, tr. it di Diano e Serra).

La dimensione del "seriallegro", come modus vivendi idealizzato, viene implicitamente suggerita anche da J. Hillmann che, nel suo mirabile saggio sul Puer aeternus, identifica nell'equilibrio tra i due archetipi del Puer e del Senex la vera possibilità realizzativa dell'uomo: "insieme essi conferiscono all'Io la sua Gestaltungskraft, la sua forza creativa, come è stata definita, ovvero la sua intenzionalità o pienezza di senso nello spirito" (Hillman, 1994, p.90). La nevrosi, di converso, risulterebbe dal prevalere di una istanza archetipa a sfavore dell'altra. Senex, infatti, che identifica Cronos-Saturno il Vecchio Re, condensa elementi positivi come il potere, l'accumulazione dell'esperienza e del sapere, la ricchezza e la capacità di misurare ed ordinare il mondo secondo leggi ferree e durature. Se tuttavia si chiude al Nuovo e uccide i suoi figli (come il

mito di Cronos ci ricorda) viene emarginato ai confini del mondo assumendo un'immagine cupa, fredda, isolata e rancorosa. Puer, dal suo canto, rappresenta sì in positivo ciò che è nuovo, l'evoluzione verso un futuro gravido di promesse, la possibilità di cambiamento ed anche di insubordinazione ad un ordine divenuto statico e persecutorio. La mobilità e la leggerezza, simbolizzata dalle ali di Mercurio, che consente di superare vecchi ostacoli e rendere possibile il volo verso nuovi orizzonti, unita alla spregiudicatezza così propria dell'età giovanile, potranno tuttavia condurre a situazioni catastrofiche laddove non temperate dall'esperienza della maggiore età e dalla conoscenza dei limiti intrinseci alla natura.

Ogni polarità archetipa esprime quindi il meglio delle sue potenzialità non in quanto contrapposta a quella contropolare ma, al contrario, se saprà interagire dialetticamente con essa.

"Per questo motivo – riprende Hillman – diventa estremamente importante cercare di risanare l'archetipo scisso che divide il Puer dal Senex". Tale armonizzazione non potrà passare infatti attraverso un semplice riconoscimento di "sconfitta" e di autoeliminazione di una parte, laddove giunta alle conseguenze negative di una sua estremizzazione. Se è vero che una infantile mobilità non potrà essere costruttiva senza un proporzionato elemento di ordine e disciplina, così anche "senza l'entusiasmo e l'eros del figlio l'autorità perde il suo idealismo. Non aspira ad altro che alla propria perpetuazione, non può condurre ad altro che al dispotismo e al cinismo; perché

il significato non può reggersi soltanto sulla struttura e sull'ordine" (op. cit. p.91).

Integrare le parti scisse

L'incapacità-impossibilità di cambiamento e di evoluzione sta quindi nell'irrigidirsi dei tratti di una delle due facce della divinità bifronte che, chiudendosi all'altro-da-sé, nel rifiutarlo svalutandolo, condanna sé stesso alla fissazione, ad un perfezionismo caricaturale e privo di occasioni di trasformazione. La fedeltà ad un passato da cui non sappiamo evolverci ci preclude un futuro che non sia all'insegna della conservazione e del conflitto, del vincere-perdere in cui, in realtà, nessuna parte può vincere in assenza di processi di integrazione-evoluzione.

Se da questa "scissione è la nostra sofferenza", ne consegue, sempre per Hillman, un percorso di cura teso a superare la contrapposizione, mentre "la divaricazione non può offrire alcuna cura". Riportando Kluckhahn e Lévi-Strauss: "Il pensiero mitico muove sempre dalla consapevolezza di contrapposizioni binarie verso la progressiva mediazione. Il contributo della mitologia, cioè, consiste nel fornire un modello logico capace di superare le contraddizioni" (op. cit. p. 127).

C'è tuttavia un passaggio critico nel quale il piacere sconfinava nel dis-piacere. Legge questa che possiamo riscontrare puntualmente nei disturbi alimentari, nell'uso di bevande inebrianti, del gioco e della pratica sessuale.

Non è quindi nel perpetuare una ontologica contrapposizione, ma nell'esplorare ed affinare l'arte del buon vivere che possiamo perseguire quella pratica di autoapprendimento, di messa a fuoco del confine critico che ognuno porta in sé inconsciamente e che dobbiamo far emergere a livello adulto e consapevole.

Non è una cronica coscienza di peccato (come nella vecchia tradizione moralistica) o peggio ancora di malattia incurabile che può darci le premesse per una ricerca empiricamente scientifica ed antropologicamente coerente con una tradizione millenaria di possibile coesistenza con fattori dipendentogeni con i quali l'umanità da sempre si è saputa confrontare. A questa sapienza millenaria si deve attingere, superando il tragico empasse nel quale ci costringe una mentalità di derivazione prioritariamente statunitense all'insegna di un insanabile contrapposizione tra eccesso e rigorismo proibizionistico.

Bibliografia

- Brooks, M. (2017). *L'astrologo quantistico. Storia e avventure di Girolamo Cardano, matematico, medico e giocatore d'azzardo*, Bollati Boringhieri, Torino
- Cardano, G. (2013). *Il Libro della mia Vita*, Luni, Milano.
- Ceccarelli, G., (2003). *Il gioco ed il peccato. Economia e rischio nel Tardo Medioevo*. Il Mulino, Bologna.
- Cottier, J-F., 2020, *Le De Alea (1561) de Pascasius, ou l'invention des addictions et de la thérapie analytique* In: *Acta Conventus Neo-Latini*

Albasitensis Vol 17: 3-23

- Croce, M., (2019). Tra neurofobici e neuromaniaci. Note sul Brain Disease Model of Addiction”, Dal Fare al Dire, Rivista Italiana di Confronto sulle Patologie da Dipendenza, Numero Speciale, Publiedit Cuneo: 8-15
- Nadeau, L., Valleur, M. (2014). (eds) Pascasius ou comment comprendre les addictions suivi du Traité sur le jeu (1561). Les Presses de l’Université de Montréal, Québec.
- Ortalli, G. (1997). “Lo Stato e il giocatore: lunga storia di un rapporto difficile”, in Imbucci G., Il gioco. Lotto, totocalcio, lotterie. Storia dei comportamenti sociali, Venezia, Marsilio, 33-43
- Oynstein, O. (1953) Cardano, the Gambling Scholar, Princeton.
- Valleur, M., Nadeau L., (2014), Pour une histoire des addictions, in (a cura di Nadeau, Valleur) Pascasius ou comment comprendre les addictions suivi du Traité sur le jeu (1561). Les Presses de l’Université de Montréal, Québec: pag. 42
- Valleur, M., Nadeau, L. (2018). Un texte médical de 1561 sur l’addiction. Le traité de Pascasius. Alcoologie et Addictologie, Tome 40, n°3 - Septembre ,206-212.

Gambling ed internet. Note per un “futuro passato”

Mauro Croce

Psicologo, Psicoterapeuta, Prof. a contratto Psicologia delle Addiction Università della Valle d'Aosta,
Socio fondatore di Alea

I cambiamenti dovuti dalla cosiddetta rivoluzione digitale sono noti ed evidenti. Così come evidente è quanto risulti ormai obsoleta la famosa affermazione di McLuhan (McLuhan, 1967, orig. 1964) quando osservava come il televisore fosse diventato una sorta di protesi. I nuovi device sono ora degli ambienti, dei “mondi” paralleli nei quali ci troviamo immersi e dai quali siamo modellati. Non si tratta più un “qualcosa” (come una protesi) che si utilizza in caso di necessità o interesse e quando il bisogno decade se ne fa a meno. E nemmeno siamo più soggetti che si immergono temporaneamente nel mondo digitale per poi riemergere, scrollarsi tutto di dosso, e riprendere la propria vita: le due esperienze sono costantemente e profondamente intrecciate (Signorelli, 2021). Del resto, come Floridi ha efficacemente osservato anni fa,

anche la rassicurante distinzione online-offline appare superata in favore della costante dimensione onlife (Floridi, 2015). Questo perché “il digitale non è semplicemente qualcosa che potenzia o aumenta la realtà, ma qualcosa che la trasforma radicalmente perché crea nuovi ambienti che abitiamo e nuove forme di agire con cui interagiamo” (Floridi, 2022, pag.31). Ma che ne è della relazione tra tecnologie digitali ed il gambling? Come le tecnologie digitali hanno trasformato, stanno trasformando, trasformeranno il mondo del gambling ed i giocatori stessi? Impossibile “il fermo l'immagine” in un mondo in continua evoluzione tecnologica dove tutto risulta provvisorio ed ogni tentativo di analisi risulta obsoleto. Si pensi solo a cosa succederà quanto prima con la diffusione del metaverso (Ball, 2022) ed, insieme ad altri elementi, al radicale

¹Giorni di un futuro passato (Days of Future Past) è la storia degli sforzi degli ultimi X-Men rimasti in vita in un distopico futuro alternativo.

passaggio da un universo bidimensionale (schermo) ad uno tridimensionale ed immersivo. Un cyberspazio accessibile ed “abitabile” da ognuno di noi attraverso un avatar dove potere effettuare transizioni economiche attraverso criptovalute. Come riporta l’ANSA², negli ultimi tre mesi, Ice Poker, il casinò sviluppato da Decentral Games e ospitato sul metaverso di Decentraland, ha fatto registrare entrate pari a 7,5 miliardi di dollari, frutto di un monte di utenti giornalieri che si avvicina ai 6.000. L’accesso alle sale da poker è gratuito ma, per prendere parte ai tavoli, si deve acquistare un lasciapassare Nft (Non Fungible Token), ovvero una specie di invito digitale autenticato, con cui partecipare ai tornei ed, eventualmente, convertire le vincite in soldi reali. Se i Game Show ed i Casinò Live offrono già da ora la possibilità di partecipare a sessioni in diretta streaming, con centinaia di giocatori da tutto il mondo e condotte da veri croupier, il Metaverso porterà tale esperienza ad un livello ancora superiore ed i clienti potranno entrare “realvirtualmente” e provare l’emozione di sedersi al tavolo verde: una esperienza quindi di “total immersion”. L’assottigliarsi del confine che separa il dentro e il fuori, il pubblico e il privato, “quel che agli esordi della società dell’informazione veniva salutato come una straordinaria opportunità (everywhere, anytime) mostra oggi il suo vero volto, ed i suoi sviluppi e le sue conseguenze sono imprevedibili ed

anche inarrestabili” (Croce, Rivoltella, 2014).

Gambling & Digitale

Ciò premesso, l’attenzione nei confronti dell’universo digitale, sebbene da vertici di osservazione diversi e per certi aspetti opposti, non è nuova nel mondo del gambling. Se possiamo infatti trovare un interesse di tipo commerciale, che vede nello sviluppo di internet e delle sue possibili applicazioni nel gambling una straordinaria fonte di sviluppo di opportunità di business, da un altro vertice troviamo invece una preoccupazione per quelli che possono essere i rischi, i costi sociali e le problematicità che si possono presentare. In questa area diversi sono gli studi e le osservazioni che indicano come il gioco d’azzardo su Internet possa comportare un rischio più elevato di gioco problematico (Griffiths, Wardle, Orford, Sproston, & Erens, 2008; McBride & Derevensky, 2009; Wood & Williams, 2007, 2011, Bellio, Croce, 2014), così come i giocatori problematici, non solo siano sostanzialmente sovrarappresentati nella popolazione dei giocatori d’azzardo su Internet, ma possano anche sperimentare danni diversi rispetto ad altre tipologie di giocatori (Gainsbury, Russell, Hing, Wood, & Blaszczynski, 2013). Tuttavia, come Giannoli osserva in merito agli studi relativi al mondo digitale, gran parte degli studi risultano ancora frammentari e difficilmente comparabili in assenza di un paradigma comune in grado di

²https://www.ansa.it/sito/notizie/tecnologia/hitech/2022/02/07/metaverso-record-di-incassi-per-casino-virtuale-ice-poker_78eb2924-719f-4e21-b390-bab21d20e336.html

offrire un orientamento generale alla ricerca (Giannoli, 2003, pag. 101). Si pensi solo ai notevoli problemi di definizione ed alle controversie relative alla diagnosi di Internet Addiction. Un sondaggio online completato da 4.594 soggetti identificati come giocatori d'azzardo solo via Internet (IG-Internet Only), solo via terra (LBG - Land Based only) o in modalità mista (MMG - Mixed Mode), in base al comportamento di gioco auto-riferito negli ultimi 12 mesi (Gainsbury, Russell, Blaszczynski, Hing N, 2014), ha evidenziato significative differenze socio-demografiche tra i gruppi, dove i LBG risultavano più anziani ed i MMG più giovani. I MMG erano impegnati nella maggior varietà di forme di gioco d'azzardo, presentavano punteggi medi più alti di gravità del gioco d'azzardo problematico ed erano più propensi ad attribuire i problemi alle scommesse sportive rispetto agli altri gruppi. Gli IG erano coinvolti nel minor numero di attività di gioco d'azzardo divergenti, avevano la maggior probabilità di scommettere frequentemente su sport e corse e attribuivano i problemi a queste forme. Rispetto agli altri gruppi, i LB presentano una percentuale più alta di giocatori problematici rispetto agli IG e sono più propensi a giocare settimanalmente con le macchine da gioco elettroniche, una forma di gioco a maggior rischio. Un diverso studio, realizzato attraverso un ampio sondaggio online, ha invece concluso come giocatori d'azzardo online che sperimentano danni legati al gioco (più giovani, impegnati in un maggior numero di attività di gioco e con maggiori scommesse sportive) sembrano

rappresentare un gruppo un po' diverso dai giocatori problematici e a rischio moderato che non giocano su Internet (Gainsbury et al 2013). Secondo altri studi (Brosowski et al 2012, Currie et al. 2006) i potenziali predittori del gioco d'azzardo su Internet o dell'insorgere di problemi includono l'impegno in molteplici attività di gioco d'azzardo online, l'alta variabilità delle scommesse, le scommesse multiple al giorno, molti giorni di scommesse attive al mese, molte scommesse per giorno di scommesse, puntate complessive elevate e perdite nette, aumento delle dimensioni delle scommesse e delle perdite, inseguimento delle perdite e intervalli di aumento delle scommesse, seguiti da rapidi cali. Di fatto il "gambling digitale" presenta alcune caratteristiche che vale la pena analizzare e Mark Griffiths già anni fa ha indicato alcune specificità, quali ad esempio l'uso di denaro virtuale, l'accessibilità illimitata e la natura solitaria del gioco d'azzardo, osservando come tali elementi presentassero potenziali fattori di rischio per lo sviluppo del gioco problematico all'interno di una generale trasformazione del gioco in attività asociale ed in un quadro di deregolamentazione diffusa e di sviluppo di crescenti occasioni e modalità di gambling (Griffiths, 2001, 2003, 1999). Accessibilità in una visione ampia significa anche banalmente la possibilità di riduzione/azzeramento dei tempi vuoti (trasporti, parcheggi, costi) per raggiungere il luogo di gioco offrendo quindi la percezione, l'illusione, il pretesto non solo di "staccare solo per un momento" ma anche di percepirsi invisibili e non controllabili, con la possibilità di vedere contemporaneamente un

film, leggere, studiare, scrivere messaggi. Dal momento che ciò può fare percepire gli impegni sociali e lavorativi teoricamente non necessariamente compromessi o limitati dal ricorso al gioco, questo può apparire al soggetto come una attività non problematica, razionalizzandone quindi il coinvolgimento e superando possibili inibizioni e di fatto abbiamo a disposizione evidenze, sulla base di dati auto-risportati da giocatori, che suggeriscono come il gioco d'azzardo da cellulare sia associato a un rischio elevato di gioco d'azzardo problematico (Gainsbury et al., 2016). Come noto, una delle caratteristiche principali dell'uso delle applicazioni mobili è la continua interazione con il proprio dispositivo (Oulasvirta et al., 2012). Tale schema di rinforzo certamente presenta forti rischi nel caso del gioco d'azzardo. Del resto la letteratura sull'apprendimento associativo bene evidenzia gli effetti dell'intervallo tra le prove, o dell'intervallo tra due rinforzi, sui comportamenti appresi (Barela, 1999; Gallistel & Gibbon, 2000; Moody, Sunsay, & Bouton, 2006), il che suggerisce l'ipotesi (o meglio il fondato sospetto) che questo possa avere conseguenze nella compulsività al gioco online. Non potendo esaminare i diversi studi nel dettaglio, possiamo certamente concludere con James, O'Malley e Tunney (2017) che il gioco d'azzardo su Internet comporti un rischio più elevato di gioco problematico (Griffith et al 2008, McBride & Derevensky, 2009). Se non è da sottovalutare la dimensione della solitudine, un fenomeno già attivo da diversi anni nel gioco, con i rischi che questa dimensione può comportare quale

amplificazione di fenomeni di emarginazione/isolamento/depressione, va osservato come vi sia nel gioco online anche possibilità di sfidare - sebbene fisicamente non presenti - altri giocatori (siano essi reali o algoritmi) e ci si possa trovare in un luogo dove, come Greblo osservava anni fa, si possa socializzare senza socializzarsi" (Greblo, 1999), dando a questi luoghi la dimensione "realtà parallela" (Azzimondi et. al 2001; Croce, Muzzupappa 2008; Croce, Rolfi, 2013). Giocare con altri attiva inoltre la dimensione della sfida, della competizione, dell'agon (Croce, 2012b), ingrediente questo che, insieme alla impulsività ed alla disinibizione - caratteristiche peculiari della dimensione psicologica di internet (Joinson, 1998) - ed alla possibilità di giocare simultaneamente su più tavoli, rischiano di creare un cocktail di eccitazione e di caduta di freni inibitori. Da non dimenticare inoltre come il gioco online possa offrire l'adozione di software di gioco sofisticati, di sistemi integrati di e-cash (comprese le multivalute), siti multilingue, maggiore realismo anche tramite webcam, avatar del giocatore e del concessionario, scommesse in diretta e miglioramento dei sistemi di assistenza ai clienti. In questo senso un importante punto riguarda la cosiddetta Affordability che potremmo tradurre - in questo caso tra "mille virgolette" - con il concetto di convenienza. Parke & Griffiths già nel 2005 (Parke & Griffiths, 2005) osservavano infatti come il costo del gioco d'azzardo potesse essere ridotto in modo significativo dall'online, attraverso l'aumento della concorrenza, i minori costi di gestione (locali, affitto, utenze,

personale) e lo sviluppo di offerte promozionali con possibilità di sperimentare gratuitamente sessioni di gioco. E forse vale la pena ricordare un vecchio studio di Sevigny, Cloutier, Pelletier & Ladouceur (2005) il quale dimostrava come fosse stato significativamente (sarcasticamente aggiungerei “stranamente”) più frequente vincere mentre venivano giocate le prime partite di un gioco “demo” o “free play”, mentre quando si giocava “per davvero” tali probabilità sembrassero ridursi notevolmente (!). Ad ogni buon conto, Casinò online legali ‘regalano’, a chi si connette tramite app, vantaggi e promozioni mantenendo le preferenze ad ogni accesso ed offrendo quindi la sensazione di un’esperienza personalizzata. Da non dimenticare inoltre la possibilità di pagare e prelevare esattamente con gli stessi meccanismi e livelli di sicurezza. Nel caso delle scommesse sportive interattive si è poi assistito all’emergere di modelli peer-to-peer attraverso l’introduzione del betting Exchange che fornisce al cliente quote senza commissioni³. Se è noto e dimostrato da tempo come gli aspetti strutturali dei giochi abbiano una forte importanza nello sviluppare problematicità (Linnet & al 2010, Croce, 2012a; Harris & Griffiths, 2018) ora i big data possono offrire giochi “tailored”. Ma come si può personalizzare il gioco? Banalmente possiamo pensare all’introduzione di quote e offerte su misura, esclusive in tempo reale, notifiche push mirate ed ambientazioni (suoni, luci, etc) costruite sulle caratteristiche del soggetto. Ma

le strategie sono ancora più raffinate e Dan Schoenbaum, CEO di Cooladata, osserva come «Gli sviluppatori di giochi online di oggi dovrebbero investire nella business intelligence per capire le simpatie, le antipatie dei giocatori. Queste intuizioni comportamentali sono ciò che è necessario per rendere il gioco online più strategico e di successo»⁴. Lo scopo principale di queste strategie è quello di intercettare ed attirare i cosiddetti «nomadi digitali», ovvero gli internauti che rimbalzano da un sito all’altro, senza trovare una propria collocazione. Secondo Schoenbaum il 76% di questi utenti «si aspetta di vedere uno schermo di un sito Web personalizzato su quasi tutti i siti di brand visitati». Da osservare come questi dati coincidano in parte con quelli emersi da un sondaggio condotto da Talented sui gamblers britannici: il 72% ritiene che il proprio bookmaker non offra un servizio personalizzato. Il 67% dei players ha dichiarato che rimarrà fedele al marchio che offre un servizio più personalizzato. Del resto risale al lontanissimo 1996 (Fogg, 2002), la creazione della cosiddetta captologia (Computers As Persuasive Technologies), disciplina Fondata da Brian Fogg, direttore del Laboratorio di Tecnologia Persuasiva della Standord University, con l’obiettivo di catturare l’attenzione del cliente. Tristan Harris, un suo ex-allievo, denuncerà l’opacità delle tecniche persuasive e il rischio per il loro impatto nella vita delle persone ricordando come «la

³<https://www.bitmat.it/blog/news/casino-online-gli-italiani-preferiscono-giocare-da-mobile/>

⁴<https://www.gamingreport.it/notizie/big-data-rivoluzione-casino-online>

tecnologia guida ciò che due miliardi di persone pensano ogni giorno»⁵. Ciò che non possiamo non osservare è come la congiunzione tra progresso tecnologico e marketing aggressivo possa trovare uno sviluppo straordinario nel mondo del gambling.

Dalla azione allo sprofondamento: una nota sul futuro presente

Alla luce di tutto ciò, possiamo affermare come il mondo del gambling si stia preparando a vivere (o meglio stia da tempo preparando ed abbia già in atto) una rivoluzione che vedrà l'utente-giocatore sempre più «scansionato» in ogni sua caratteristica per poterlo imprigionare in una sorta di «paese dei balocchi» fatto a sua immagine e somiglianza⁶. E forse dobbiamo davvero riflettere su quale senso possa avere per molte persone oggi il ricorso al gioco d'azzardo: a quali bisogni risponda e quali bisogni crei. Certo è che, indipendentemente da dove ci troveremo, potremo immergerci in ambienti iperstimolanti, caratterizzati da velocità, istantaneità, multisensorialità (suoni, immagini, stimoli), elementi in grado non solo di modificare la nostra percezione dello spazio e della distanza ma che portano ad una cortocircuitazione del tempo, dell'elaborazione e della consapevolezza (Rosa, 2015). Del resto

Byung-Chul Han osserva come il mondo attuale si contraddistingua per il “primato assoluto del presente, dove il tempo è ridotto ad una mera sequenza di presente disponibile” ed il futuro finirebbe per atrofizzarsi in un presente ottimizzato che porta ad annientare le azioni che invece danno tempo” (Han, 2014). Il ricorso al gioco quale modalità di azione, così come magistralmente descritto da Goffman in uno dei riferimenti base dello studio del gambling, il famoso “Where the action is” (Goffman, 1971), sembra oggi superato da un ricorso al gioco quale fuga, quale sprofondamento (Croce, 2016, 2017). Si pensi, ad esempio, al concetto di “bolla” così come indicato da Dow Schüll (2015) in un altrettanto fondamentale testo. Ricerca anche questa di tipo etnografico, così come quella di Simon Gottschalk, che lo ha portato a cogliere in Las Vegas il luogo ove non esiste più uno spazio che separa gli ambiti quotidianità-sogno-realtà-immaginario (o, per dirla con Lacan, reale-immaginario-simbolico) e dove tutto diventa emozione/possibilità/ripetizione/presente (Gottschalk., 2009). Se questa è una tendenza in corso da tempo ed osservata circa venti anni fa anche in ambito italiano da Dallago e Quadrelli⁷, è evidente come l'online possa fornire un

⁵Our Mind Have Been Hijacked by Our Phones. Tristan Harris Wants to rescue Them. https://www.wired.com/story/our-minds-have-been-hijacked-by-our-phones-tristan-harris-wants-to-rescue-them/?mbid=synd_digg

⁶<https://www.gamingreport.it/notizie/big-data-rivoluzione-casino-online>

⁷“il videopoker, che è oggi l'azzardo di massa per eccellenza, non comporta (..) alcuna socialità ma un'ossessiva relazione tra sé e sé, o tra sé e il “destino”, con la mediazione della macchina. “dalle macchinette non nasce nessuna epica” (Dallago, Quadrelli, 2003)

ulteriore elemento nel favorire tale processo di fuga/sprofondamento/dissociazione (Caretti, 2000). Sempre Han osserva in un testo più recente come “Con lo smartphone intratteniamo (...) una relazione narcisistica. Esso reca molte analogie coi cosiddetti “oggetti autistici” che possiamo anche chiamare “oggetti narcisistici” (...). Non stimolano nemmeno la fantasia. Con loro si instaura un rapporto ripetitivo, non creativo. E’ proprio la ripetizione, la coazione a caratterizzare la relazione con lo smartphone” (Han, 2022, pag. 38). Ed il gambling, attraverso lo smartphone, può davvero offrire “everywhere, anytime” una via di fuga, una dissociazione, uno sprofondamento, dallo stress e dalle tensioni della vita reale. Un dispositivo che, “sempre a disposizione, risponderà immediatamente alle richieste, attribuendo al suo manipolatore un senso di maniacale grandezza” (Rabboni, 2022, p.68). Il rischio, la tentazione, il bisogno è l’estraniarsi da un Sé percepito come caotico, fragile e conflittuale diventando tale processo un potente sistema difensivo con cui isolare il dolore, bloccare lo slancio vitale, impedire il lavoro della simbolizzazione e negare l’interdipendenza relazionale (Rabboni, ibidem). Ecco allora un “luogo, un “rifugio” ove sprofondare. Ed è forse nella dimensione del candore descritta da Le Breton “dove si ricompone il mondo mediante una gamma ridotta di variabili semplici” che va trovata una chiave per interpretare i possibili scivolamenti in forme di addiction. Si tratta di “una forma di autismo provvisorio, di dissociazione che procura un senso di vertigine, di cui si pensa avere il dominio: entrarvi ed uscirne

a piacere, sottraendosi per un attimo alla persistenza del simbolico e spingendosi verso il vuoto. Per mettere in gioco la propria sicurezza “per potere finalmente guadagnare la legittimità della propria presenza nel mondo o semplicemente per strappare infine nella forza di questo attimo il sentimento di esistere, di sentirsi fisicamente contenuti ed assicurati nella propria identità” (Le Breton, 95, pag.11). Un “luogo” secondo la definizione di Steiner (Steiner 1996) dove la realtà non è né pienamente accettata né pienamente ripudiata. Un luogo che, se circoscritto nel tempo e nelle dimensioni, può dimostrarsi funzionale ma che rischia di trasformarsi da transitorio involucro temporaneo nella dimora vera dove trionfa l’onnipotenza, dove la vita parallela diventa quella reale: quella per cui vale la pena vivere.

Bibliografia

- Azzimondi F., Cice R., Croce M., (2001) La realtà parallela della sala corse: un extraluogo?, in Croce, Zerbetto op.cit: 308-318
- Ball, Matthew (2022), Metaverso. Cosa significa, chi lo controllerà e perché sta rivoluzionando le nostre vite. Garzanti. Milano
- Barela, P. B. (1999). Theoretical mechanisms underlying the trial-spacing effect in Pavlovian fear
- Bellio G., Croce M., (2014), I nuovi orizzonti dell’azzardo: il gambling online; in (a cura di) Bellio G., Croce M, Manuale sul gioco d’azzardo, Franco Angeli, Milano: 114-129.
- Braverman J, LaPlante DA, Nelson SE, Shaffer HJ.

- (2013) Using cross-game behavioral markers for early identification of high-risk internet gamblers. *Psychol Addict Behav.*;27(3):868–877.
- Brosowski T, Meyer G, Hayer T. (2012) Analyses of multiple types of online gambling within one provider: an extended evaluation framework of actual online gambling behaviour. *Int Gambl Stud.*;12(3):405–419.
 - Caretti, V. (2000). Psicodinamica della trance dissociativa da videoterminale, in: *La mente in Internet*, a cura di Cantelmi T. Padova: Piccin.
 - Cowlshaw, S., Nespoli, E., Jebadurai, J.K. et al. (2018). Episodic and Binge Gambling: An Exploration and Preliminary Quantitative Study. *J Gambl Stud* 34, 85–99
 - Croce M., (2010), “Consumismo e gioco d’azzardo. Dalla patologia della normalità alla normalità patologica. Riflessioni verso un modello processuale”, in (a cura di) F. Picone, *Il gioco d’azzardo patologico. Prospettive teoriche ed esperienze cliniche*, Carocci, Roma, 2010, pp.39-48.
 - Croce M., (2012a), “La tripla A dei giochi. Attractiveness, Accessibility, Addictivity. Il diverso potenziale di rischio nei giochi: quali elementi, quali riflessioni, quali politiche“. *Personalità Dipendenze*, Mucchi Editore, Modena, vol. 18, n. 45 (1-2 2012), pp. 7-23
 - Croce M.,(2012b), *Desafío a la suerte: el jugador de azar entre Faust e Icaro*, in Blanca D, Coletti M., *La adicción al juego. No va más*. Lugar Editorial, Buenos Aires : 149-156
 - Croce M., (2014),” Dal gaming al gambling: le nuove strategie del gambling. Quali rischi, quale prevenzione”, in AAVV “Costruire comunità ospitali e sostenibili. Nuove sfide per la psicologia di comunità”, *Atti X convegno nazionale SIPCO*, Bologna, Dipartimento di Psicologia: 128-129
 - Croce M., (2016), *Dostoevskij e la slot machine. Verso una nuova clinica del gioco d’azzardo*, *Dialoghi Adleriani*, Anno III, nr.16, ISSN 2284-0486: 159-167
 - Croce M., (2017), *La banalizzazione dell’azzardo. Da roulettenburg alla VLT*, in (a cura di) Forleo C., Migneco G., *Lose for Life. Come salvare un paese in overdose da gioco d’azzardo*. *Altraeconomia*, Milano: 100-111.
 - Croce M., Muzzupappa E., (2008); “La sala corse da dietro lo specchio. Appunti e riflessioni di osservazione partecipante”, in (a cura di), Lavanco G., Croce M, *Psicologia delle dipendenze sociali. Mondo interno e comunità*. Ed McGraw-Hill, Milano, pp. 99-111.
 - Croce M., Acuna Rolfi F., (2013), “Quando l’azzardo è il rifugio. Mondi ed identità parallele nella sala corse“, in (a cura di) Lucchini A, Pistuddi A., *Il gioco d’azzardo tra normativa e cura*, CE.R.CO Edizioni, Milano: 95-110.
 - Croce M., Rivoltella P.C., (2014), *La prevenzione: nuove sfide, vecchi metodi?* in (a cura di) Ottolini G., Rivoltella P.C., *Il tunnel e il kayak. Teoria e metodo della Peer & Media Education*, Franco Angeli, Milano:45-64.
 - Currie SR, Hodgins DC, Wang J, El-Guebaly N, Wynne H, Chen S, et al. (2006) Risk of harm from gambling in the general population as a function of level of participation in gambling activities. *Addiction*. 2006; 101:570–580.
 - Dal Lago, A., Quadrelli, E. (2003): “La città e le ombre. Crimini, criminali, cittadini”. Feltrinelli, Milano.
 - Dow Schüll N., (2015), *Architetture dell’azzardo*. Luca Sossella Editore, Bologna.
 - Floridi L., (2015) *Onlife Manifesto*, Springer International Publishing, Londra,.
 - Floridi L., (2022) *Etica dell’intelligenza artificiale*.

- Sviluppi, opportunità, sfide. Cortina, Milano,.
- Gainsbury SM, Russell A, Hing N, Wood R, Blaszczynski A. (2013) The impact of Internet gambling on gambling problems: a comparison of moderate-risk and problem Internet and non-Internet gamblers. *Psychol Addict Behav.* 2013; 27:1092–101.
 - Gainsbury, S. M., Hing, N., Delfabbro, P. H., & King, D. L. (2014). A taxonomy of gambling and casino games via social media and online technologies. *International Gambling Studies*, 14(2), 196–213
 - Gainsbury SM, Russell A, Blaszczynski A.Hing N, (2014), The interaction between gambling activities and modes of access: A comparison of Internet-only, land-based only, and mixed-mode gamblers September *Addictive Behaviors*.
 - Gainsbury SM, Russell A, Blaszczynski A.Hing N, (2014) The interaction between gambling activities and modes of access: A comparison of Internet-only, land-based only, and mixed-mode gamblers September 2014 *Addictive Behaviors* 41
 - Gainsbury, S. M., Wood, R., Russell, A., Hing, N., & Blaszczynski, A. (2012). A digital revolution: Comparison of demographic profiles, attitudes and gambling behavior of Internet and non-Internet gamblers. *Computers in Human Behavior*, 28, 1388–1398
 - Gallistel, C. R., & Gibbon, J. (2000). Time, rate, and conditioning. *Psychological Review*, 107, 289–344
 - Giannoli G.I.,(2003),*Materializzazioni dell'anima. Dai modelli dell'intelligenza all'intelletto sociale*, Manifestolibri, Roma.
 - Goffman E., (1971), *Where the action is*, in *Modelli di Interazione*, Il Mulino, Bologna: 167-307.
 - Gottshalk S., (1995), *Etnographic Fragments in Post Modern Spaces*; *Journal of Contemporary Ethnography*, Vol. 24, No. 2, 195–228
 - Greblo E., (1999), *Comunità virtuali, Aut-Aut* 289-290, pp.55-66
 - Griffiths, M.D. (2001). Internet gambling: Preliminary results of the first UK prevalence study, *Journal of Gambling Issues*,5.
 - Griffiths MD, Parke J. (2002) The social impact of internet gambling. *Soc Sci Comput Rev.* 2002;20(3):312–320.
 - Griffiths, M. D., Wardle, H., Orford, J., Sproston, K., & Erens, B. (2008). Sociodemographic correlates of Internet Gambling: Findings from the 2007 British gambling prevalence survey. *CyberPsychology & Behavior*, 12, 199–202
 - Han B-C., (2014) *Nello sciame. Visioni del digitale*. Nottetempo, Milano
 - Han B-C., (2022), *Le non cose. Come abbiamo smesso di vivere il reale*. Einaudi, Torino.
 - Harris, A., Griffiths, M.D. (2018) The Impact of Speed of Play in Gambling on Psychological and Behavioural Factors: A Critical Review. *J Gambli Stud* 34, 393–412
 - Hunter A., Shorter G.W., Griffiths, (2013), *International Journal of Mental Health and Addiction*, Dec 11 (6), Characteristics and Predictors of Problem Gambling on the Internet
 - James, R. J. E., O'Malley, C., & Tunney, (2017), *Understanding the psychology of mobile gambling: A behavioural synthesis*, *Psychology and Psychotherapy*, Volume108, Issue 3: 608-625
 - James, R. J. E., O'Malley, C., & Tunney, R. J. (2016b). Why are some games more addictive than others: The effects of timing and payoff on perseverance in a slot machine game. *Frontiers in Psychology*.
 - Joinson, A. (1998). Causes and implications of disinhibited behavior on the Internet. In

- J.Gackenback, (Ed.), *Psychology and the Internet: Intrapersonal, interpersonal, and transpersonal implications* (pp.43-60). New York: Academic Press.
- Linnet J., Rømer Thomsen K., Møller A. & Buhl Callesen M. (2010) Event frequency, excitement and desire to gamble, among pathological gamblers, *International Gambling Studies*, 10:2, 177-188,
 - McBride, J., & Derevensky, J. (2009). Internet gambling behavior in a sample of online gamblers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7(1). 149-167
 - McCormack A., Shorter G.W., Griffiths M.K., (2013), An examination of participation in online gambling activities and the relationship with problem gambling *Journal of Behavioral Addictions* 2(1), pp. 31–41
 - McLuhan M., (1967), *Gli strumenti del comunicare*. Il saggiatore, Milano, orig.1964.
 - Moody, E. W., Sunsay, C., & Bouton, M. E. (2006). Priming and trial spacing in extinction: Effects on extinction performance, spontaneous recovery, and reinstatement in appetitive conditioning. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 59, 809– 829
 - Nower L, Blaszczynski A., (2003), Binge gambling: An Imprecise Concept, *International Gambling Studies* 3(1):23-35
 - Oulasvirta, A., Rattenbury, T., Ma, L., & Raita, E. (2012). Habits make smartphone use more pervasive. *Personal and Ubiquitous Computing*, 16(1), 105– 114.
 - Parke, A., & Griffiths, M.D. (2005). Behavioural effects of increased accessibility of remote access gambling in the United Kingdom: A grounded theory theoretical framework. Paper presented at the 6th European Association for the Study of Gambling Conference, Malmo, Sweden.
 - Rabboni R., (2022), Il rapporto soggetto-gruppo nel teatro virtuale, in (a cura di) Croce M., Massa e crisi dell'appartenenza. A cento anni da *Psicologia delle masse ed analisi dell'Io*, Durango Edizioni, Trani:29-55.
 - Rosa H., (2015), *Accelerazione ed alienazione. Per una teoria critica del tempo nella tarda modernità*. Einaudi, Torino.
 - Sévigny, S., Cloutier, M., Pelletier, M.-F., & Ladouceur, R. (2005). Internet gambling: Misleading payout rates during the “demo” period. *Computers in Human Behavior*, 21(1), 153–158
 - Signorelli A.D (2021) *Technosapiens: come l'essere umano si trasforma in macchina*, 2021, D. Editore, Roma,
 - Steiner J. (1996), *I rifugi della mente*. Bollati Boringhieri, Torino.
 - Walther, J. B. (1996). Computer-mediated communication: Impersonal, inter-personal, and hyperpersonal interaction. *Communication Research*, 23, 3-43
 - Wood R, Griffiths M., (2007), A quantitative investigation of problem gambling as an escape-based coping strategy, *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice*, 80:107-125
 - Wood, R. T., & Williams, R. J. (2007). Problem gambling on the internet: Implications for Internet gambling policy in North America. *New Media & Society*, 9, 520– 542.
 - Wood, R. T., & Williams, R. J. (2011). A comparative profile of the Internet gambler: Demographic characteristics, game-play patterns, and problem gambling status. *New Media & Society*, 13, 1123– 1141

Alea Bulletin e l'attività culturale e scientifica di Alea

Graziano Bellio
Psichiatra, Psicoterapeuta

Nel febbraio 2013, dopo lunga gestazione, vedeva la luce il primo numero di Alea Bulletin, che si definiva come una pubblicazione elettronica in tema di gioco d'azzardo (GA) e gioco d'azzardo patologico (GAP). Se ne parlava ormai da almeno due anni, in assemblea e soprattutto nelle riunioni del consiglio direttivo e del comitato esecutivo. Se da un lato in Alea si sentiva l'esigenza di ampliare gli spazi di dibattito in tema di GA e GAP, dall'altro si discuteva ampiamente sugli strumenti da utilizzare: rivista? newsletter? pagine web multimediali con video e audio? Tutto questo insieme? Alla fine venne scelto di avviare una pubblicazione a distribuzione unicamente elettronica, due-tre numeri l'anno, con l'ambizione di ospitare contenuti di varia tipologia e natura: da articoli scientifici originali a sintesi critiche di articoli scientifici significativi; da report di esperienze operative a recensioni di testi scientifici e non; da commenti su fatti e

normative, a sunti e osservazioni su lavori presentati a congressi. A tutti gli autori veniva richiesto di essere sintetici, ma rigorosi: non una sorta di bollettino parrocchiale, quindi, ma uno strumento di scambio di conoscenze e opinioni caratterizzato dall'approccio multidisciplinare proprio della identità di Alea. Va considerato che il Bulletin nasceva in un periodo di transizione tra quella che potremmo definire come l'era pionieristica di studio e intervento sul GAP e l'epoca di implementazione di forme di assistenza sistematica e universale. Infatti, proprio nel 2013 veniva emanato il cosiddetto Decreto Balduzzi che fissava il principio che la cura del GAP doveva essere inserita tra i livelli essenziali di assistenza. Di conseguenza tutti i servizi, da lì in poi, sarebbero stati chiamati a implementare programmi per giocatori problematici.

Si creava pertanto l'opportunità di dare, ad Alea e ai suoi soci, un ruolo ancor più importante

che in passato nella formazione degli operatori dei servizi pubblici e del privato sociale, rafforzando contemporaneamente l'identità culturale e scientifica della associazione. La produzione scientifica e formativa di Alea è stata per lo più legata alle attività dei singoli soci piuttosto che ad iniziative che hanno coinvolto l'associazione di per sé, seppure con alcune eccezioni. Ciò non toglie che le iniziative di Alea (eventi congressuali, testi e infine il Bulletin) siano sempre state una vetrina di presentazione di competenze e correttezza etica dei propri affiliati. L'elenco dei prodotti è troppo vasto e disperso per poter essere presentato sistematicamente in questa sede, per cui mi limiterò a ricordare alcune iniziative che ritengo particolarmente significative¹.

Le attività scientifiche e formative di Alea

Non si può partire che dal congresso del 6-8 aprile del 2000 a Forte dei Marmi, evento costitutivo di Alea organizzato dai due soci fondatori Croce e Zerbetto, e che ha visto tra i relatori quei soci antesignani che avrebbero animato la vita associativa negli anni successivi. Per quanto è di mia conoscenza, si è trattato del primo evento congressuale in tema di gioco d'azzardo e gioco d'azzardo patologico in Italia, con la presenza di numerosi studiosi stranieri. I due

organizzatori diedero al programma dei lavori quell'impronta multidisciplinare che avrebbe costituito il marchio distintivo di Alea: non (solo) una società a carattere medico-sanitario tradizionale, ma una associazione che aspira a interpretare il fenomeno del GA a tutto campo, dagli aspetti antropologici a quelli legislativi e sociali, dalle componenti criminologiche a quelle economiche. Ed infine, naturalmente, le caratteristiche e le conseguenze di tipo sociosanitario viste secondo una prospettiva integrativa bio-psico-sociale. Il congresso del 2000, quindi, partendo dai modelli interpretativi, affrontò la clinica, la comorbilità e le strategie di intervento, la prevenzione, il gioco responsabile, mentre nell'ultima giornata furono discusse le questioni legali e sociali. A quel tempo la globalità degli elementi costitutivi del complesso rapporto tra azzardo, Uomo e società era già molto chiara; meno certe invece le prospettive di lavoro e di intervento nelle situazioni di problematicità. I partecipanti hanno avuto la possibilità di ottenere una panoramica a tutto campo di un fenomeno fino ad allora considerato del tutto marginale sia sul piano clinico che su quello sociale. Purtroppo le cose erano destinate a cambiare radicalmente nel giro di pochi anni, ma quel congresso stimolò molti operatori a occuparsi del problema, a impegnarsi e

¹La lacunosità della rassegna scontenterà sicuramente diversi colleghi. Purtroppo, è per me impossibile ricostruire ogni singola (e importante) attività di Alea e dei suoi soci. Me ne rammarico. Purtroppo, nonostante vari tentativi, non si è mai riusciti a realizzare una registrazione ufficiale delle produzioni a cui fare riferimento. Tralascio volutamente di citare, perché fuori dagli obiettivi di questo lavoro, la storia dei rapporti con altre organizzazioni e società scientifiche e delle attività di sensibilizzazione e pressione a favore di politiche protettive. Riprenderò queste questioni in conclusione di articolo.

a farsi trovare pronti. A seguire fu anche organizzato un primo corso di formazione per operatori dei servizi sanitari della Toscana. Dalle relazioni presentate al congresso di Forte dei Marmi scaturì un testo fondamentale per il panorama italiano, sempre curato da Croce e Zerbetto: *Il gioco e l'azzardo: il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento* (2002). Il testo, che ricalca l'impostazione multidisciplinare del congresso, ha rappresentato uno strumento indispensabile nella formazione degli operatori che iniziavano a lavorare con i giocatori e le loro famiglie. Tra i primi soci di Alea, molti continuarono a produrre, da soli o in collaborazione, lavori ospitati su monografie o riviste, manuali originali e traduzioni di testi stranieri, ad esempio: Daniela Capitanucci, Massimo Clerici, Mauro Croce, Rolando De Luca, Maurizio Fiasco, Cesare Guerreschi, Gioacchino Lavanco e Gianni Savron. Cito solamente tre esempi, i primi due particolarmente utili in ambito clinico: *Guida Ragionata agli Strumenti Diagnostici e Terapeutici nel Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico* (2004) di Capitanucci e Carlevaro, e l'edizione italiana del testo di Grant e Potenza: *Il Gioco d'Azzardo Patologico* (2010), curata da Clerici. Il terzo lavoro è il capitolo di Croce, Lavanco, Varveri e Fiasco dedicato alla situazione del gioco problematico in Italia pubblicato nel volume *Problem Gambling in Europe: Challenges, Prevention, and Interventions* (2010), a cura di Meyer, Hayer, e Griffiths. Nel 2008, una ulteriore tappa significativa dell'attività di Alea fu rappresentata dalla

partecipazione, in qualità di supervisore scientifico, al progetto Ricerca dati sul gioco d'azzardo. Finanziato dal Ministero della Solidarietà Sociale e affidato al Gruppo Abele, aveva l'obiettivo di creare un archivio da pubblicare sul sito web del Centro Studi del Gruppo Abele contenente letteratura scientifica sul GA e l'elenco dei servizi sanitari che trattavano i giocatori problematici. Fu pertanto sviluppata una indagine sui servizi e sulla loro attività in tema di gioco problematico dal quale emerse che un gran numero di servizi dipendenze si erano attivati, ma con livelli di competenze differenziate e una diffusione discontinua sul territorio nazionale. Sempre nell'ambito del progetto, fu organizzato un expert meeting e pubblicato un supplemento della rivista *Animazione Sociale* (2009) che riportava i risultati dell'indagine e illustrava lo spaccato della situazione italiana. Diversi soci di Alea sono stati attivamente presenti a numerosi eventi internazionali, in particolare a quelli della European Association for the Study of Gambling (EASG), la quale nel 2008 affidò all'associazione l'organizzazione di una sessione del Congresso di Nova Gorica. Nel 2011, con l'avvio del biennio di mia presidenza, furono coinvolti negli organi dirigenti di Alea alcuni soci "giovani", di seconda generazione, con lo scopo di rivitalizzare la vita associativa. Ne conseguì l'organizzazione del convegno di Milano dell'ottobre 2011, *Gioco d'Azzardo: il pensiero che dà i numeri*, in tema di distorsioni cognitive. Il convegno ebbe tra i relatori Henrietta Bowden Jones, la direttrice della National Problem Gambling Clinic di Londra,

Diego Rizzuto e Paolo Canova, il matematico e il fisico fondatori del gruppo Taxi1729. È in questo periodo che nell'associazione iniziano i progetti di pubblicazione del Bulletin e di una seconda edizione del manuale *Il Gioco e L'Azzardo*. I tempi, infatti, erano ormai maturi per lo sviluppo di nuove iniziative, e soprattutto il terreno era idoneo ad accoglierle. Diversi centri e servizi avevano ormai sviluppato competenze di qualità relativamente agli interventi di prevenzione e cura del GAP. La raccolta del gioco legale tra il 2006 e il 2012 aveva avuto un incremento di oltre il 250% e la presenza di giocatori problematici nei servizi dipendenze aveva visto una crescita costante. Ciò portò all'estesa consapevolezza che i problemi azzardo-correlati costituivano ormai un significativo problema di salute pubblica ad alto impatto sociale, aumentando molto la domanda di formazione degli operatori. Pertanto, se il Bulletin poteva fungere da piattaforma per lo scambio di esperienze e conoscenza tra i soci e chiunque altro fosse interessato, un nuovo manuale clinico aggiornato sarebbe diventato strumento indispensabile di informazione scientifica e trasferimento di esperienze. Il Manuale sul Gioco d'Azzardo. Diagnosi, valutazione e trattamenti a cura di Graziano Bellio e Mauro Croce (2014) è costituito quasi esclusivamente da lavori di soci Alea. Il successo editoriale del libro dimostrò che di tale opera ce n'era bisogno. Le attività scientifiche di Alea e dei suoi soci

ebbero una accelerazione: nel 2010 Savron pubblicava *Il Gioco d'Azzardo Patologico*, in formato ebook. Sempre a partire dal 2010 Fiorin e Bellio hanno coordinato l'uscita di 6 Technical Paper contenenti materiali e guide utili per la presa in carico dei giocatori e delle loro famiglie, mettendoli a disposizione gratuitamente online. Nel 2014 diversi soci di Alea hanno revisionato il manuale di autoaiuto per giocatori pubblicato dal Dipartimento Politiche Antidroga (Serpelloni et al, 2014). Nel 2017 veniva pubblicato *Gambling Disorder in Women*, a cura di Henrietta Bowden Jones e Fulvia Prever, uno dei primi manuali specificamente dedicati all'azzardo femminile². Sullo stesso tema, nel 2019 a Palermo, la stessa Prever e Francesca Picone hanno organizzato un convegno internazionale. Soci Alea hanno curato tutti e 4 i volumi finora pubblicati dalla casa editrice Publiedit in tema di GAP. A ciò vanno aggiunti vari convegni, congressi ed expert meeting organizzati negli ultimi 10 anni, tra i quali cito solamente il congresso del 3 dicembre 2015 a Milano, ospite il Prof. Balduzzi con una relazione magistrale, e l'expert meeting del 12 aprile 2019 in tema di politiche di gioco responsabile.

Concluderei questa breve rassegna citando i Mercoledì di Alea, eventi seminariali online avviati nel 2021 e tuttora in corso a cadenza quasi mensile. Alla luce di tutte queste attività culturali e scientifiche, sembra arrivato

²Nel 2021 Prever ha curato la pubblicazione l'ebook dell'edizione italiana del manuale. *Donne e Disturbo da Gioco d'Azzardo* è disponibile gratuitamente.

il momento di chiedersi quali possano essere le linee future di sviluppo per Alea e che ruolo possa giocare il Bulletin.

Costruire una nuova vision: Alea nel futuro

Uno dei primi impegni cui Alea dovrebbe essere chiamata è la riprogettazione dei meccanismi di funzionamento interno allo scopo di renderli più moderni e dinamici, visto l'enorme cambiamento del fenomeno del GA avvenuto dall'anno della sua fondazione (2000). Una delle prime sfide è, a mio avviso, l'adozione di una politica fortemente inclusiva: fino ad oggi, infatti, l'associazione ha avuto un numero di soci piuttosto ridotto. Le ragioni sono molteplici: regole statutarie di fatto limitanti, politiche di "reclutamento" scarsamente assertive, rapporti con l'Università a dir poco carenti, difficoltà a fidelizzare i soci. Se i compiti primari di una società scientifica sono la diffusione delle conoscenze, gli scambi e le relazioni tra i soci, e le azioni di advocacy, intesa come sensibilizzazione dell'opinione pubblica e pressione su amministratori e politici per l'adozione di normative più protettive, ne consegue che essi potranno avere maggior successo con un numero più ampio di soci in grado di rappresentare culture e settori professionali diversificati. Quest'ultimo punto è particolarmente importante per una associazione come Alea che propone un approccio multidisciplinare allo studio dell'azzardo e del suo impatto sulla società e sull'Uomo.

I rapporti e i collegamenti sono un valore fondamentale delle società scientifiche, sia quando si stabiliscono a livello istituzionale tra differenti associazioni, specie se a carattere internazionale, sia quando riguardano i singoli soci. Non sempre le società scientifiche si occupano di condurre in proprio ricerche scientifiche. Tuttavia è indubbio che i soci hanno la possibilità di avviare scambi e collaborazioni che l'associazione dovrebbe favorire e facilitare. L'università è un soggetto fondamentale, uno dei pilastri portanti, anche se non l'unico, delle società scientifiche di area sanitaria. Da questo punto di vista, Alea è attualmente in difficoltà e dovrebbe attivare ogni sforzo per allargare la presenza di accademici e ricercatori tra le sue fila. L'università è il luogo dove la scienza viene prodotta e dove si possono trovare le necessarie competenze metodologiche per fare ricerca e valutarne i risultati. Inoltre l'università, specialmente nel campo delle dipendenze, ha spesso bisogno di raccordarsi con le strutture che si occupano di prevenzione e di cura al fine di poter svolgere le proprie ricerche. Una società scientifica può essere il contesto ideale dove poter sviluppare queste collaborazioni, garantendo allo stesso tempo pari dignità nei rapporti. L'università, infine, può anche facilitare l'accesso di studenti cui poter offrire aree di attività e formazione specifiche³. Se fino a dieci anni fa Alea è stato il luogo dove si concentravano le maggiori competenze relativamente al GA e GAP, ormai non è più

³Incrementare il numero di soci ha anche una valenza economica che può diventare significativa, soprattutto se l'associazione può avvalersi delle quote associative come unica entrata.

così. Una strategia di apertura è inderogabile. Al giorno d'oggi è indispensabile studiare e attuare un adeguato programma di comunicazione, al servizio sia della diffusione di informazioni scientifico-professionali, sia delle iniziative di sostegno a politiche coerenti con la mission di Alea. Internet e gli strumenti che esso offre sono centrali per le attività di comunicazione, a partire dal sito web dell'associazione, vetrina e punto di snodo verso altri luoghi virtuali. Non a caso il Bulletin fu ideato come pubblicazione non cartacea, su file pdf, da integrare fin da subito con il sito web gambling.it. Il meccanismo di diffusione è stato progettato per essere semplice: una mail con un link per scaricare il numero del Bulletin da una sezione specifica del sito web. Da qui la scelta di pubblicare lavori sintetici in modo da renderli leggibili in un tempo ragionevole, come è d'uso nei contenuti online. Una società scientifica e culturale non può essere priva di una propria pubblicazione, talora una rivista, oppure più semplicemente uno spazio informativo e una occasione di scambio di idee ed esperienze. Nella fase di progettazione si pensò molto di dare alla pubblicazione la forma di una newsletter. In questo caso, tuttavia, ci si sarebbe scontrati con il problema del *décalage*, cioè dello sfasamento temporale tra il momento della scrittura e quello della lettura delle notizie. D'altro canto appariva concretamente irrealizzabile la produzione di numeri a cadenza frequente, ad

esempio mensile. Fu quindi scelto di mantenere la forma agile e sintetica di una newsletter, ma di inserire contenuti prettamente culturali e scientifici propri di una rivista. Sia la grafica utilizzata fino al 2019 che lo stesso nome, Alea Bulletin, sono espressione concreta di questo compromesso tra newsletter e rivista⁴. In ogni caso, pur essendo ancora uno strumento valido, a distanza di un decennio dal suo primo numero il Bulletin andrebbe ripensato per renderlo ancora più attuale e fruibile. Si potrebbe ad esempio immaginarlo come un'area integrata sul sito web che veda la classica pubblicazione affiancata da contenuti multimediali (videointerviste, presentazioni, podcast) che conservino l'impianto sintetico e facilmente fruibile della pubblicazione. Tale impianto generale differenzerebbe i prodotti targati Bulletin da altre iniziative seminariali, convegnistiche e formative organizzate da Alea che parimenti dovrebbero trovare una loro collocazione nel sito. L'uso oculato dei social media, infine, potrebbe fungere da cassa di risonanza e contribuire a diffondere i contenuti verso un pubblico più vasto, operatori sanitari e altri soggetti, facilitando le interazioni tra loro e con l'associazione. Per realizzare tutto ciò sono necessarie risorse, soprattutto risorse umane: soci disponibili a lavorare per assicurare qualità e continuità alle iniziative di Alea. In particolare sono indispensabili i soci, ma anche i non soci,

⁴La denominazione "Bulletin" comunque non è necessariamente riduttiva del prestigio o dell'autorità espressa da una pubblicazione scientifica. Si pensi ad esempio alla importante rivista Schizophrenia Bulletin.

disposti a scrivere, a raccontare, a mettere in gioco le proprie competenze, riflessioni e idee. Nel chiudere queste mie considerazioni, sottolineerei l'utilità di pensare a forme organizzative dell'associazione che facilitino la delega di alcune funzioni esecutive che, comprensibilmente, non possono essere gestite direttamente dal Presidente. Un Bulletin allargato e in grado di essere presente nei social (diventando quindi una interfaccia con l'esterno) dovrebbe, a mio avviso, essere in capo a un socio formalmente delegato, in grado poi di operare con autonomia, e di collegarsi con il Consiglio Direttivo e il suo Presidente. Naturalmente questo modello dovrebbe essere esteso a ogni settore operativo dell'associazione.

Ringraziamenti

Vorrei esprimere la mia gratitudine verso tutti coloro che hanno contribuito ad accompagnare Alea Bulletin al suo decimo compleanno: gli autori, i curatori della grafica, i coordinatori e tutti i redattori che si sono via via avvicinati, e il webmaster del sito web di Alea. Una menzione particolare ai colleghi che, con me dieci anni fa, hanno dato il via a questa iniziativa: Capitanucci, Croce, Dalpiaz, Guerreschi, Prever, Savron, Zita.

La questione istituzionale del gioco d'azzardo. Il contributo della comunità scientifica di Alea

Maurizio Fiasco

Past-president di Alea, componente dell'Osservatorio del Ministero della Salute,
consulente full-time della Commissione Bicamerale Antimafia nella XVIII Legislatura

1. Quale bilancio e quali prospettive si possono tracciare nei venti anni e poco più dell'emersione di una questione del gioco d'azzardo in Italia? Vi è stata una evoluzione istituzionale? E se sì, in che misura corrisponde alle istanze poste dalla maturazione di un serio interesse professionale nell'area, pur composita, degli operatori psico-sociali e della clinica? Si è conclusa la XVIII Legislatura del Parlamento repubblicano, e muove i primi passi la XIX, in verità all'insegna della profonda incertezza per gli scenari economici, finanziari e di welfare.

Le novità più rilevanti, prima del 25 settembre del 2022, sono state l'introduzione del divieto di pubblicità per tutti i tipi di giochi e scommesse, e il consolidamento dei programmi di salute nelle venti regioni. Ma anche l'attività

dell' "Osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave¹" ne ha conosciuti di fatti inediti: a cominciare dalla mutata composizione rispetto a quella del precedente mandato, tale che finalmente nell'organismo si è resa più ampia la rappresentanza di quanti si occupano direttamente del tema. Si era infatti iniziato benissimo il nuovo mandato. Un approfondito seminario con tutti i responsabili scientifici delle Regioni, proprio come primo passo. Ne derivava, già a gennaio del 2020, l'indicazione – con tutti i dettagli dei dati e dei fatti che l'argomentavano – che il baricentro si doveva spostare sulla Salute, sulle ragioni del Servizio Nazionale, in luogo dell'urgenza sia "di cassa" dello Stato sia "di profitto" dei trust dei concessionari dell'azzardo.

¹Questa è la dizione dell'organismo, replicata nel Decreto interministeriale 16 luglio 2021, n. 136

Il paradigma è semplice e stringente: si possono autorizzare quei giochi (e si devono prevedere le modalità all'insegna del *neminem laedere*) che non configgono con l'art. 32 della Costituzione: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività", con quel che segue. Il blocco delle riunioni dell'Osservatorio "in presenza", decretato tra le misure per fronteggiare la pandemia da covid-19, non ha tuttavia impedito lo sviluppo di quelle premesse, dopo il superamento dell'iniziale impasse. Quale organismo consultivo del ministro della Salute, ha proposto una seria e coerente agenda di lavoro, attenendosi alla gerarchia degli interessi, dove risalta il primato assoluto di quello di rango costituzionale alla salute. Sembra un'ovvietà, ma ricordiamo che fino al 2014 l'Osservatorio era presieduto dal vicedirettore dei Monopoli di Stato, anzi era persino ospitato nella sua sede, talché la governance delle politiche sociosanitarie era attribuita all'amministrazione che ha come scopo l'incremento del consumo di gioco d'azzardo! Un grottesco paradosso. Del resto, se non vi fosse stata la dismissione dell'Ente Tabacchi (ovvero del sistema industriale pubblico di produzione di sigarette e affini) tutti i tentativi di prevenire le 90 mila morti per tumori ai polmoni avrebbero continuata ad andare a vuoto. Solo due anni dopo che lo Stato si è sbarazzato della filiera del tabacco, nel 2003 un decreto ha

iniziato a fissare le condizioni minime per frenare l'epidemia di patologie polmonari.

2. E così l'Osservatorio sul gioco d'azzardo, guadagnata finalmente la centralità della salute, si è fatto valere: sia con l'analisi accurata delle policy regionali sia con una vivace e ferma, oltre che rigorosamente argomentata, presa di posizione davanti all'induzione a consumare azzardo sostenuta dai Monopoli. Un esempio, che vale la pena di ricordare, è stato il documento sulla diffusione da parte di ADM² di una cosiddetta "App Gioco Legale". Votato a maggioranza dai componenti dell'organismo consultivo³, ricapitola bene il fondamento istituzionale, oltre che clinico, delle ferme critiche all'iniziativa improvvida dei Monopoli. Vale la pena soffermarsi su questo elemento, davvero "di scuola". L'App si installa sullo smartphone, oggetto che accompagna la giornata di milioni di persone, in modo ubiquitario e nelle 24 ore. E così, tale semplice dispositivo consente istantaneamente (e aggiungiamo, compulsivamente) la ricognizione di tutti i punti vendita autorizzati che offrono le diverse tipologie di gioco fisico, dalle slot machine (AWP e VLT) al bingo. Fatta "mente locale" (letteralmente: depositata la mente in un luogo, quello dell'azzardo) e verificata l'accessibilità, in base agli orari di apertura disposti dalle ordinanze comunali, il giocatore riceve subito il feedback circa l'esito delle

²ADM sta per Agenzia di Accise, Dogane, Monopoli, sorta dall'unificazione delle amministrazioni, per l'appunto, delle Dogane e dei Monopoli con legge 1 dicembre 2012, n. 135.

³Cfr. Verbale della seduta del 24 novembre 2011.

scommesse, delle lotterie e di altre modalità registrate in tempo reale dalla Sogei⁴. E qui è giunta, puntuale e rigorosa, la posizione degli esperti dell'Osservatorio: l'App è un rinforzo della dipendenza da gioco d'azzardo, oltre che vettore del marketing. Come molte altre. Essa si basa su un sistema di gratificazione e di rinforzo intermittente, ovvero sul dispositivo di molte addiction. Si denuncia allora, nel documento dell'Osservatorio, che “Una delle caratteristiche principali dell'utilizzo da smartphone, in generale, è la sequenza di periodi intermittenti di utilizzo dell'applicazione, stimolati sia dall'uso di notifiche sia da un sistema di controllo automatico. La gestione dello smartphone in genere è infatti caratterizzata da un pattern di utilizzo frequente, abituale e intermittente (Oulasvirta et al., 2012)”. Anche sulla riapertura delle porte d'accesso ai locali pubblici del gioco d'azzardo, è ritornato il dualismo tra le ragioni della salute e la determinazione al profitto privato e alle entrate fiscali. Per una duplice circostanza: gli effetti sui pazienti del ritorno al richiamo dell'azzardo (dopo la relativa, prolungata astinenza) e le conseguenze per la ripresa dei contagi della pandemia, in locali inadatti all'osservanza delle misure di contenimento del covid-19. Nuovo documento, analitico e rigoroso, approvato il 23 giugno del 2021, fatto proprio dalla Direzione generale di prevenzione sanitaria, che lo ha diramato a tutte le Regioni:

“La riapertura dell'intera rete distributiva di gioco d'azzardo “con supporto fisico” si cumulerà con l'avvenuto incremento del gioco su canale telematico, registrato proprio nei mesi del lockdown accentuando ancora più le conseguenze negative del balzo dell'offerta previsto per il 1° luglio”. E qui l'Osservatorio si è riferito anche allo stesso rischio dei contagi, citando il verbale n. 161 del 27 febbraio 2021 del Comitato scientifico per il monitoraggio della pandemia (“la classificazione del rischio per tale attività (il gioco d'azzardo) risulta di livello medio-alto con caratteristiche elevate per il rischio di aggregazione che si svolgono esclusivamente in locali al chiuso”) per poi indicare misure di coerenza. In primo luogo, ha raccomandato la cautela minima, per “ispezioni preventive dei locali di gioco, con riferimento a volumetrie, illuminazione, areazioni, rispetto delle distanze e degli obblighi di DPI”. In secondo luogo, suggerito dall'esperienza dei clinici presenti in Osservatorio, ha insistito sulla “Gradualità nella rimessa in funzione dei sistemi e degli sportelli di distribuzione, in base a verifiche preventive compiute dai Dipartimenti di prevenzione sanitaria dell'ASL del territorio del comportamento degli avventori e del rischio di contagio”. Si sono indicati, infine, gli adempimenti minimali (ma contrastati dagli esercenti): “Obbligo di interruzione a intervalli programmati”, “sospensione della somministrazione di bevande alcoliche e

⁴Società Generale d'Informatica S.p.A. è un'azienda italiana che opera nel settore dell'ICT. È controllata al 100% dal Ministero dell'economia e delle finanze.

di ogni forma di autorizzazione a assumere tabacco”; “rimozione dell’oscuramento delle vetrate dei locali; favorire il controllo del tempo da parte dei giocatori; rendere visibili ed accessibili le informazioni sulle reali probabilità”.

3. Dieci anni fa, cioè solamente nell’anno 2012 il Governo italiano ha classificato il rischio sanitario correlato al gioco d’azzardo⁵, mentre l’Organizzazione Mondiale della Salute aveva indicato questa patologia fin dal 1980. Ed è dovuto trascorrere quasi un lustro, perché un Presidente del Consiglio dei ministri firmasse un decreto per i LEA che comprendesse, tra le prestazioni sanitarie inderogabili, la presa in carico della dipendenza (Disturbo) da gioco d’azzardo⁶. Per quale motivo sono trascorsi quasi cinque anni tra la prima ammissione statale dell’esistenza di un’importante patologia e la codificazione dell’obbligo dello Stato a provvedere alla prevenzione, alla cura e all’assistenza? La dilazione non è certamente casuale, tanto più che quasi tutte le Regioni avevano nel frattempo legiferato, e molti comuni adottato regolamenti di protezione dei cittadini dallo spazio esorbitante occupato dal “mercato” dei giochi d’azzardo. Prima di ammettere la “responsabilità pubblica”

per gli effetti sociosanitari dell’inflazione del gambling, governo, parlamento e Monopoli hanno infatti tentato a più riprese di erigere un castello di regole per “quadrare il cerchio”, saldando ciò che confligge: il profitto privato e l’amministrazione del territorio, gli introiti fiscali e l’assistenza sanitaria per i danni alla persona. E in finale di legislatura XVIII si stava per emanare una legge delega, che conferisse al governo (sarebbe stato il terzo tentativo) il mandato per predisporre i decreti delegati di “riordino” di tutta la materia riguardante il gioco d’azzardo. Poi le Camere sono state sciolte anticipatamente. Ma vale la pena di tentare un riepilogo. Altra legislatura (la XVI) e altro Esecutivo (Renzi): con la legge di 11 marzo 2014, n. 23 (“Disposizioni per un sistema fiscale più equo, trasparente e orientato alla crescita” – sic!), all’art. 14 si delegava il governo al “riordino delle disposizioni vigenti in materia di giochi pubblici, riordinando tutte le norme in vigore in un codice delle disposizioni sui giochi, fermo restando il modello organizzativo fondato sul regime concessorio e autorizzatorio, in quanto indispensabile per la tutela della fede, dell’ordine e della sicurezza pubblici, per il contemperamento degli interessi erariali con quelli locali e con quelli generali in materia di salute pubblica, per la prevenzione del

⁵Con il così denominato decreto Balduzzi (DL 13 settembre 2012, n. 158).

⁶In Gazzetta Ufficiale il 18 marzo 2017, Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 (“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”)

⁷Come rivelato dal settimanale online “Vita”, il testo era stato redatto dal direttore dell’ufficio normativa e affari legali dell’Agenzia dei Monopoli di Stato (AAMS, prima di confluire in ADM).

riciclaggio dei proventi di attività criminose, nonché per garantire il regolare afflusso del prelievo tributario gravante sui giochi”. Mesi di lavoro di redazione, sotto la (scorretta istituzionalmente) regia dei Monopoli⁷, per giungere a una bozza di 114 articoli, ma fuori tempo massimo: delega scaduta. Se ne sarebbe riparlato, ma in termini più limitati, con la legge di stabilità 2016. E così, per l'appunto, la legge n. 208 del 2015, all'articolo 1, commi 918-948) fissava che entro il 30 aprile 2016 in Conferenza unificata dovessero definirsi “le caratteristiche dei punti vendita di gioco nonché i criteri per la loro distribuzione e concentrazione territoriale, al fine di garantire i migliori livelli di sicurezza per la tutela della salute, dell'ordine pubblico, della pubblica fede dei giocatori e prevenire il rischio di accesso dei minori”. Ne derivò l'intesa sottoscritta in CU il 7 settembre 2017, non tradotta perché non traducibile per vizi di legittimità in Decreto ministeriale del MEF. Da quanto appena richiamato si ricava come sia necessario che il testo del cosiddetto Riordino sia elaborato di concerto con i dicasteri di merito (Salute, Interno, MEF, MISE, MIUR, “Gioventù”) e segua un iter parlamentare conseguente.

4. Dall'inizio degli anni Dieci di questo secolo, i termini istituzionali della questione dei “giochi” hanno conosciuto una notevole evoluzione. Riepiloghiamo di nuovo: a) Il riconoscimento, prima con il “Decreto Balduzzi” (DL 13 settembre 2012, n. 158) e poi con il DPCM 12 gennaio 2017 sui LEA, si è formalizzato il riconoscimento

statale della patologia connessa alle pratiche di gioco d'azzardo, con la conseguente assunzione in carico al Servizio Sanitario Nazionale dell'obbligo di predisporre programmi di presa in carico terapeutica; b) Conseguentemente le Regioni hanno predisposto e attuato la programmazione degli interventi sociosanitario in materia di gioco d'azzardo patologico; c) Il decreto Dignità (DL 12 luglio 2018, n. 87) ha posto il divieto assoluto di pubblicità e sponsorizzazioni ai giochi d'azzardo, riconoscendo così implicitamente un profilo di responsabilità civile per l'induzione alle patologie connesse all'azzardo; d) Il monitoraggio delle conseguenze sociosanitarie e la formulazione di osservazione e proposte è stato demandato a un Osservatorio sul gioco d'azzardo che dal 2015 è “organismo consultivo del ministro della Salute”, con la presenza anche delle rappresentanze dei ministeri dell'Economia, dello Sviluppo Economico, dell'Istruzione, della Gioventù oltre che della Guardia di Finanza e dell'ADM; e) Si è formata una ricca e dettagliata giurisprudenza sia amministrativa (TAR e Consiglio di Stato) sia Costituzionale che hanno cristallizzato in precedenti giurisprudenziali: la potestà regolativa dei Comuni; la facoltà legislativa delle Regioni. Vi erano e vi sono dunque tutte le basi per formulare una razionale, equilibrata e sostenibile ipotesi etico-politica di regolazione di tutta la materia. Eppure, nemmeno stavolta, nei cinque anni del mandato parlamentare, si è strutturalmente modificato l'assetto istituzionale, che regola un consumo passato da una nicchia (meno di

10 miliardi di euro nel 2000) a una quantità imponente di 111, sempre di miliardi di euro nel 2021. In pratica, una crescita esponenziale e l'occupazione di una quota pari a un nono delle spese quotidiane delle famiglie. Tutto daccapo, dunque? I modi di reclutare al consumo di scommesse, slot machine, lotterie e altri azzardi rimangono invariati. La responsabilità della prevenzione, della presa in carico e dell'assistenza dei casi di patologie cliniche che conseguono a un fatturato di tale mole è riversata sul solo servizio sanitario nazionale e sul privato accreditato, senza alcuna remora per l'industria che pur è la matrice della diffusione dei danni alla salute. Così è, infatti, quando le assemblee elettive terminano il loro mandato e non si è conclusa l'approvazione di nuove leggi. E l'appuntamento di una riforma coerente è stato mancato per la quarta volta, ovvero dal giorno dell'entrata in vigore del cosiddetto Decreto Balduzzi. Con lo scioglimento anticipato della XVIII Legislatura del Parlamento sono state rinviate alle nuove Camere le scelte formali per un nuovo quadro istituzionale nella materia dei giochi d'azzardo, sia regolati dallo Stato sia praticati in dispregio alla riserva del monopolio pubblico. Sebbene a elezioni già convocate, due commissioni parlamentari hanno approvato altrettante relazioni sulla materia del gioco d'azzardo. Il 13 settembre è toccato alla commissione speciale istituita nel giugno dell'anno precedente per condurre un'inchiesta "sul gioco illegale e sulle disfunzioni del gioco pubblico". La settimana prima, il 7 settembre, la Commissione Bicamerale Antimafia aveva discusso e approvato la

relazione del IV Comitato, che per oltre tre anni si era profuso nell'approfondimento dei fatti e dei rischi di occupazione malavitosa dei vari territori, sia fisici sia digitali, del gambling. Se il documento dell'Antimafia ha il valore di un impegno stringente per le Istituzioni (a cominciare dal Parlamento della XIX legislatura e del governo cui questa conferisce la fiducia) il testo del Senato è più un promemoria articolato e ampio, che un atto prescrittivo. Vediamo come concludono. La Commissione del Senato, auspica per i rapporti tra lo Stato e i concessionari "l'adozione, da parte del legislatore, di norme omogenee e razionali, che tendano ad uniformare la casistica e ad allineare le procedure ad evidenza pubblica (...) che può al contrario dare certezza agli imprenditori e agli operatori della filiera del gioco, i quali dovranno effettuare i futuri investimenti con la serenità della vigenza di norme certe". Cita ancora "l'obiettivo di fornire alle Regioni e agli Enti locali – sulla scia dell'Accordo in Conferenza unificata del 7 settembre 2017 (...) – una guida sulle azioni da intraprendere in modo da allinearsi sugli obiettivi di legalità e di tutela della salute, pur nel rispetto delle competenze normative e amministrative che il Titolo V della Costituzione riserva alle autonomie territoriali". Aggiunge "che le Regioni, le Province e i Comuni non possono essere abbandonati nella disciplina di dettaglio del gioco e nella sopportazione dei costi sociali delle ludopatie", dal momento che ciò "ha portato gli enti territoriali a doversi far carico, senza dotazioni di fondi (o quasi), della prevenzione e della

cura di questo nuovo disturbo della personalità che oramai è stato isolato ed analizzato in modo compiuto, come la letteratura scientifica richiamata ha dimostrato”. Sul gioco online si sottolinea l’esigenza di “una disciplina efficace ma compatibile con le norme europee - e magari anche l’innalzamento del prelievo fiscale su tali forme di gioco, che sono molto remunerative per i titolari dei siti e molto poco premianti per lo Stato”. Inoltre “andrebbe coinvolto, nella fase ‘a monte’ di predisposizione delle misure, il Garante per la protezione dei dati personali”. Più nette e prescrittive – perché suffragate dal voto impegnativo del plenum della Commissione – le raccomandazioni e le proposte dell’Antimafia. Ci limitiamo al passaggio, centrale per le implicazioni circa il contrasto potenziale tra esigenze del business e ragioni dell’interesse pubblico, riguardo al ruolo di ADM: “Il Monopolio statale sui giochi implica la garanzia di un sistema efficace di controlli “per quanto concerne il gioco legale e quello illegale”. Attualmente non è così, giacché la “ molteplicità di interlocutori deputati all’esecuzione dei controlli si compone quindi di Polizia Locale, Polizia di Stato, Carabinieri, Guardia di Finanza ed all’Agenzia delle Dogane”, ma “scontano una complessità di base dovuta alla farraginosità delle norme ed alla complessità tecnica degli apparecchi da controllare”. Sanzioni troppo blande, perché pensate per epoche remote, non reggono alla pressione delinquenziale sul settore: “la presenza nel settore degli interessi della criminalità organizzata impone un ripensamento delle

sanzioni, con la previsione di figure delittuose anche per le condotte oggi sanzionate a titolo di contravvenzione. Ciò avrebbe il pregio di consentire la contestazione del reato di associazione a delinquere per tutte le condotte illecite nel settore dei giochi”. L’Antimafia rileva poi che si può generare un insieme di conflitti d’interesse per la funzione di ADM, “atteso che l’ente che rilascia le concessioni [per l’appunto i Monopoli] è ex lege competente alla verifica dei presupposti per una loro revoca in caso di gravi violazioni da parte dei concessionari”. Conseguenza? “L’esigenza di garantire gli obiettivi di cassa fissati dalla Autorità di Governo potrebbe non garantire un adeguato esercizio dei poteri sanzionatori e quindi consentire la presenza sul mercato di operatori che adottano prassi non conformi a norme nazionali e comunitarie in tema di esercizio dei giochi e rispetto delle norme antiriciclaggio”.

5. L’Associazione scientifica Alea ha offerto – nell’arco di oltre 20 anni di iniziative di studio e di riflessione – preziosi contributi alla comprensione dei termini nuovi che via via si stavano palesando. La produzione di Alea costituisce un patrimonio, che si è formato con convegni scientifici (anche totalmente dedicati alla questione istituzionale), con una ampia e originale letteratura scientifica (Bulletin e altre pubblicazioni con pluralità di autori) e con alcuni mirati e assai qualificati interventi in sedi istituzionali (commissioni parlamentari di Camera e Senato⁸, incontri con amministrazioni e rappresentanti dello Stato e del governo).

In questi contributi è rientrato, come già sottolineato, la presenza di Alea nell'Osservatorio presso il Ministero della Salute, dove da 2016 ha costantemente partecipato con puntuali e approfondite analisi e proposte, formulate sia attraverso la rappresentanza formale nell'organismo, sia con l'apporto di numerosi soci ai lavori di inquadramento di tematiche particolari, svolti dall'organismo consultivo ministeriale. Si può ricordare così la presenza di Alea nei gruppi di lavoro per la stesura delle Linee d'azione del PDTA⁹, per le attività dedicate alla prevenzione delle patologie correlate al gioco d'azzardo. Va ricordato che grazie al generoso concorso dei soci di Alea, i quali hanno svolto persino un lavoro di supplenza degli uffici ministeriali, nel 2018 sono stati esaminati approfonditamente i piani delle Regioni sul GAP (così era allora denominato il DGA). Per mezzo di tale approfondimento tecnico (preannunciato alla stessa presidenza dell'Osservatorio) il rappresentante formale di Alea ha potuto così depositare e sottoporre alla discussione dell'organismo analisi molto stringenti e precise dei piani. Con tale supporto ricognitivo, il plenum dell'Osservatorio ha potuto esaminare con tutta la cura necessaria i documenti trasmessi dalle Regioni, per quindi

deliberare i pareri preliminari. Il ministero ha quindi potuto sbloccare l'assegnazione dei fondi alle Regioni. Si chiudeva in tal modo una paralisi che perdurava da questi due anni e che non permetteva di dare attuazione a quanto previsto nelle leggi di Stabilità 2017-2019. Queste continue fatiche di analisi e proposta – sostenute dagli operatori dell'area delle professioni d'aiuto sui terreni della regolazione istituzionale, sugli aspetti etico-politici, sulle questioni economiche e fiscali – si comprende come la complessità della questione del gioco d'azzardo richieda di elaborare una visione unitaria d'insieme. I professionisti della terapia clinica devono, nella sostanza, dimostrare la loro autonomia scientifica e reclamare l'adozione di decisioni istituzionali coerenti. Queste decisioni interessano gli aspetti economici, giuridici, finanziari, sociali, clinici...

Si tratta di questioni connesse tra loro. Occorre valutare se le attività di gioco d'azzardo legalizzate sono compatibili con la sicurezza pubblica e la salute. Dunque, va analizzato il funzionamento effettivo dell'Istituto giuridico del Contratto di concessione pubblica. Anche l'operatore della terapia clinica, soprattutto lui, deve sviluppare la competenza di una visione multidisciplinare e multiprofessionale. Tale

⁸Nel periodo della sua presidenza protempore di Alea e in quello di past-president, l'autore è stato consulente a tempo pieno della Commissione Bicamerale Antimafia per la XVIII Legislatura, mentre il 7 aprile del 2022 ha rappresentato l'associazione dopo la convocazione per essere audito alla Commissione speciale del Senato (Cfr. Resoconto stenografico n.10 , Seduta n. 12 del 31.03.2022, https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg18/file/repository/commissioni/giocoillegale18/stenografici/10_GiocoIllegale_070422.pdf

⁹"Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali" (PDTA): una serie di interventi clinici, caratterizzati da elevata complessità e multidisciplinarietà

visione comprende numerosi aspetti che tuttavia sono estranei alla sua iniziale preparazione specialistica. In altri termini, egli ha bisogno di utilizzare un set di conoscenze contigue, sebbene estranee alla sua professionalità per ottenere buoni risultati dai suoi impegni. Le domande riguardano la conoscenza della stessa dinamica della dipendenza patologica. Ed è una frontiera dalla quale ormai non ci si può allontanare. “Hic Rhodus hic salta”.

Il contributo dell'Associazione ALEA nella collaborazione con il Ministero della Salute

Onofrio Casciani
Dirigente Psicologo ASL ROMA 1

ALEA è la prima associazione scientifica che in Italia si è occupata di gioco d'azzardo dal punto di vista sociologico, clinico e di ricerca. Vanta pertanto una esperienza ultraventennale caratterizzata da attività di sviluppo di programmi di assistenza a persone affette da DGA, da programmi di ricerca e da molteplici consulenze soprattutto ad istituzioni, data la notevole professionalità e competenza dei suoi membri. Particolarmente significativa è stata fino ad oggi la collaborazione con il Ministero della Salute, soprattutto nell'ambito delle attività dell'Osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave. Rappresentanti di ALEA, infatti, sono componenti di questo organismo sin dalla sua istituzione (Decreto-legge n.158 del 2012) presso il Ministero della Economia e delle Finanze. Nel 2016 l'Osservatorio passò in seno al Ministero della Salute configurandosi come organismo consultivo di questo

Ministero, anche per la maggiore presenza di esperti nella prevenzione e nel trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA). Il cosiddetto Decreto Balduzzi segnava un primo importante riconoscimento della nocività del gioco d'azzardo in un numero crescente di persone, al punto da prevedere la garanzia della tutela della salute dei cittadini inserendo il DGA nei livelli essenziali di assistenza, una serie di obblighi per i gestori delle sale da gioco o di esercizi simili, nonché sostanziali restrizioni sulla pubblicità del gioco d'azzardo.

Tutti questi provvedimenti erano in direzione del contrasto alla diffusione del gioco d'azzardo e allo sviluppo della dipendenza grave. Sin dall'insediamento nel 2016 il nuovo Osservatorio, in quanto organo consultivo del Ministro della Salute ed in coerenza con la mission che lo caratterizza, più orientata in senso clinico rispetto alla precedente gestione del Ministero dell'Economia e delle Finanze, ha iniziato a occuparsi della definizione delle

“Linee d’azione per garantire la prevenzione rivolte a persone affette dal gioco d’azzardo patologico”. La realizzazione delle linee d’azione ha visto la collaborazione in prima persona di alcuni membri dell’Osservatorio con esperienza in ambito clinico, ma anche la collaborazione indiretta di esperti di livello nazionale afferenti alla Associazione ALEA, consultati più volte dal gruppo di lavoro al fine di avere il più ampio consenso possibile nel lavoro di definizione di buone prassi nell’ambito della diagnosi, dell’assessment e del trattamento del paziente con DGA. Indubbiamente in questo delicato lavoro ci si è basati sulla nostra esperienza clinica, ma anche e soprattutto sui contributi dei massimi esperti internazionali che da diversi decenni si sono occupati di tale forma di dipendenza. Giungere alla definizione delle linee d’azione non è stato un percorso agevole e privo di ostacoli. Se all’interno del gruppo di lavoro, pur costituito da figure professionali differenti, era possibile l’uso di un medesimo linguaggio e di una medesima prospettiva clinica, nel contesto più esteso dell’intero gruppo dell’Osservatorio si sono resi necessari ulteriori passaggi proprio per le varie, differenti prospettive e i differenti livelli di conoscenza con cui i componenti dell’Osservatorio consideravano il fenomeno del DGA. La definizione stessa di DGA (indicata dal DSM-5) al posto di Gioco d’Azzardo Patologico e di Ludopatia ha richiesto un faticoso confronto, così come altri termini di ambito clinico contestati da alcuni componenti nonostante fossero elementi di conoscenza

acquisiti da molto tempo dal mondo scientifico. Anche da questa esperienza è nata in molti componenti dell’Osservatorio la convinzione che questo importante organismo debba essere costituito per il futuro da un numero maggiore di esperti del settore coerentemente con la sua mission che prevede azioni di contrasto a più livelli, ma anche e soprattutto indicazioni sulla presa in carico di persone affette da DGA. Il documento delle linee guida è pertanto una delle azioni più significative quale risultato del lavoro dell’Osservatorio. Si consideri a tal proposito che solo un numero esiguo di servizi vanta esperienze decennali nel trattamento del DGA mentre la maggior parte di essi fino a pochi anni fa, quando sono giunti i primi finanziamenti ministeriali conseguenti alla legge di stabilità del 2015, non trattavano il Disturbo da Gioco d’Azzardo essendo sostanzialmente strutturati sul Disturbo da Uso di Sostanze. La situazione è da qualche anno in via di cambiamento anche grazie ai suddetti finanziamenti che hanno consentito l’implementazione delle risorse umane e la formazione degli operatori sul Disturbo da Gioco d’Azzardo e le altre dipendenze comportamentali. Proprio per questa nuova fase le linee d’azione rappresentano un riferimento indispensabile per tutti gli operatori dei servizi.

Comunque la definizione delle linee d’azione ha rappresentato un importante momento che si inserisce all’interno del percorso di sviluppo delle conoscenze scientifiche e dei modelli di trattamento del DGA. Si tratta di un importante passaggio perché

il nostro paese, pur dotato di un sistema di servizi per le dipendenze riconosciuto a livello internazionale come uno dei migliori e tra i più efficaci, è ancora assai carente in quanto ad omogeneità ed uniformità degli interventi nelle dipendenze in generale e nel DGA in particolare. Le linee d'azione costituiscono pertanto un importante riferimento per quei servizi e per quei professionisti che si stanno formando nella presa in carico e nel trattamento di pazienti con DGA e altre dipendenze comportamentali. Per realizzare questo documento sono stati necessari circa 18 mesi (marzo 2016 - ottobre 2017) anche se successivamente, a causa di varie vicende burocratico-amministrative, le linee d'azione sono state decretate solo nel 2021 (DM n. 136 del 16/07/2021). ALEA, insieme a SITD (Società Italiana Tossicodipendenze), è intervenuta contestando il parere del Consiglio di Stato sulle linee d'azione in conseguenza del quale erano stati effettuati vistosi tagli che ne minavano in buona parte la funzione per cui erano state realizzate.

Il Consiglio di Stato in effetti ha escluso come destinatari del documento i pazienti e i loro familiari, gli amministratori pubblici, gli operatori socio-sanitari, gli operatori del sistema della giustizia, i gestori dei giochi legali. Inoltre, ha considerato la titolarità della presa in carico come esclusiva del sistema sanitario, escludendo tutti quegli interventi a carattere sociale, riabilitativo e di supporto nel sovraindebitamento che nello specifico del trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo

costituiscono invece degli aspetti di assoluta rilevanza ai fini dell'esito del trattamento. Il Consiglio di Stato ha anche soppresso dal documento tutta la parte riguardante gli aspetti normativi che aveva lo scopo non solo di far conoscere tutti i riferimenti legislativi nell'ambito del gioco d'azzardo, ma anche di permettere di cogliere la potenziale relazione tra scelte legislative e diffusione/contrasto del fenomeno. Infine ha voluto togliere tutti i riferimenti alla letteratura scientifica e alle esperienze di buone prassi su cui si è basato tutto il lavoro di realizzazione del documento. ALEA e SITD pertanto hanno inoltrato alla Presidenza dell'Osservatorio un documento in cui si esprimeva parere contrario alle suddette modifiche apportate alle linee d'azione. Probabilmente l'evoluzione dei servizi degli ultimi anni ha reso le Linee d'Azione ormai in parte superate, al punto che una delle ultime riunioni dell'Osservatorio è stata presa la decisione di costituire un nuovo gruppo di lavoro per effettuarne la revisione e l'aggiornamento.

Il contributo di ALEA all'interno dell'Osservatorio ha inoltre riguardato altri fronti non meno importanti:

- Contributo per la definizione di criteri di valutazione dei piani regionali riguardanti il contrasto al gioco d'azzardo e la creazione/implementazione di interventi di prevenzione dello sviluppo del DGA, di cura e riabilitazione di soggetti affetti da tale disturbo. Anche questa azione ha richiesto molto tempo

e molte energie soprattutto nel tentativo da un lato di mantenere un certo rigore metodologico a garanzia di imparzialità e correttezza delle valutazioni, e dall'altro di tener conto di difficoltà oggettive di alcune realtà regionali nel rispettare le scadenze poste dal Ministero della Salute.

- Proposta di interventi di riduzione dell'impatto emotivo/cognitivo delle apparecchiature e degli ambienti di gioco mediante accorgimenti quali, a titolo di esempio, l'aumento degli intervalli di tempo tra una giocata e l'altra (slot machine), la limitazione delle somme relative alle vincite, ma anche l'ammontare delle giocate, la introduzione di una pausa dopo un certo periodo di gioco continuativo, l'allestimento dell'ambiente di gioco in modo tale da consentire al cliente di vedere agevolmente l'ora e quindi il tempo trascorso, il divieto di consumo di alcolici, la verifica del requisito della maggiore età attraverso la tessera sanitaria, ecc. Mai come in questa occasione il contributo di ALEA è stato coerente con la mission dell'Osservatorio. Tuttavia la proposta di ALEA, fatta propria dalla maggior parte dei componenti dell'Osservatorio, è stata recepita solo in minima parte dall'Agenzia delle Accise, Dogane e Monopoli (ADM). Consapevoli della natura ambivalente dell'Osservatorio che ha al suo interno rappresentanti di istituzioni con interessi non del tutto convergenti, ALEA e le altre società scientifiche, che bene conoscono i collaudati meccanismi

dell'industria del gioco d'azzardo per intercettare i giocatori in situazioni di fragilità momentanea o strutturale, continueranno a perseguire l'obiettivo delle modifiche tecniche e legislative in tutte le sedi e le occasioni possibili al fine di ridurre il rischio di induzione del DGA nei giocatori maggiormente vulnerabili e quindi fortemente a rischio di sviluppare il disturbo. D'altra parte, i dati confermano che il grosso delle entrate non proviene in modo uniforme dalla consistente massa di giocatori, ma da una piccola (e allo stesso tempo drammaticamente grande) parte di giocatori affetti dal disturbo o a rischio di svilupparlo.

- Redazione di una nota diretta al Presidente dell'Osservatorio (che è anche il Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute) in cui si segnalava il rischio di una ripresa incontrollata del gioco d'azzardo in seguito alla riapertura delle sale da gioco conseguente alla fine del periodo di emergenza successivo al lockdown per la pandemia da Covid-19. La nota con relative raccomandazioni è stata poi inviata dal Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria a tutte le Regioni. Tale iniziativa, come era prevedibile, ha suscitato energiche reazioni da parte dei rappresentanti dell'industria del gioco d'azzardo, con affermazioni tendenti a negare i rischi segnalati e persino a mettere in dubbio i numeri, allarmanti, delle persone con il disturbo che chiedevano di essere presi in carico dai servizi.

- Proposta di revisione critica dell'App Gioco Legale creata dall'ADM con l'intento ufficiale di contrastare il gioco illegale, ma rivelatasi invece uno strumento di facilitazione dell'accesso al gioco d'azzardo, soprattutto tra i giovani adolescenti e probabilmente anche tra coloro che non avevano mai pensato di giocare d'azzardo. L'accesso confronto tra i rappresentanti dell'ADM e gli altri componenti dell'Osservatorio (in particolare i rappresentanti di ALEA) che ha caratterizzato numerose riunioni su questo tema ha avuto come risultato una modifica dell'App, anche se parziale e quindi probabilmente non del tutto sufficiente, secondo le osservazioni emerse dal confronto in seno all'Osservatorio.
- Reiterate richieste di poter disporre dei dati relativi al numero di giocatori online e al loro comportamento di gioco. È veramente singolare che questi dati siano conosciuti dai concessionari ma non dalle Istituzioni chiamate a contrastare la diffusione del fenomeno e dello sviluppo dei disturbi ad esso correlati. Poter disporre di questi dati è essenziale per utilizzarli a fini epidemiologici e per poter sottoporre ai decisori politici le opportune azioni di contrasto al gioco d'azzardo e di tutela dei cittadini, soprattutto minori.

Associazioni che si occupano a vari livelli dei problemi correlati al gioco d'azzardo. Naturalmente, ALEA in questi anni di partecipazione ai lavori dell'Osservatorio è stata attiva anche riguardo altre numerose questioni, forse meno rilevanti di quelle sopracitate, ma tutte riguardanti l'obiettivo del contrasto di un fenomeno, quello della diffusione del gioco d'azzardo, che genera grave sofferenza, danni sociali ed economici che riguardano l'intera comunità e che coinvolgono direttamente un numero crescente di persone e loro familiari.

In conclusione, possiamo affermare che ALEA ha svolto e svolge tuttora il suo ruolo di Società Scientifica di riferimento a livello nazionale per tutti coloro, operatori, servizi,

La costruzione della dipendenza da Gioco d’Azzardo: l’opera del condizionamento. Il caso delle slot-machine

Maurizio Avanzi

Responsabile della cura del Disturbo da Gioco d’Azzardo per l’AUSL di Piacenza

Comma 22 delle slot-machine

*“Chi è già malato perde tanti soldi
e deve essere escluso dai giochi d’azzardo.
Ma chi perde tanti soldi è un buon cliente
e non può essere escluso dai giochi d’azzardo.”*

Il re è nudo da oltre 120 anni. In un libro pubblicato in Italia nel 2016 due premi Nobel per l’economia, George A. Akerlof (Nobel nel 2001) e Robert J. Shiller (Nobel nel 2013), parlano della consapevolezza dei danni alla popolazione causati dalle slot machine fin dal 1899, solo pochi anni dopo l’immissione sul mercato della capostipite delle slot machine, la Liberty Bell, la slot machine di Charles Fey. “In quasi ogni bar si trova una mezza dozzina di queste macchine, attorno cui staziona giorno e notte una folla di giocatori... L’abitudine, una volta acquisita, diventa una sorta di mania. Si vedono giovani armeggiare

con queste macchine in sessioni che durano ore, dalle quali alla fine usciranno sicuramente perdenti”. Questo era scritto sul Los Angeles Times nel 1899 (Akerlof e Shiller, 2015). Nel 1991 le slot machines sono state celebrate quale più popolare gioco d’azzardo del mondo a distanza di 100 anni dalla loro nascita in un libro di Marshall Fey (1991). E per sentire la voce di chi guadagna dalle slot machine sulla pelle dei giocatori e delle loro famiglie possiamo riportare quanto scriveva il Morning Call di San Francisco nel 1909 a proposito delle slot machine: “Non c’è uomo, donna o bambino che non desideri tentare

la fortuna. Questa opportunità viene data dagli apparecchi che vengono chiamati nel loro insieme slot machine. Una piccola spesa è tutto quanto occorre per determinare se la propria fortuna sta girando nel verso giusto. (...) Ottenere un premio per fortuna provoca probabilmente molta più ilarità di quanto ce ne sia quando si ottiene qualcosa con l'aiuto dell'ingegno. Ci sono pochi uomini al mondo che non hanno mai giocato con una slot o che non trovano il fascino per questo gioco sufficiente per praticarlo con regolarità". La discrepanza di giudizio tra Los Angeles Times e Morning Call di San Francisco rispecchia la differenza che c'è tra chi viene indotto a perdere soldi e chi li guadagna sfruttando una dipendenza provocata a bella posta. Le evidenze di danno alla salute pubblica si scontrano da sempre con l'opposizione di quanti si arricchiscono con i proventi del gioco d'azzardo. A proposito della necessità di politiche orientate alla salute pubblica, già nel 2000 Mons. Alberto d'Urso, direttore della Consulta Nazionale delle Fondazioni Antiusura, faceva notare: "Ci sembra poco credibile come maestro di vita questo nostro Stato che da una parte invita i suoi cittadini ad alimentare la cultura della legalità e della sobrietà e poi dall'altra si sente impegnato in prima fila a promuovere sempre nuove possibilità di giochi dando vita alla cultura dello "spreco" del denaro che ha uno stretto rapporto con tante tragedie personali, familiari, commerciali, con il mondo dell'illegalità, alimentando nelle persone più fragili o più avido speranze

quasi sempre frustrate e sogni di un avvenire baciato dalla fortuna!" (Fiasco, 2020). I modelli eziologici del Disturbo da Gioco d'Azzardo sono numerosi: Psicoanalitico e psicodinamico, di Salute pubblica, di Ricompensa sociale, modello Comportamentale, di Concettualizzazioni cognitive, Neurobiologico, Genetico, Bio-comportamentale, di Teoria generale delle dipendenze, Modello Biopsicosociale e Modello dei Percorsi (Pathways) Patogenetici (Blaszczynski e Nower, 2007). In tutti ci sono parti importanti di verità. In sintesi, per ammalarsi di gioco d'azzardo devono essere presenti tre componenti: una ambientale (Abbot, 2007), una legata ai meccanismi dei giochi d'azzardo (Parke e Griffiths, 2007) ed un'ultima legata alle caratteristiche dell'individuo (Korn e Shaffer, 1999; Schüll, 2012; Clark, 2014). Il modello dei percorsi patogenetici di Blaszczynski e Nower (2002) parte dai fattori ecologici (cioè ambientali) e dai due tipi di condizionamento (classico e operante) e differenzia in tre le tipologie dei giocatori d'azzardo patologici a partire dalle loro caratteristiche individuali: Tipo1 - Persone, in cui l'esposizione al gioco d'azzardo ha prodotto un comportamento condizionato. Tipo 2 - Persone in cui l'esposizione al gioco d'azzardo ha innescato un comportamento condizionato (dato anche da una vulnerabilità biologica o emotiva preesistente) che spesso assume la funzione di coping. Tipo 3 - Persone in cui l'esposizione

al gioco d'azzardo ha promosso un comportamento condizionato, dato anche sia da una vulnerabilità biologica o emotiva preesistente sia (principalmente) da un livello elevato di impulsività. È lecito affermare che i giocatori d'azzardo si ammalano a causa di meccanismi scientificamente applicati ai giochi d'azzardo. Quindi un ambiente in cui l'esposizione al gioco d'azzardo è favorita da una incrementata disponibilità e accessibilità più facilmente determina la creazione di abitudini a causa dei meccanismi strutturali del gioco d'azzardo: in particolare i condizionamenti (classico ed operante) che favoriscono l'instaurarsi di illusioni cognitive, che a loro volta facilitano la ripetizione e la frequenza. In aggiunta, tutto ciò avviene in un clima di normalizzazione che non considera le pericolose conseguenze per chi sottovaluta la forza del gioco d'azzardo di intrappolare. Le abitudini all'azzardo danno conto delle perdite di denaro che instaurano il chasing (rincorsa delle perdite per cercare di rifarsi) e inducono così ad arrivare alla cosiddetta "rana bollita" della dipendenza. In effetti la metafora di Noam Chomsky rende bene la storia naturale che porta alla dipendenza: "Immaginate un pentolone pieno d'acqua fredda, nel quale nuota tranquillamente una rana. Il fuoco è acceso sotto la pentola, l'acqua si riscalda pian piano. Presto diventa tiepida. La rana la trova piuttosto gradevole e continua a nuotare. La temperatura sale. Adesso l'acqua è calda. Un po' più di quanto la rana non apprezzi. Si stanca un po', tuttavia non si spaventa. L'acqua adesso è davvero troppo calda. La rana la trova molto

sgradevole, ma si è indebolita, non ha la forza di reagire. Allora sopporta e non fa nulla. Intanto la temperatura sale ancora, fino al momento in cui la rana finisce – semplicemente – morta bollita. Se la stessa rana fosse stata immersa direttamente nell'acqua a 50°, avrebbe dato un forte colpo di zampa e sarebbe balzata subito fuori dal pentolone" (Chomsky, 2014). Le persone giocano d'azzardo a causa degli schemi di rinforzo a intermittenza casuale e non prevedibile che sono parte integrante del meccanismo delle slot machine. Burrhus Frederic Skinner le ha studiate per tutta la vita, su topi e piccioni, diventando il più importante esponente dell'analisi comportamentale applicata. Tra le innovazioni metodologiche che propose, inventò la camera di condizionamento operante, nota anche come "Skinner Box", e il Cumulative Recorder, uno strumento utilizzato per misurare la frequenza dei comportamenti durante la sua ricerca, ritenuta fondamentale in psicologia sperimentale e applicata, sulle "schedule di rinforzo" (Wikipedia, 2022). Come sottolinea lo stesso Skinner in un filmato visibile su YouTube "C'è un buon esempio di come è possibile passare dal piccione al caso umano, perché una delle schedule molto efficaci sui piccioni Raptor è quella chiamata a presentazione variabile ed è quella che è il fondamento di tutti i tipi di gioco d'azzardo ed ha in tutti lo stesso effetto: il piccione può diventare un giocatore d'azzardo patologico, così come può diventarlo una persona. Ora, il fatto di averlo scoperto con i piccioni e di poterlo dimostrare rimuovendo e cambiando i programmi (schedule) rende

facile l'interpretazione del caso in cui abbiamo un individuo umano: noi non pensiamo che il soggetto umano giochi d'azzardo perché si punisce, come potrebbe dire chi lo guarda, o giochi d'azzardo perché si sente eccitato quando lo fa. Quindi niente del genere. Le persone giocano d'azzardo a causa dei programmi di rinforzo conseguenti. E questo è vero, tutti i giochi d'azzardo possono essere costruiti con rapporti variabili incorporati, lo abbiamo imparato dal piccione che ha reso possibile il riconoscimento dell'efficacia di questo meccanismo" (Skinner, 1980-1990). In realtà l'eccitazione c'è, al punto che certi parkinsoniani giocatori d'azzardo patologici riescono a continuare a giocare per ore senza assumere farmaci dopaminergici. È vero anche che altri giocatori trovano nel flow, determinato dal gioco, un sollievo dovuto alla distorsione dissociativa che si viene a creare, e che permette loro di dimenticare durante il gioco le preoccupazioni e le cose che vanno male della loro vita. L'ipotesi di base nei modelli comportamentali è che il gioco d'azzardo è un comportamento disadattivo appreso governato dai principi del condizionamento operante skinneriano e del condizionamento classico pavloviano. Come notato da Petry (2005), il rapporto variabile e le contingenze casuali di rinforzo immediato, in cui l'intervallo tra le giocate è breve (piazzando una scommessa e apprendendo subito il suo risultato), sono fondamentali per mantenere comportamenti ripetitivi ad alta frequenza resistenti all'estinzione. Le slot machines sono solo «gabbie di Skinner» per i giocatori! "Perché vi streghino, non è

davvero un gran mistero. È una macchina progettata proprio per fare questo. Opera in base ai principi del condizionamento operante. Gli studi originali sul condizionamento sono stati compiuti da Skinner, con i suoi ratti. Sono sicura che ve lo ricordate dalla scuola media: i ratti sono in una scatola priva di stimoli esterni (come in un casinò). Nella gabbia c'è una leva (o un pulsante). Quando il ratto colpisce la leva ne fuoriesce del cibo (come il denaro da una slot machine). Il ratto apprende che premendo la leva ottiene un premio (rinforzo positivo). Adesso però arriva la parte subdola. Se ogni volta che il ratto colpisce la leva ottenesse il premio, tutto terminerebbe lì. Ogni volta che avesse fame, basterebbe che premesse la leva. Ma non è così che funziona il condizionamento. Il rinforzo dev'essere intermittente. Significa che le ricompense (il cibo) sono dispensate secondo un programma casuale. A volte il topo non riceve nulla, a volte solo poco, a volte un sacco di cibo in pellets" (Schüll, 2012). Il fatto che le slot machine siano nate quasi cinquant'anni prima della Skinner box e che le Skinner box sembrino proprio slot machine per topi e piccioni, ci può fare ipotizzare che Skinner abbia tratto ispirazione dai meccanismi delle slot machine. Se volessimo andare oltre potremmo anche ipotizzare allora che forse senza le slot machine non ci sarebbero stati gli studi di Skinner sul comportamento. Ovvio che tutto ciò rientra nei sillogismi della serie "mio nonno fuma, il treno fuma, quindi, mio nonno è un treno"... Il condizionamento operante è un processo di apprendimento in cui la frequenza o la

probabilità del manifestarsi di un determinato comportamento è influenzata dalle conseguenze che lo seguono. La misura in cui il giocatore continuerà a giocare dipende da numerosi fattori; lo schema secondo il quale riceverà il rinforzo è sicuramente uno di quelli principali. Poiché il soggetto non sa mai quando riceverà la ricompensa successiva, questo sistema di rinforzo è molto efficace nello stimolare risposte comportamentali costanti e frequenti. Skinner (1953) scrisse: “L’efficacia di questo sistema che genera tassi elevati (di risposta) è da molto tempo ben noto all’industria del gioco d’azzardo”. Il condizionamento, dunque, è un meccanismo di apprendimento. Il piacere di apprendere è uno dei piaceri della vita. È forse uno dei rinforzi che hanno accompagnato l’evoluzione, essendo un vantaggio che va premiato. È un bisogno primario dell’individuo, indispensabile per sopravvivere. Proprio come lo sono il mangiare, il bere, il sesso, e l’accudimento della prole (Nava, 2004). Il sistema della gratificazione (mesolimbico-mesocorticale) è stato chiamato anche sistema della ricerca (Panksepp e Biven, 2014). Stiamo parlando di meccanismi di apprendimento, condizionamento, addestramento, imparare, fare associazioni, connettere, mettere insieme, correlare, intuire, dare un nesso causale per dare un senso, mettere in relazione. Passiamo tutta la nostra vita a interpretare il mondo, a fare scelte, a interpretare le persone che ci troviamo di fronte per prevederne il comportamento e apprendere a scegliere ancora meglio. L’apprendimento è un processo

evolutiveamente finalizzato all’adattamento dell’individuo all’ambiente, perché abbia una maggiore probabilità di sopravvivere. Il condizionamento operante è una forma di apprendimento per rinforzo (più efficace quando il rinforzo è intermittente e casuale e quindi imprevedibile). La dopamina è il neurotrasmettitore cerebrale dell’apprendimento per rinforzo, che viene attivato in modo “fasico” di fronte a un errore di previsione della ricompensa (quando la ricompensa è inattesa e/o imprevedibile). I neuroni dopaminergici in questi casi mostrano guizzi di attività elettrica (potenziali d’azione seguiti da rilascio di dopamina) di fronte a un atto di ricompensa imprevedibile. Il disturbo da gioco d’azzardo è una forma di apprendimento maladattivo. Secondo l’algoritmo definito Dopamine Prediction Errors (errori nella predizione di ricompensa) quando un evento è nuovo e significativo, il cervello lo apprende e lo memorizza grazie a una secrezione fasica o a un burst (i neuroni dopaminergici emettono un segnale elettrico positivo). Il burst inatteso dei neuroni dopaminergici provoca un abnorme apprendimento incentivo e quando stimoli neutri si associano all’uso di sostanze psicoattive o a comportamenti che danno piacere, possono assumere valore anticipatorio, grazie a meccanismi di condizionamento Pavloviano, finendo per diventare trigger automatici ed inconsapevoli che portano a ripetere l’azione a cui si associano (Koob e Le Moal, 2001; Di Chiara e Bassareo, 2007; Shultz et al., 1997). Il gioco d’azzardo è fatto di eventi

imprevedibili. Eppure, i giocatori d'azzardo patologici confondono il principio di casualità con quello di causalità. Questo perché non ci è possibile non fare associazioni tra eventi ravvicinati, benché indipendenti. Come non ci è possibile evitare di salivare di fronte al cibo, così è impossibile evitare di fare collegamenti su eventi indipendenti. Apprendimento significa attenzione, curiosità, associazione di idee, illuminazione, meraviglia, piacere della scoperta. Le illusioni cognitive generate dal gioco d'azzardo sono risultato del vano tentativo incoercibile di provare ad apprendere da qualcosa che non ti può insegnare nulla, ma ha in sé l'illusione di farti apprendere. Il gioco d'azzardo simula i meccanismi dell'apprendimento e questo lo rende attraente. È come passare il tempo continuando ad avere la sensazione ed il piacere di apprendere, senza apprendere nulla. Si gioca d'azzardo e intanto si apprende con tutti i meccanismi del mondo anche in modo involontario, inconsapevole e falso. I giochi d'azzardo sono un concentrato di tutti gli stimoli ad apprendere noti, fino al paradosso: "Apprendere dal gioco d'azzardo è impossibile. Evitare di apprendere dal gioco d'azzardo è impossibile" (Avanzi, 2018). In sintesi, il disturbo da gioco d'azzardo è una dipendenza molto grave, dovuta al meccanismo di sorpresa che si attiva ogni volta che azzardi. È una dipendenza comportamentale che nasce come forma di apprendimento per rinforzo da errori di previsione. Il neurotrasmettitore cerebrale che sancisce l'apprendimento attraverso la plasticità cerebrale è la dopamina. Caratteristica fondamentale della dopamina è

rispondere in modo prevalente agli errori di predizione. Questo tipo di risposta si accorda in modo particolare con il condizionamento operante a rinforzo intermittente, caratteristico del gioco d'azzardo, e il più difficile da estinguere. Le slot-machine sono Skinner-box per umani. Quali sono i possibili danni per chi utilizza i suoi normali meccanismi di apprendimento applicandoli al caso, quindi, a qualcosa da cui non si può apprendere? La pandemia di COVID-19 ha indotto in Italia chiusure che, durante due periodi di lockdown (da marzo 2020 a giugno 2020 e da novembre 2020 a giugno di 2021), hanno interessato anche la maggior parte delle possibilità di giocare d'azzardo. Sono rimasti sempre a disposizione solo i giochi d'azzardo online e i gratta e vinci. Questo ha permesso di studiare le conseguenze sulla vita e sulle relazioni dei giocatori d'azzardo patologici e delle loro famiglie in un ambiente in particolare senza slot machine. Ricordiamo che meno di un decimo dei giocatori d'azzardo italiani gioca con newslot e VLT (Video Lotterie Telematiche), le due tipologie di slot machine diffuse nei bar e nelle tabaccherie (new slot a moneta) o nelle sale slot (VLT a cartamoneta), ma sono proprio loro, da soli, a giocare più del 50% del fatturato dell'azzardo in Italia (ADM, 2020). Nei Servizi, i giocatori di slot e VLT costituiscono l'80% dei malati di Disturbo da Gioco d'Azzardo afferenti. Questo ci dà l'idea di quanto le slot machine siano dannose per la salute. Il risultato delle osservazioni durante questo periodo ci ha permesso di dire che periodi anche lunghi di chiusura del gioco d'azzardo hanno portato

sollievo ai giocatori e alle loro famiglie, miglioramento delle relazioni e prospettive di cambiamento (Donati et al. 2021; Donati et al. 2022; Avanzi et al, 2020; Avanzi et al, 2022). L'impossibilità di giocare e l'assenza di trigger ambientali che inducessero il pensiero di poter giocare d'azzardo è stato molto apprezzato, in particolare da coloro che erano già malati d'azzardo. Un paziente giocatore di slot machine nel corso di una intervista telefonica durante il lockdown si è spinto a dire: "Questo è stato il periodo più bello della mia vita". Una frase che riassume il sollievo derivante dallo spegnimento delle slot machine, sempre a disposizione fino a quel periodo, capillarmente diffuse, facilmente disponibili nei luoghi di comune frequentazione (Avanzi et al., 2020). In questi giorni di settembre 2022 ho visto un paziente che non riusciva a smettere di giocare con le new slot dire che i lockdown "lo hanno salvato dal gioco d'azzardo", permettendogli quello stacco dai trigger ambientali che lo hanno ossessionato per anni, oltre alla disponibilità di giocare a distanza ravvicinata, di per sé importante trigger interno. Adesso sono due anni che non gioca e non guarda giocare. Tanti altri invece sono ricaduti con le riaperture, come temuto da molti familiari. È interessante notare che Kalke et al. (2022), analizzando le conseguenze del primo lockdown in Germania, hanno sottolineato che queste chiusure temporanee e brevi dei locali di gioco d'azzardo è stata un'opportunità appropriata per i giocatori di riflettere, ridurre o interrompere il loro gioco d'azzardo. Vale la pena di considerare l'implementazione di tali chiusure temporanee come possibile

misura preventiva in futuro, quantomeno se non si riesce a evitare l'accesso ai giochi d'azzardo ai soggetti già malati. In conclusione:

- Il gioco d'azzardo è così attraente e pericoloso poiché induce un uso maladattivo dell'apprendimento simulandone i meccanismi associativi e di rinforzo.
- È una trappola migliorata ad arte, nelle sue caratteristiche strutturali, per trarre profitto dal danno altrui, inducendo l'abitudine a continuare un comportamento palesemente dannoso con meccanismi di gancio intrisi di condizionamenti.
- L'essenza della trappola è che giocando d'azzardo, vieni portato ad utilizzare tutte le tue capacità di apprendimento, applicandole a qualcosa da cui non si può apprendere.
- Il laboratorio innescato dalla malattia COVID-19 ha permesso di valutare adeguatamente l'importanza che avrebbe la prevenzione ambientale nei confronti del Disturbo da Gioco d'Azzardo, soprattutto in funzione di decisioni politiche che vadano nella direzione della salute pubblica e della tutela di coloro che sono già malati.

Bibliografia

- Abbott, M.W. (2007). Situational Factors that Affect Gambling Behavior. In: Smith G., Hodgins D., Williams R. (Eds.), Research and measurement issues in gambling studies, Academic Press, Burlington, MA.
- ADM-Agenzia delle Accise Dogane e Monopoli (2020). Libro Blu 2019, p. 82-83. <https://www.>

- adm.gov.it/portale/documents/20182/6061302/Libro+blu+2019++Relazione.pdf/0faabcc4-83ea-4466-861a-e4cb367b2c57
- Akerlof, G.A., & Shiller, R.J. (2015). *Phishing for phools. The economics of manipulation & deception*. Princeton University Press. (Edizione italiana: *Ci prendono per fessi. L'economia della manipolazione e dell'inganno*, Mondadori ed., Milano, 2016).
 - Avanzi, M. (2018). An etiological hypothesis on gambling disorder. *Relazione al 4th International Multidisciplinary Symposium "Gambling addiction science, independence, trasparenza"*, June 27th-29th 2018, University of Fribourg, Switzerland, p.25. http://gambling-problems-sympo.ch/sites/default/files/SE07_Avanzi_Presentation.pdf
 - Avanzi, M., Calabrese, A., Cabrini, S. (2020). Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) al tempo della pandemia di COVID-19: Il punto di vista dei SerDP. *Alea Bulletin*, VIII, 3: 13–17. https://www.gambling.it/images/pdf_bulletin/Bulletin%202020-3.pdf
 - Avanzi, M., Germoni, D., Passarella, G., Cabrini, S., Fagnoni, F., Bassi, A. (2022). L'impatto della pandemia di CoViD-19 sui familiari di giocatori d'azzardo patologici in Italia: un'indagine esplorativa sugli effetti della riduzione dell'offerta di gioco d'azzardo. *Alea Bulletin*, X, 1: 17-27. https://www.gambling.it/images/pdf_bulletin/Bulletin%202022-1.pdf
 - Blaszczynski, A., Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97: 487–499.
 - Blaszczynski, A., Nower, L. (2007). Research and Measurement Issues in Gambling Studies: Etiological Models. In: Smith G., Hodgins D., Williams R. (Eds.), *Research and measurement issues in gambling studies*, Academic Press, Burlington, MA.
 - Chomsky, N. (2014). *Media e potere*. Bepress ed., Lecce.
 - Clark, L. (2014). Disordered gambling: the evolving concept of behavioral addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1327: 46–61.
 - Di Chiara, G., Bassareo, V. (2007). Reward system and addiction: what dopamine does and doesn't do. *Current opinion in pharmacology*, 7(1): 69-76.
 - Donati, M.A., Cabrini, S., Capitanucci, D., Primi, C., Smaniotto, R., Avanzi, M., Quadrelli, E., Bielli, G., Casini, A., & Roaro, A. (2021). Being a Gambler during the COVID-19 Pandemic: A Study with Italian Patients and the Effects of Reduced Exposition. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 424. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020424>
 - Donati, M.A., Capitanucci, D., Beccari, C., Smaniotto, R., Quadrelli, E., Casini, A. & Primi, C. (2022). What About Affected Family Members of Disordered Gamblers During the COVID-19 Pandemic? A Study in Italy During the Lockdown Restrictions. *Frontiers of Psychology*, 13: 801835. <https://10.3389/fpsyg.2022.801835>
 - Kalke, J., Schütze, C., Lahusen, H., & Buth, S. (2022). Parameters for Change in Offline Gambling Behavior After the First COVID-19 Lockdown in Germany. *Frontiers in Psychology*, 5, 13: 857234. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.857234>
 - Fey, M. (1991). *Slot machines. La storia illustrata dei primi 100 anni del gioco d'azzardo automatico più celebre del mondo*. Facto ed. SRL, Padova.
 - Fiasco, M. (2000). *Ricerca sull'inflazione del gioco d'azzardo in Italia. Possibili scenari*. Consulta Nazionale Fondazioni Antiusura ed., Roma-Bari.
 - Koob, G.F., Le Moal, M. (2001). *Drug*

addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology*, 24(2): 97-129.

- Korn, D.A., Shaffer, H.J. (1999). Gambling and the health of the public: Adopting a public health perspective. *Journal of Gambling Studies*, 15: 289–365.
- Nava, F. (2004). *Manuale di neurobiologia e clinica delle dipendenze*. F. Angeli ed., Milano.
- Panksepp, J., Biven, L. (2014). *Archeologia della mente. Origini neuroevolutive delle emozioni umane*. Raffaello Cortina ed., Milano.
- Parke, J., Griffiths, M. (2007). *The Role of Structural Characteristics in Gambling*. In: Smith G., Hodgins D., Williams R. (Eds.), *Research and measurement issues in gambling studies*, Academic Press, Burlington, MA.
- Petry, N.M. (2005). *Pathological Gambling: Etiology, Comorbidity and Treatment*. American Psychological Association, Washington DC.
- Schüll, N.D. (2012). *Addiction by design: Machine Gambling in Las Vegas*. Princeton University Press. New Jersey. (Trad. it. *Architetture dell'azzardo: Progettare il gioco, costruire la dipendenza*. Luca Sossella Ed., Bologna. 2015).
- Schultz, W., Dayan, P., Montague, P.R. (1997). A neural substrate of prediction and reward. *Science*, 275(5306): 1593-1599.
- Skinner, B.F. (1980-1990). *Adventures in The SkinnerBox: Operant conditioning (Dove Example)*. Filmato visibile su YouTube dal 24 gennaio 2011. https://www.youtube.com/watch?v=CtoH5tlr-bI&ab_channel=AdvertEnticement
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan, New York.
- Wikipedia: https://it.wikipedia.org/wiki/Burrhus_Skinner (consultato il 14 settembre 2022)

Riscontri e approfondimenti sui costi sociali della patologia da gioco d'azzardo nella quotidianità delle famiglie, nelle relazioni interpersonali significative e nei contesti di vita.

Daniela Capitanucci, Psicologa, Psicoterapeuta;
Roberta Smaniotto, Psicologa, Psicoterapeuta

Gli ultimi decenni hanno visto numerosi cambiamenti nel settore di cui ci occupiamo. Cercheremo di trattarli riassumendo ciò che ha colpito le autrici scriventi, tra passato, presente e futuro atteso, e mettendo in luce alcuni spunti offerti da ALEA nel corso degli anni.

Il passato: lo stato dell'arte della questione

Nel 2013, primo anno di pubblicazione dell'ALEA Bulletin, era già chiaro alle scriventi che quanto stava accadendo in Italia in quel periodo (Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, c.d. "Decreto Balduzzi" che prevedeva, tra l'altro, anche l'Istituzione dell'"Osservatorio per il contrasto della

diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave"), seppur apprezzabile, in quanto andava a colmare un vuoto generatosi sin dall'inizio degli anni 2000, era tardivo. I punti qualificanti del decreto Balduzzi erano rappresentati dall'importante e doverosa decisione di inserire il gioco d'azzardo patologico nei livelli essenziali di assistenza, dalla limitazione della pubblicità, dalla diffusione di informazioni sui rischi di dipendenza e dal rafforzamento della protezione dei minori, in particolare con il divieto dell'accesso del minore di anni 18 nelle sale prevalentemente o totalmente dedicate al gioco d'azzardo. Tuttavia lo Stato aveva evitato

di scorporare definitivamente le politiche di gioco responsabile e di prevenzione del gioco patologico dalle competenze dell'AAMS-Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato (in seguito, ADM-Agenzia delle Dogane e dei Monopoli), attribuendole al Ministero della Salute; rinunciato a ridisegnare il modello distributivo dei giochi e assegnare alle amministrazioni locali specifici poteri di limitazione e controllo; evitato di individuare un metodo per la risoluzione di controversie generate dal conflitto di interesse tra settori dello Stato a pari dignità e tra Stato e amministrazioni locali; rinunciato a introdurre norme concrete volte alla protezione delle famiglie dei giocatori eccessivi, ad esempio attraverso meccanismi di autoesclusione, ma anche attraverso la garanzia di fornire supporto specifico, mirato e competente alla tutela, anche giuridica, nei casi di indebitamento e bancarotta legati alla perdita di controllo sul comportamento di gioco d'azzardo di un membro familiare. Anche l'istituzione dell'"Osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave" conteneva in nuce alcune criticità operative. Tra queste, il fatto che la previsione della partecipazione ai lavori dell'Osservatorio sarebbe stata a completo titolo gratuito non essendo previsto nemmeno il rimborso delle spese di trasferta. Veniva sancito in tal modo un discrimine tra i membri, stante che taluni vi partecipavano in funzione del proprio ruolo istituzionale, altri a titolo di volontari. Non venivano definiti purtroppo, neppure

in termini generali, i criteri per individuare i componenti dell'Osservatorio. Ciò, in seguito, avrebbe avuto conseguenze rilevanti, come alcuni esponenti che hanno rivendicato anche per vie legali il proprio diritto a far parte dell'organismo, chiedendo contestualmente anche l'esclusione di altri soggetti invece ricompresi. A questa mancanza si associava quindi anche la possibile confusione operativa relativamente ai compiti istituzionali assegnati all'Osservatorio, con le ovvie ricadute pratiche. Negli anni seguenti (in particolare nel biennio 2014/2016) si è cercato di portare all'attenzione della politica italiana l'importanza di attuare le best practices internazionali, scientificamente documentate, finalizzate alla riduzione dei danni dell'azzardo, non più negabili (vedi Ladouceur et al., 2003; Ladouceur, 2005; Cantinotti & Ladouceur, 2008; Williams et al., 2010 e 2012). Un pensiero complessivo avrebbe dovuto prevedere l'adozione di un modello organizzativo che a fronte di un'analisi effettiva di costi e benefici, avrebbe dovuto, e dovrebbe, disciplinare integralmente l'offerta del gioco d'azzardo, la prevenzione di fenomeni distorti collegati al gioco d'azzardo offerto legalmente, la cura della patologia e il sostegno alle famiglie coinvolte. Invece, il rapporto tra la sproporzionata offerta di gioco d'azzardo legale e le conseguenze sfavorevoli sui cittadini, le famiglie e la collettività è stato del tutto trascurato, ulteriormente aggravando quanto si è prodotto negli anni: e cioè il divario esistente tra epidemia di azzardo tra i cittadini e le famiglie che si ammalano in modo crescente, con tutte le

conseguenze del caso, e l'immobilismo delle politiche socio-sanitarie di assistenza e presa in carico di tali persone, che rimangono senza supporto competente, imbrigliate in una diatriba che porta i riflettori altrove. Come autrici del presente contributo, osservando in retrospettiva quanto avvenuto, riteniamo che i risultati conseguiti sin qui siano stati piuttosto fallimentari. Potremmo chiederci ad esempio, se siamo riusciti a far promulgare leggi utili. Oppure, se siamo riusciti a dar voce ai familiari, che sono l'anello debole della catena del disordered gambling. Ma neppure siamo serene nel poter affermare di essere riusciti ad avere operatori qualificati, in grado quanto meno di accogliere in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale con professionalità specialistica e protocolli validati i pazienti affetti da questo disturbo, carico di peculiarità e tecnicità da conoscere in profondità, stante il trend inarrestabile di sviluppo dell'offerta e della spesa (cioè, le perdite al gioco d'azzardo). Torniamo alla cornice e a come è stato trattato il gambling e, conseguentemente, il gambling disorder, nel nostro Paese. La prima fase, a partire dal 2003 almeno fino al 2011 è stata lunga: il gioco d'azzardo patologico NON ha potuto esistere. Quando il problema della patologia da gioco d'azzardo ha assunto proporzioni così rilevanti da non poter più essere nascosto come la polvere sotto il tappeto, ecco l'ingresso nella seconda fase (2011): esiste la "Ludopatìa", definizione a-scientifica, neologismo appositamente coniato, utile a tenere questa malattia lontano dai manuali clinici che pur la includevano

all'estero già dal 1980. Con la terza fase nel 2013 si sfiora l'assurdo. Compiono gruppi di professionisti che, tradendo il giuramento di Ippocrate, si adoperano per mitigare il peso di una patologia invasiva, recidivante, che comporta severe conseguenze per chi gioca e chi gli sta intorno. Il messaggio che trapela può essere sintetizzato così: "Sì, vabbè, il gioco d'azzardo patologico ... esiste. Però ... non esageriamo!". A volte è l'insipienza a fare da padrone. A volte legami di collaborazione, magari un po' subordinata, con l'industria. Si dovrà attendere sino al 2018/19 – quindici anni dopo la riorganizzazione dei giochi nel nostro paese, risalente al 2003 - per ottenere la prima indagine epidemiologica nazionale sulla prevalenza di comportamenti di gioco d'azzardo nella popolazione adulta e minorenni, a cura dell'Istituto Superiore di Sanità (Pacifci et al., 2019), in collaborazione con l'Amministrazione Dogane e Monopoli. L'abbinamento risulta singolare: parteciperanno questi ultimi anche agli studi epidemiologici sul consumo di tabacco e alcolici? Si percepisce una sorta di sudditanza e basso livello di indipendenza, a più livelli. Nel 2014 si pensa di applicare anche al campo del gioco d'azzardo il paradigma della «riduzione del danno», sviluppatosi nell'area delle dipendenze da sostanze anni prima, in particolare, per facilitare la prevenzione delle infezioni da HIV in soggetti utilizzatori di eroina per via endovenosa: con tale termine, si intendono tutte quelle politiche, programmi e pratiche il cui scopo è primariamente di ridurre le conseguenze negative dell'uso di sostanze psicoattive legali o illegali sulla

salute e sulla sfera sociale ed economica, senza necessariamente ridurre il consumo (Ball, 2007). Ciò va a beneficio degli utilizzatori, ma anche delle loro famiglie e dell'intera comunità. Per raggiungere questo obiettivo politici, ricercatori, operatori e consumatori mettendo a fuoco gli specifici rischi e danni associati all'uso di una peculiare sostanza, cosa causa questi rischi o danni, identificano anche cosa può essere fatto per ridurli. Già nel 2005 Ladouceur avvertiva però che, a differenza di quanto è possibile fare per il consumo di sostanze, relativamente al gioco d'azzardo non è plausibile ipotizzare la riduzione dei danni senza andare anche a modificarne significativamente la quantità, limitandone quindi il consumo, in termini di spesa, durata e frequenza. Anche Gainsbury e Blaszczynski (2012) evidenziavano la complessità di applicare questo paradigma al gioco d'azzardo, vista la multifattorialità che lo contraddistingue e offrivano una accurata disamina con alcune proposte operative. Dal 2016 sempre più le famiglie e i giocatori arrivano ai Servizi di cura, ma anche ai Servizi Sociali e agli sportelli di ascolto di enti no profit quali ad esempio la Caritas, spesso con quadri molto complessi, importanti indebitamenti, situazioni in cui l'equilibrio psichico e relazionale è stato fortemente compromesso, con devastazioni che è difficile immaginare. I danni si estendono dalla sfera individuale del giocatore, a cerchi concentrici, a tutti gli altri ambiti con i quali si relaziona, con una intensità direttamente proporzionale alla vicinanza relazionale tra giocatore e terzi in causa. È richiesto dunque un altissimo livello

di specializzazione sulla patologia per trattare in modo adeguato queste situazioni, che prevedono anche l'integrazione di operatori esperti molto diversi tra loro, per formulare piani di cura adeguati: psicologi, assistenti sociali, psichiatri, educatori professionali, ma anche avvocati, giudici tutelari, e diverse altre figure utili al percorso di presa in carico. Ribadiamo un concetto importante per stimare l'ampiezza e pervasività dei danni gambling-correlati: la diffusione a cerchi concentrici dal giocatore al suo ambiente di vita sociale coinvolge qualsiasi processo relazionale che lo veda implicato. Da qui, la necessità di integrazione multidisciplinare. Impossibile comprendere una parte, senza ricostruire un tutto. Nel 2017 il Disturbo da Gioco d'Azzardo (in particolare per tramite di VLT, AWP, Gratta e Vinci, 10 e lotto) è ormai diventata una vera e propria "malattia infettiva" con tassi di trasmissibilità, virulenza, incidenza e prevalenza preoccupanti, e tassi di mortalità economica e delle relazioni familiari incredibilmente simili a quelle di virus quali Ebola, HIV, Herpes genitale, HPV papilloma virus. Mentre di fronte ai problemi dell'infettivologia solitamente lo Stato si preoccupa di fornire cure, vaccini e profilassi adeguate, nel caso del virus DGA (Disturbo da Gioco d'Azzardo) lo Stato per ricavare denaro si spinge al punto di promuovere ed appaltare situazioni che mettono la popolazione a rischio di malattia per trarre vantaggi erariali e, forse per non ammettere le proprie contraddizioni, nemmeno stanziando risorse economiche adeguate a fornire cure e assistenza. Questa situazione (il rapporto tra

la sproporzionata offerta di gioco d'azzardo legale e le conseguenze sfavorevoli sui cittadini, le famiglie e la collettività) aggrava ancora di più la spaccatura tra epidemia di azzardo e immobilismo delle politiche socio-sanitarie di assistenza e presa in carico, già evidenziata nel biennio precedente. Nel 2018, tramite l'ALEA Bulletin si evidenzia quanto nel nostro paese misurare il «peso del gioco d'azzardo», non sia un'area di interesse, studio e ricerca, anche se cominciava ad essere attenzionata nel quinquennio precedente in alcune nazioni (Svizzera, Francia, Australia e Nuove Zelanda in particolare). In queste realtà straniere, per la prima volta veniva formalizzata la definizione di «danno gambling-correlato», cioè, una qualsiasi conseguenza avversa (iniziale o esacerbata) dovuta ad un coinvolgimento nel gioco d'azzardo che porta a un decremento della salute o del benessere di un individuo, di una famiglia, di una comunità o di una popolazione. Il nostro paese è però ancora all'ABC: conoscere la realtà di chi e quanto gioca d'azzardo, distinguendo tra non giocatori, consumatori occasionali non problematici e giocatori affetti dal DGA. Come si accennava prima, il 2018 è l'anno in cui viene avviata, finalmente, la prima indagine epidemiologica nazionale condotta dall'Istituto Superiore di Sanità, sulla prevalenza di comportamenti d'azzardo e di gambling problematico nella popolazione adulta e minorenne, mai più replicata da allora. In precedenza, comunque, non vanno dimenticati pregevoli sforzi più o meno ampi per mappare l'ampiezza del problema, ad opera di vari organismi (dettati dalla consapevolezza

che tale base di partenza fosse necessaria per qualsiasi riflessione e azione da intraprendere): dal CNR, che in raccordo con l'Europa inserisce quesiti specifici sui comportamenti di gioco d'azzardo sin dalla fine degli anni 2000 (si veda tra gli altri il rapporto di Cerrai et al., 2018), a soggetti del pubblico o del privato sociale, che a livello locale raccolgono dati di prevalenza per meglio affrontare la domanda di cura (ad esempio, solo per menzionare studi epidemiologici ai quali abbiamo direttamente partecipato, Capitanucci et al., 2005, sulla realtà pavese; Capitanucci, 2009, nel territorio della Brianza).

Arrivati al 2019, alcuni disastri dell'azzardo andato oltre il limite non sono più mascherabili. Tra questi, l'emergenza delle famiglie vittime nell'area del denaro (sottrazione di soldi o oggetti di valore in casa, o dal portafoglio dei congiunti; episodi non rari in cui vengono venduti ori di famiglia o oggetti preziosi, o vengono utilizzati per giocare denari riservati ad altri fini: si pensi ai risparmi di anni finalizzati a costruire la dote scuola per un figlio, oppure per acquistare una casa dove ritirarsi all'atto del pensionamento, o il prosciugamento dei conti correnti propri o altrui, anche fuori dalla famiglia, da parte di chi amministra denaro di terzi). Ma oltre ai soldi, comincia a farsi strada un'altra dimensione pregnante messa sotto attacco dall'azzardo. È l'area della perdita di controllo sulla gestione del tempo: l'azzardo infatti, come segnalavano sia Ladouceur (2003) sia Fiasco (2016), consuma anche tempo e tale consumo, quando eccessivo, provoca danni gravi, sebbene talvolta poco visibili: ad esempio, provoca trascuratezza

nei confronti dei soggetti fragili, magari dei figli minori, con spiccate carenze affettive ed educative; anche l'area della violenza domestica sboccia tra quelle da attenzionare: alla base, la conflittualità quotidiana nei contesti relazionali dei giocatori che può portare ad esasperazione e atti estremi.

Il presente: situazione attuale e differenze rispetto a prima

La pandemia da CoViD-19 ha letteralmente cambiato il nostro modo di affrontare le cose. E il periodo di lockdown, con quasi tutti i punti gioco chiusi, ha involontariamente creato un "laboratorio a cielo aperto" durante il quale i giocatori patologici in trattamento "land-based", cioè quelli che praticavano giochi d'azzardo nei vari locali cittadini, e che erano in carico ad un servizio di cura, non hanno avuto la possibilità di giocare e sono stati bene, sono "rinati" (Avanzi et al., 2020; Donati et al., 2021). A differenza loro, per i familiari è stato più difficile rasserenarsi e godere di questa sospensione, in particolar modo per l'incertezza del futuro (Donati et al., 2022). Questo ci deve far riflettere ancora una volta sui danni gambling correlati, più persistenti e tossici di quanto forse si possa immaginare, contemplando non solo i giocatori, ma sempre anche tutto il loro entourage relazionale. Usciti dal lockdown, però sta tornando tutto come prima. Quali differenze rispetto al passato?

Pare che quasi nessuno abbia fatto tesoro degli aspetti positivi della bolla "di sospensione", quasi senza occasioni di gioco d'azzardo, creatasi durante il lockdown. Non lo hanno

fatto i giocatori, che nuovamente allettati sono tornati a contribuire alla raccolta dal gioco d'azzardo in valori monetari assimilabili al periodo pre-pandemico. Non lo hanno fatto i clinici, che hanno visto rifiorire le richieste di aiuto che erano drasticamente diminuite, trovandosi nuovamente a lavorare in un contesto ambientale decisamente sfavorevole alla cura, vista l'esposizione indiscriminata dei giocatori patologici in trattamento ai trigger dell'azzardo di massa. Non lo ha fatto la politica: che senso ha concentrarsi sulla cura quando essa è un percorso a ostacoli per i pazienti? I familiari (AFMs, affected family members) che forse erano gli unici ad avere vissuti anticipatori che una simile situazione post lockdown si sarebbe verificata, e cioè, il ritorno al passato, se non peggio, sono ripiombati esattamente nel vortice di sofferenza che si erano attesi: inascoltate Sibille che ben avevano dipinto ciò che sarebbe accaduto con le riaperture. Invece, certamente, se ne è avvalsa l'industria: anche loro hanno osservato con attenzione quanto accaduto nel lockdown, cose imprevedute, come ad esempio un aumento del gioco online che tuttavia non andava ad assorbire in toto quello terrestre non offerto (al punto che sono state formulate congetture in favore dell'ipotesi di un aumento di gioco d'azzardo illegale, difficile da misurare oggettivamente). Hanno trovato molti spunti sia per riorientare il mercato, sia per corroborare nuove alleanze necessarie a rinverdire la loro posizione egemonica, e gettare le basi per un nuovo e meglio organizzato "arrembaggio" per fidelizzare sempre nuovi consumatori. Ad esempio, si

discute nuovamente sull'abrogazione del divieto di pubblicità dettato dal c.d. "Decreto Dignità" (Legge N. 96/2018), già comunque aggirato abilmente di nuovo attraverso l'utilizzo di opportune manipolazioni semantiche (Capitanucci, 2021).

Evoluzione verso il futuro e conclusioni: trend di sviluppo, previsioni ed auspici, il ruolo di Alea, lo scenario ipotizzabile

Quale futuro ci aspetta? Azzardiamo un pensiero disilluso, permetteteci. Dopo così tanti anni di studio e attenzione al fenomeno, e così pochi risultati raggiunti a tutela dei giocatori d'azzardo e delle loro famiglie, e di tutto il sistema sociale, non riusciamo a fare altro che auspicare che venga preso davvero in considerazione il tema, per arginare danni ormai divenuti inestimabili. Diventa un'emergenza, temiamo nuovamente inascoltata, riportare il focus delle politiche sull'azzardo nel nostro paese sulla protezione della salute pubblica e privata, anche a partire dalla diversa organizzazione dell'offerta, per garantire che i soggetti fragili (giocatori eccessivi e patologici), le loro famiglie e i minori in senso lato (sia giovani giocatori, sia giovani vittime di gioco d'azzardo passivo) siano finalmente posti al centro. Il cuore delle politiche sul gioco d'azzardo va estromesso dall'egida del MEF e ricondotto ai ministeri competenti (Salute in primis, ma anche Sociale, Famiglia, Istruzione, Interni, ...), rinunciando al principio dell'invarianza di gettito per le casse dello Stato: come diceva Ladouceur (2005), "riduzione del danno" nel gioco d'azzardo vuol dire "giocare meno",

e ciò si applica anche alle linee guida per la politica. È impossibile ridurre i danni, se non si riduce il consumo e se non si riduce l'offerta, strettamente legata al consumo. La nostra associazione ALEA non potrà che continuare a sostenere, come ha fatto anche in passato, una doverosa attenzione al tema, ed in particolare alle famiglie dei giocatori d'azzardo. Un pensiero complessivo prevede l'adozione un modello organizzativo che a fronte di un'analisi effettiva di costi e benefici, disciplini integralmente l'offerta del gioco d'azzardo, la prevenzione di fenomeni distorti collegati al gioco d'azzardo offerto legalmente, la cura della patologia e il sostegno alle famiglie coinvolte. In estrema sintesi: qual è l'apporto fornito dal mercato del gambling alla costruzione del benessere collettivo del sistema Paese-Italia, sulla base di uno sfruttamento privato compiuto in regime di concessione, che mette al riparo l'industria (ormai spesso delocalizzata) da ogni contestazione di responsabilità? Solo nella risposta a questa domanda possono iscriversi e parametrarsi le politiche auspicabili a tutela della collettività. È dunque necessario porsi l'obiettivo di stimare quanto prima i danni da gioco d'azzardo, quali la sofferenza individuale (che può sfociare in depressione e suicidio), la sofferenza del contesto (familiare, amicale, lavorativo e sociale più in generale), le perdite economiche e i costi che ricadono sulla salute pubblica, oltre che su quella privata. Tutti questi costi parrebbero essere piuttosto nascosti, poco visibili e non molto indagati. Ma, purtroppo, ancora non vi parrebbe essere interesse in Italia a farlo, al contrario di

quanto accade all'estero già da diverso tempo.

Bibliografia

- Avanzi M. (2017). Disturbo da gioco d'azzardo. Una malattia infettiva? ALEA Bulletin. Volume 5. Numero 1.
- Avanzi M., Calabrese A. e Cabrini S. (2020). Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) al tempo della pandemia di COVID-19: Il punto di vista dei SerDP. Alea Bulletin. Volume 8. Numero 3.
- Ball A. (2007). HIV, injecting drug use and harm reduction: A public health response. *Addiction*. 102(5):684-90. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2007.01761.x.
- Bellio G. e Capitanucci D. (2013). La fatica di normare il gioco d'azzardo lecito in Italia, tra bisogni di salute e conflitti di interesse: commento tecnico-scientifico sugli aspetti inerenti il GAP contenuti nel Decreto Balduzzi. ALEA Bulletin. Volume 1. Numero 1.
- Bellio G. e Capitanucci D. (2015). Dal deserto dei tartari, all'assalto alla diligenza. Quattro anni di evoluzioni attorno al gioco d'azzardo in Italia, tra scientismo, inciuci e approssimazione. ALEA Bulletin. Volume 3. Numero 1.
- Cantinotti M. e Ladouceur R. (2008). Harm Reduction and Electronic Gambling Machines: Does this Pair Make a Happy Couple or is Divorce Foreseen? *Journal of Gambling Studies*. 24(1):39-54. DOI: 10.1007/s10899-007-9072-6
- Capitanucci D., Capelli M., Biganzoli A., Smaniotto R., Alippi M. (2005), "Il gioco d'azzardo nel territorio", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, XXXV, n. 1, pp. 12-18.
- Capitanucci D. (2009). "L'azzardo e lo Stato", in Asl Mi3 Conti S., Marzo R. et al. AAVV, *Divertimento e dipendenza: il rischio e l'azzardo. Indagine sui comportamenti di gioco ed esperienze cliniche dell'équipe G.A.P.* Franco Angeli Ed. Milano.
- Capitanucci D. (2013). Il mondo sta negli occhi di chi guarda. ALEA Bulletin. Volume 1. Numero 2.
- Capitanucci D. (2013). Giocare con le parole, azzardare con la cura. ALEA Bulletin. Volume 1. Numero 3.
- Capitanucci D. (2014). Distretto Azzardo Italia. Dentro o fuori il mondo scientifico? ALEA Bulletin. Volume 2. Numero 1.
- Capitanucci D. (2014). Quando il saggio indica la luna, lo stolto guarda il dito. ALEA Bulletin. Volume 2. Numero 2.
- Capitanucci D. (2016). Riflessioni, provocazioni e prospettive per rimettere qualche puntello necessario (ma non sufficiente) alla comprensione di un fenomeno complesso. ALEA Bulletin. Volume 4. Numero 3.
- Capitanucci D. (2017). Gioco: teorie contrapposte, prassi congelate. ALEA Bulletin. Volume 5. Numero 1.
- Capitanucci D. (2018). Gioco d'azzardo: qualità della vita e danni collaterali. ALEA Bulletin. Volume 6. Numero 1.
- Capitanucci D. (2019). La rete familiare in sofferenza prima e nel trattamento del giocatore delinquente. ALEA Bulletin Volume 7. Numero 1.
- Capitanucci D. (2021). Dentro gli schemi... fuori dagli schemi: Fatta la legge, trovato l'inganno! ALEA Bulletin, Volume 9. Numero 1.
- Cerrai S., Resce G. e Molinaro S. (2018). Consumi d'azzardo 2017. Rapporto di Ricerca sulla diffusione del gioco d'azzardo fra gli italiani attraverso gli studi IPSAD® ed ESPAD® Italia. Consiglio Nazionale Delle Ricerche IFC: Istituto di Fisiologica clinica.
- Croce M. (2016). Riflessioni conclusive e istruzioni per l'uso. ALEA Bulletin. Volume 3. Numero 1.
- Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 - decreto Balduzzi. Convertito in legge 8 novembre 2012, n.

- 189.
- Donati M.A., Cabrini S., Capitanucci D., Primi C., Smaniotto R., Avanzi M., Quadrelli E., Bielli G., Casini A., Roaro A. (2021). Being a Gambler during the COVID-19 Pandemic: A Study with Italian Patients and the Effects of Reduced Exposition. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 424. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020424>.
 - Donati M.A., Capitanucci D., Beccari C., Smaniotto R., Quadrelli E., Casini A. e Primi C. (2022). What About Affected Family Members of Disordered Gamblers During the COVID-19 Pandemic? A Study in Italy During the Lockdown Restrictions. *Frontiers in Psychology*, ORIGINAL RESEARCH published: 26 April 2022, doi: 10.3389/fpsyg.2022.801835.
 - Fiasco M. (2016). Dopo il congresso di Milano. *ALEA Bulletin*. Volume 3. Numero 1.
 - Gainsbury S. e Blaszczynski A. (2012) Harm minimisation in gambling. In R. Pates & D. Riley (Eds). *Harm reduction in substance use and high-risk behaviour: International Policy and Practice*. Oxford: Wiley-Blackwell. Pp. 263-278.
 - Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C., Doucet C. (2003). Il gioco eccessivo. Comprendere e sconfiggere il gambling, (traduzione italiana del testo in lingua originale "Le jeu excessif. Comprendre et vaincre le gambling" di 2000, Editions de l'homme), Centro Scientifico Editore, Torino.
 - Ladouceur R. (2005). Controlled gambling for pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*. 21(1):49-59. doi: 10.1007/s10899-004-1923-9.
 - Legge N. 96/2018 - D.L. 12 luglio 2018, n. 87 Convertito Legge 9 Agosto 2018, n. 96. Testo Del Decreto-Legge 12 Luglio 2018, n. 87 (in G.U. Serie Generale n. 161 del 13-07-2018), Coordinato con la Legge di Conversione 09-08-2018, n. 96, Recante: «Disposizioni Urgenti per la Dignità dei Lavoratori e Delle Imprese». C.d. Decreto Dignità. G.U. n. 186 Del 11-08-2018. Disponibile online: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/08/11/18A05455/sg>.
 - Pacifici R., Mastrobattista L., Minutillo A., Mortali C (Ed.). (2019). *Gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione: risultati di un progetto integrato*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2019. (Rapporti ISTISAN 19/28).
 - Williams R. J. e Volberg, R.A. (2010). *Best Practices in the Population Assessment of Problem Gambling*. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre. Guelph, Ontario, CANADA. March 31, 2010. <https://hdl.handle.net/10133/1259>
 - Williams R.J., West B.L. e Simpson R.I. (2012). *Prevention of Problem Gambling: A Comprehensive Review of the Evidence and Identified Best Practices*. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care. <http://hdl.handle.net/10133/3121>

Disturbo da Gioco d’Azzardo: il trattamento in ambito privato

Claudio Dalpiaz
Psicologo, Psicoterapeuta libero professionista

“La mia indipendenza, che è la mia forza,
implica la solitudine, che è la mia debolezza”
Pier Paolo Pasolini

In Italia, la storia dello sviluppo dei servizi di cura per le persone con disturbi da gioco d’azzardo (d’ora in poi DGA nel testo) coincide sostanzialmente con la storia dell’Associazione Alea, fondata nel 2000 da Riccardo Zerbetto e Mauro Croce. Negli anni precedenti si andavano affacciando esperienze puntiformi di studio, ricerca ed intervento su questo tema, ma solo a partire dal nuovo millennio (forse proprio dal Congresso “Il gioco e l’azzardo” (M. Croce, R. Zerbetto (2001), fondativo per la nostra associazione), l’interesse per la materia ha iniziato a coordinarsi in una dimensione collettiva, di rete, nella quale le occasioni di confronto e di collaborazione si sono via via moltiplicate. Diversi Servizi per le Tossicodipendenze (al tempo questa era la definizione) e diversi Centri di Salute Mentale, in numerose regioni, hanno progressivamente

garantito accesso e cura al crescente numero di persone che manifestavano disagio o patologie connesse al gioco d’azzardo, e ciò molti anni prima dell’effettivo riconoscimento nei livelli essenziali di assistenza del Sistema Sanitario Nazionale (LEA, GU 65/2017). In leggero anticipo (liberi da vincoli istituzionali ed operativi) prendevano piede servizi di ascolto, orientamento e cura gestiti da enti del terzo settore, da imprese private, o da persone operanti in regime libero professionale (queste ultime, come facilmente intuibile, sono le prime ad aver ricevuto ed accolto richieste di aiuto, ben prima dell’avvento di servizi strutturati, pubblici o privati che fossero). In questo breve scritto intendo cercare di riassumere alcune osservazioni di base in merito a ciò che caratterizza l’ambito privato dei servizi di cura per i DGA e le

sue evoluzioni, in ragione dei cambiamenti intersorsi nel panorama complessivo dei servizi nonché delle acquisizioni che abbiamo visto maturare in ambito scientifico.

Analisti e terapeuti: dalla solitudine al lavoro di rete

Sappiamo che il gioco d'azzardo è più antico della storia e che non ci è possibile ricostruire con chiarezza le tracce del suo sviluppo nelle società umane. Del resto, anche negli altri animali riscontriamo comportamenti di assunzione di rischio che implicano la “messa in gioco” di risorse ad alto valore (es.: cibo) per ottenerne, “forse”, una quantità maggiore oppure per offrirsi “qualche probabilità” di accedere ad altre forme di gratificazione (McCoy, A. N., Platt, M. L., 2005; Long, A. B., Kuhn, C. M., Platt, M. L., 2009; Moran, N. P., Sánchez Tójar, A., Schielzeth, H., Reinhold, K. 2021).

L'azzardo è quindi soltanto una delle forme in cui la propensione al rischio si esprime (le dinamiche di evitamento/propensione in relazione ai rischi sono profondamente radicate psico-neuro-biologicamente in quanto implicate nel determinarsi di risvolti sul piano evolutivo (Anselme, P., 2013; Mishra, S., Lalumière, M. L., 2010; McDermott, R., Fowler, J. H., Smirnov, O., 2008; Mishra, S., Barclay, P., Lalumière, M. L., 2014). Come quasi ogni altro comportamento, la propensione al rischio si palesa in natura a vari gradi su un continuum che va dall'evitamento al parossismo, in una distribuzione

prevedibilmente gaussiana nella quale le manifestazioni estreme sono circolarmente concausa e conseguenza di svantaggio/disagio. Le forme di svantaggio/disagio/patologia osservabili in relazione al gioco d'azzardo (abuso, dipendenza) unitamente alla coorte di componenti/correlati che le accompagnano (disturbi d'ansia o dell'umore, rovina finanziaria, malessere relazionale, scarsa cura di sé, ...), sono state storicamente affrontate dapprincipio con gli strumenti della repressione (Faris, S. B., 2012), della stigmatizzazione (Sebastian Brant, 1494) e del sanzionamento.

Possiamo forse rinvenire qualche traccia di osservazioni “pietose” e/o di tentativi ingenui di contenimento dei comportamenti di gioco d'azzardo, ma il primo chiaro tentativo di studio, la prima forma di attenzione e “cura”, è credo da identificarsi, nel XV° secolo in Pascasius, il cui testo “ALEA. De curanda ludenti in pecuniam cupiditate” è stato ben commentato da Mauro Croce (2022) nel primo numero di Alea Bulletin di quest'anno. Rinvilandovi al testo di Croce per una disamina esaustiva, riassumo qui soltanto un concetto chiave per il nostro presente interesse: Pascasius, pur medico in un'epoca in cui la medicina era ancora fondata prevalentemente su dottrine galeniche, individuava nella parola lo strumento principe della cura per chi fosse travolto da comportamenti d'azzardo apparentemente incontrollabili. Di fatto, egli anticipa l'avvento dei trattamenti psicoterapeutici e inizia a proporre una qualche forma di “ristrutturazione cognitiva”, benché ancora intrecciata con posizioni di tipo “morale”.

Bisognerà poi aspettare parecchio tempo per veder maturare analisi e interpretazioni più raffinate di questo fenomeno e sarà soltanto con l'avvento della psicoanalisi, agli inizi del novecento, che appariranno le prime vere e proprie "prese in carico" a scopo terapeutico.

Anziché soffermarmi sulle interpretazioni psicoanalitiche relative al gioco d'azzardo compulsivo (Lindner, R. M., 1950; Rosenthal, R. J., 2015; Simmel, E. 1920; Bergler, E., 1958) vorrei qui centrare l'attenzione sul fatto che questi primi report di studio e trattamento delle problematiche connesse con il gioco d'azzardo sono emersi quasi esclusivamente da esperienze di cura in contesti privati, libero professionali, in setting individuali. Il terapeuta/analista del tempo (spesso con un percorso formativo in medicina e psichiatria antecedente agli studi psicoanalitici ed all'analisi didattica) riassumeva in sé competenze di varie discipline ed accompagnava il percorso di cambiamento dei suoi pazienti con il solo conforto (non sempre presente) dello scambio di vedute fra colleghi indipendenti (per quanto talvolta legati alla "dottrina" delle scuole psicoanalitiche di riferimento).

Oggi le cose sono molto cambiate, e non soltanto per le trasformazioni che sono intercorse nel mercato dei giochi d'azzardo: certo, siamo a questo punto immersi in una dimensione globale nella quale sono superati (o in via di superamento definitivo) i confini spaziali e temporali delle opportunità di azzardo (e ben poco, a lungo termine, potranno fare i tentativi di contenimento regolatorio in questo senso), ma egualmente, non hanno

più confini le offerte di consulenza, diagnosi e trattamento (la pandemia di SARS-CoV-2 ha impresso un impulso irreversibile ai servizi online). Infine, soprattutto, abbiamo assistito ad una espansione vertiginosa delle conoscenze scientifiche e della loro disponibilità, ormai ubiquitaria, nonché delle possibilità di collaborazione. La cooperazione (anche negli ambiti privati libero professionali) è anzi diventata imprescindibile, in considerazione del ramificarsi delle specializzazioni sia sul piano delle conoscenze sia su quello delle competenze operative (in ambito di dipendenze, anche senza sostanza, a vari livelli si rendono necessari interventi di medicina, psichiatria, psicologia, psicoterapia, servizi sociali, counselling finanziario, amministrazione di sostegno, ...).

Sul piano clinico, essere orientati al lavoro di rete e saper motivare le persone in cura ad avvalersi delle diverse professionalità e competenze che la compongono è quindi attualmente buona norma per operare in scienza e coscienza; in ambito di ricerca, va da sé, ciò è ulteriormente indispensabile poiché i fenomeni disfunzionali che emergono in relazione all'azzardo così come all'uso di sostanze psicotrope sono anche materia di indagine sociologica, antropologica, demografica, economica, criminologica. Anche chi opera nel privato del proprio studio ha quindi sempre più necessità non solo di confrontarsi con altre/i colleghi (nelle forme della supervisione, dell'intervisione, dello scambio di osservazioni e pareri) ma anche di collaborare fattivamente con professioniste/i

di altre discipline nella stessa maniera in cui ciò avviene nell'ambito del SSN o di altri sistemi di cura (cliniche, privato sociale, ...). Traspongo in questo contesto ciò che diceva Pier Paolo Pasolini: "La mia indipendenza, che è la mia forza, implica la solitudine, che è la mia debolezza", e aggiungo: operare in un'ottica di rete serve a controbilanciare quella solitudine nella quale tuttavia si esprimono anche elementi di valore (libertà, autonomia, elasticità, ...), che è necessario tentare di preservare nei contesti dove la cura tende progressivamente a istituzionalizzarsi. Non ho, né credo esistano, dati attendibili circa la distribuzione delle richieste di aiuto per DGA sul ventaglio di opzioni di presa in carico disponibili territorialmente (incluso i servizi libero professionali, privati, online, ...). Né sono riuscito a reperire dati aggiornati e precisi sulla numerosità delle persone in carico oggi al SSN per DGA (mi stupisco che nel 2022 non esistano database del Ministero della Salute aggiornati e disponibili in tempo reale). Possiamo invece (grazie a studi di prevalenza precedenti (Barbaranelli, C., Vecchione, M., Fida, R., & Podio-Guidugli, S., 2013; Pacifici, R., Giuliani, M., La Sala, L., 2018) o svolti in contesti comparabili (Erbas, B., Buchner, U. G., 2012; Stucki, S., Rihs-Middel, M., 2007; Economou, M., Souliotis, K., Malliori, M., Peppou, L. E., Kontoangelos, K., Lazaratou, H., Papageorgiou, C., 2019; Abbott, M. W., 2020) stimare molto al ribasso (1%), in circa 600.000, il numero delle persone che giocano d'azzardo con modalità problematiche in Italia. Generalmente, gli studi scientifici disponibili

ci dicono inoltre che meno del 10% fra chi sviluppa un DGA chiede aiuto (Loy, J. K., Grüne, B., Braun, B., Samuelsson, E., Kraus, L., 2018).

Un dato di cui non disponiamo è la percentuale di persone che anziché presentarsi ai servizi di cura preposti dal SSN si rivolge a strutture e/o professionisti/e privati. L'impressione generale che ricavo dalla mia personale esperienza è che buona parte di coloro che cercano aiuto per DGA lo faccia quantomeno inizialmente in contesti privati, nel tentativo di minimizzare l'esposizione del proprio disagio, a causa dello stigma esperito, percepito, interiorizzato (Andrà, C., Priolo, G., Merlin, F., Chiavarino, C., 2022; Dąbrowska, K., Wieczorek, Ł., 2020), che spesso ritarda o interferisce con l'avvio delle cure. Fra i primi compiti di chi, nel privato come nel pubblico, accoglie queste richieste di aiuto, ci sarà quindi quello di condurre alla destrutturazione dell'auto-stigma ed a ridefinire su basi realistiche modalità equilibrate di esposizione sociale, nelle quali il rispetto di sé, la consapevolezza di malattia ed il diritto di rappresentare i propri bisogni si accompagnino alla necessaria auto-tutela in relazione alle discriminazioni che purtroppo esistono. Se, sulla base di inferenze ricavate per analogia dagli studi esistenti, consideriamo quindi presumibile una popolazione di circa 30.000 "treatment seekers" (persone con DGA che cercano/chiedono cure) in Italia, ci rendiamo subito conto di quanto sia importante perseguire un approccio di rete, multidisciplinare ed integrato. Sarebbe pertanto opportuno immaginare il

contributo di chi svolge la libera professione e quello degli operatori privati in genere come una funzione complementare al servizio pubblico: la capillarità/pervasività spazio-temporale con cui l'industria dell'azzardo è impegnata ad acquisire nuovi consumatori (parte dei quali si troverà a soffrire di DGA) non va solo contenuta sul piano regolatorio, ma controbilanciata da un'altrettanto capillare distribuzione di occasioni di sensibilizzazione, prevenzione e cura, nelle quali gli operatori privati (soprattutto professionisti/e ed ETS - enti del terzo settore) possono rappresentare un'estensione dell'offerta pubblica ed un mezzo di "drop in", di contatto ed invio alla rete dei servizi.

Proprio in questi giorni, nella Regione Lazio, si sta avviando un'esperienza di integrazione che, su impulso pubblico (Regione Lazio, tramite le ASP - Aziende Servizi alla Persona), vede impegnati numerosi ETS nella disseminazione di servizi di prossimità per persone affette da DGA (Gruppi di Auto Mutuo Aiuto guidati e interventi di unità Mobile, in raccordo con il SSN). Anche nella pratica strettamente privata assistiamo sempre più al fluido costituirsi di équipe multidisciplinari "di fatto", anche quando non vi è nessun ente ad organizzarle: personalmente, all'imprescindibile raccordo con colleghi/e del SSN, affianco rapporti di rete con professionisti/e di psichiatria, amministrazione di sostegno, consulenza legale e finanziaria, e con organizzazioni verso le quali poter orientare per attività complementari (sportive, culturali, di "appartenenza" associativa, ...).

"Strana gente voi psicologi" diceva Lorenzo Accame (Accame, L., 1993), compianto docente di Storia della Filosofia di cui sono stato allievo presso l'Università degli Studi di Padova, "costruite dei retini, li chiamate retini per "farfalle" e chiamate farfalle tutto ciò che vi trovate dentro dopo averli agitati in aria": si riferiva naturalmente alla rozza insufficienza delle diagnosi di fronte all'irriducibilità delle persone. Ne ho fatto accenno nel corso dell'expert meeting Alea di novembre 2020, sottolineando il fatto che due persone possono ricevere la stessa diagnosi di DGA senza che sia presente alcun criterio/sintomo condiviso. Siamo di fronte ad una grande complessità, che richiede l'articolazione di risposte altrettanto complesse, e le conoscenze scientifiche che abbiamo maturato negli anni ci consentono oggi di avvalerci di diversi strumenti/approcci/programmi e/o di orientare le persone che abbiamo in cura, a seconda delle loro necessità, verso interventi psicoeducativi (O'Neill, K., 2017; Buchner, U. G., Koytek, A., Arnold, M., Gollrad, T., Wodarz, N., 2013) puntiformi o maggiormente strutturati, strumenti di auto-aiuto (Bellio, G., Fiorin, A., Giacomazzi, S. (Eds.), 2011; Baumgartner, C., Bilevicius, E., Khazaal, Y., Achab, S., Schaaf, S., Wenger, A., Schaub, M. P., 2019), percorsi specifici per la prevenzione delle ricadute (Chen, P., Jindani, F., Turner, N., 2021; Witkiewitz, K., Bowen, S., Harrop, E. N., Douglas, H., Enkema, M., Sedgwick, C., 2014) esperienze di psicoterapia intensiva (Dalpiaz, C., Zerbetto, R., 2016), "pacchetti" di intervento circoscritti (Abbott, M., Hodgins, D. C., Bellringer, M., Vandal, A. C., Palmer Du Preez, K., Landon, J., Feigin,

V., 2018; Mooney, A., Roberts, A., Bayston, A., Bowden Jones, H., 2019), che talvolta presentano livelli di efficacia comparabili a quelli di interventi più consistenti (Quilty, L. C., Wardell, J. D., Thiruchselvam, T., Keough, M. T., Hendershot, C.S., 2019). Il tutto avendo ben presente che il DGA, come molte altre patologie psichiatriche, implica aspetti sistemico-familiari per affrontare i quali si rende spesso necessario il coinvolgimento della famiglia (a diversi livelli: psicoeducativo di base, o psicoterapeutico per le situazioni più complesse, e per le quali talvolta può essere raccomandabile orientare ad altro/a collega onde evitare i rischi connessi al sommarsi delle distinte funzioni). In ogni caso, sarà opportuno veicolare accurate informazioni in merito ai servizi pubblici esistenti, ed alla possibilità di avvalersene, in alternativa o in aggiunta al percorso terapeutico privato, eventualmente agevolando il contatto con i servizi territoriali di riferimento. Rendere edotta la persona in merito ai servizi esistenti e, ove consigliabile, ad avvalersene, contribuisce a generare una rete di sicurezza che mitiga gli effetti della propensione al drop out di questi pazienti. Più opzioni di trattamento il paziente percepisce come disponibili, più è probabile che possa individuare un contesto dove potersi affidare. Con pazienti diversi possiamo concordare obiettivi differenti: soprattutto nel contesto privato libero professionale, è più probabile che in corso d'opera si ravveda la necessità (e la disponibilità del paziente) di operare in senso terapeutico su aspetti strutturali di personalità, che vanno ben al di là della remissione dal sintomo/patologia specifico. A dire il vero,

ciò dovrebbe esser la norma, ma non sempre le risorse presenti lo consentono, né è sempre presente la disponibilità del paziente in questo senso. Fermarsi alla risoluzione dei sintomi, o alla loro regressione a livelli non diagnosticabili come patologia, non è in genere una buona scelta clinica in quanto espone a possibili ricadute e/o spostamento su altre dipendenze/sintomatologie. Infine, l'esperienza del lockdown per Sars-Cov2 ci ha forzato ad adottare con più convinzione gli strumenti di comunicazione per via telematica, che già da parecchio tempo erano stati utilizzati in maniera più sporadica, soprattutto per interventi di ascolto/contatto e/o per attività di ricerca. Incontrare fisicamente le persone è senza ombra di dubbio una modalità di lavoro più efficace, ed offre possibilità di lavorare in maniera più raffinata sul piano clinico, ma non sempre è necessario (o possibile): in molti casi anche gli interventi a distanza, online (Turner N.E., 2019; Smith N.D., Jones G. M., Lucia M. B. 2022; Dowling, N., Merkouris, S., Rodda, S., Smith, D., Lavis, T., Lubman, D., Battersby, M., 2018; Sanchez S., Jindani F., Shi J., Van Der Maas M., Hagopian S., Murray R., Turner N., 2019) possono rappresentare un valido strumento per le situazioni meno complesse o per garantire maggiori possibilità a chi, per svariati motivi, non potrebbe beneficiare diversamente di un supporto. E ancora una volta, il settore privato può qui giocare quel ruolo esplorativo nel quale gli assetti istituzionali dei contesti pubblici possono talvolta mostrare maggiore lentezza, a patto che ciò avvenga nel contesto di un confronto costante, non autoreferente, e

che siano per noi priorità sia l'offerta di servizi di alta professionalità alle persone che ne abbisognano, sia il consolidamento dei servizi sanitari pubblici e gratuiti, che vanno potenziati ed ai quali non ci si dovrà (potrà) mai sostituire.

Bibliografia

- Abbott M. W. (2020). The changing epidemiology of gambling disorder and gambling-related harm: public health implications. *Public health*, 184, 41-45
- Abbott M., Hodgins, D. C., Bellringer M., Vandal, A. C., Palmer Du Preez, K., Landon J., Feigin V. (2018). Brief telephone interventions for problem gambling: A randomized controlled trial. *Addiction*, 113(5), 883-895
- Accame L. (1993). *Introduzione all'etica*. Francisci.
- Andrà C., Priolo G., Merlin F., Chiavarino C. (2022). Differences in Perceived and Experienced Stigma Between Problematic Gamblers and Non-gamblers in a General Population Survey. *Journal of Gambling Studies*, 38(2), 333-351
- Anselme P. (2013). Dopamine, motivation, and the evolutionary significance of gambling-like behaviour. *Behavioural brain research*, 256, 1-4
- Barbaranelli C., Vecchione M., Fida R., Podio-Guidugli S. (2013). Estimating the prevalence of adult problem gambling in Italy with SOGS and PGSI. *Journal of Gambling Issues*, (28), 1-24
- Baumgartner C., Bilevicius E., Khazaal Y., Achab S., Schaaf S., Wenger A., Schaub M. P. (2019). Efficacy of a web-based self-help tool to reduce problem gambling in Switzerland: Study protocol of a two-armed randomised controlled trial. *BMJ open*, 9(12), e032110
- Bellio G., Fiorin A., Giacomazzi S. (Eds.). (2011). *Vincere il gioco d'azzardo: manuale di autoaiuto per il giocatore che vuole smettere*. Regione del Veneto. Azienda ULSS 8
- Bergler E. (1958). *The psychology of gambling*. New York: International Universities Press
- Buchner U. G., Koytek A., Arnold M., Gollrad T., Wodarz N. (2013). Are alleviation and stress-reduction stabilised for relatives of pathological gamblers who have participated in the psycho-educational training program ETAPPE? Results of a follow-up three months after the pilot study. *ZEITSCHRIFT FUR GESUNDHEITSPSYCHOLOGIE*, 21(4), 167-176
- Chen P., Jindani F., Turner N. (2021). *Mindfulness-based relapse prevention for problem gambling (2nd ed.)*. Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health
- Croce M., R. Zerbetto (2001) *Il Gioco & l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento*. Franco Angeli, ISBN: 9788846433534
- Dąbrowska K., Wiczorek Ł. (2020). Perceived social stigmatisation of gambling disorders and coping with stigma. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 37(3), 279-297
- Dalpiaz C., Zerbetto R. (2016). Intensive short-term residential psychotherapy: a top-down approach for gambling disorder and behavioural addiction treatment. In: B. Lelonek-Kuleta, J. Chwaszcz,

- “Gambling and internet addictions: epidemiology and treatment”, Natanaelum Association Institute for Psychoprevention and Psychotherapy
- Dowling N., Merkouris S., Rodda S., Smith D., Lavis T., Lubman D., Battersby, M. (2018). Development and evaluation of an online gambling self-directed program: effective integration into existing services. Victorian Responsible Gambling Foundation. Melbourne, Australia: Deakin University
 - Economou M., Souliotis K., Malliori M., Peppou L. E., Kontoangelos K., Lazaratou H., Papageorgiou, C. (2019). Problem gambling in Greece: prevalence and risk factors during the financial crisis. *Journal of Gambling Studies*, 35(4), 1193-1210
 - Erbas B., Buchner U. G. (2012). Pathological gambling: prevalence, diagnosis, comorbidity, and intervention in Germany. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(10), 173
 - Faris S. B. (2012). Changing public policy and the evolution of Roman civil and criminal law on gambling. *UNLV Gaming LJ*, 3, 199.
 - Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie generale - n. 65. 18-3-2017 - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502
 - Lindner R. M. (1950). The psychodynamics of gambling. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 269(1), 93-107
 - Long, A. B., Kuhn, C. M., & Platt, M. L. (2009). Serotonin shapes risky decision making in monkeys. *Social cognitive and affective neuroscience*, 4(4), 346-356
 - Loy J. K., Grüne B., Braun B., Samuelsson E., Kraus L. (2018). Help-seeking behaviour of problem gamblers: a narrative review. *Sucht*, 64(5-6), 259-272
 - Mauro Croce (2022). De curanda ludenti in pecuniam cupiditate. *Alea Bulletin* 1-2022 https://www.gambling.it/images/pdf_bulletin/Bulletin%202022-1.pdf
 - McCoy, A. N., & Platt, M. L. (2005). Risk-sensitive neurons in macaque posterior cingulate cortex. *Nature neuroscience*, 8(9), 1220-1227
 - McDermott R., Fowler J.H., Smirnov O. (2008). On the evolutionary origin of prospect theory preferences. *The Journal of Politics*, 70(2), 335-350
 - Mishra S., Barclay P., Lalumière M. L. (2014). Competitive disadvantage facilitates risk taking. *Evolution and Human Behavior*, 35(2), 126-132
 - Mishra S., Lalumière M. L. (2010). You can't always get what you want: The motivational effect of need on risk-sensitive decision-making. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46(4), 605-611
 - Mooney A., Roberts A., Bayston A., Bowden Jones, H. (2019). The piloting of a brief relational psychodynamic protocol (psychodynamic addiction model) for problem gambling and other compulsive addictions: A retrospective analysis. *Counselling and Psychotherapy Research*, 19(4), 484-496
 - Moran N. P., Sánchez Tójar, A., Schielzeth H., Reinhold K. (2021). Poor nutritional condition promotes high risk behaviours: A systematic review and meta analysis. *Biological Reviews*, 96(1), 269-288
 - O'Neill K. (2017). Psychoeducation for problem gambling. In *Evidence-Based Treatments for*

- Problem Gambling (pp. 9-17). Springer, Cham
- Pacifici R., Giuliani M., La Sala, L. (2018). Disturbo da gioco d'azzardo: risultati di un progetto sperimentale. *Rapporti ISTISAN*, 18(5)
 - Quilty L. C., Wardell J. D., Thiruchselvam T., Keough M. T., Hendershot, C. S. (2019). Brief interventions for problem gambling: A meta-analysis. *PLoS One*, 14(4)
 - Rosenthal R.J.(2015).Masochism and pathological gambling. *Psychodynamic Psychiatry*, 43(1), 1-25.
 - Sanchez S., Jindani F., Shi J., Van Der Maas M., Hagopian S., Murray R., Turner N. (2019). Acceptability of Internet-based interventions for problem gambling: a qualitative study of focus groups with clients and clinicians. *BMC medical informatics and decision making*, 19(1), 1-10
 - Sebastian Brant (1494) "Das Narrenschiff" - <https://www.projekt-gutenberg.org/brant/narrens/narrens.html>
 - Simmel E. (1920). Psycho-analysis of the gambler. *The International Journal of Psycho-analysis*, 1, 352.
 - Smith N. D., Jones G. M., Lucia M. B. (2022). Telehealth treatment for gambling disorder in the COVID-19 era: seismic shifts and silver linings. *Current Opinion in Psychiatry*, 35(4), 265-269
 - Stucki S., Rihs-Middel M. (2007). Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005: An update. *Journal of Gambling Studies*, 23(3), 245-257
 - Turner N. E. (2019). Developing and evaluating an online treatment program for problem gambling.
 - Witkiewitz K., Bowen S., Harrop E. N., Douglas H., Enkema M., Sedgwick C. (2014).

Mindfulness-based treatment to prevent addictive behavior relapse: Theoretical models and hypothesized mechanisms of change. *Substance use & misuse*, 49(5), 513-524

I trattamenti nei servizi pubblici: l'esperienza del Ce. Di. SS. della ASP di Palermo

Francesca Picone*, Monica Mandalà**, Virginia Salemi**

*Psichiatra, Psicoterapeuta, Direttore UOC

**Psicologa, Psicoterapeuta

La storia

L'esigenza di realizzare a Palermo un polo di riferimento per il Gioco d'azzardo Patologico nasce per caso, come spesso accade. L'arrivo di sempre più frequenti richieste d'aiuto, soprattutto da parte di mogli di pazienti con un disturbo legato al gioco d'azzardo, che poco (meglio dire quasi per niente!) conoscevamo, impose ad uno sparuto gruppetto di noi, operatori all'interno di un Ser.T della città, la necessità di provare a dare delle risposte terapeutiche appropriate a chi giungeva da noi, disperato, in preda spesso alla forte angoscia per aver rovinato sé stesso e la sua famiglia, giocando d'azzardo. Erano gli anni 2000, anni di importanti cambiamenti per i servizi per le tossicodipendenze, che uscivano finalmente dal buio delle morti per overdose

di eroina e per HIV, e compariva sulla scena dei consumi tutto quel composito universo di sostanze, le cosiddette nuove droghe, che avrebbero tra l'altro, anche da un punto di vista più strettamente epistemologico, mosso la ricerca di un nuovo paradigma, quello dell'addiction, in grado di gettare un ponte tra le "vecchie" e le "nuove" dipendenze, e di accomunare comportamenti di "abuso" diversi, non necessariamente legati all'utilizzo di sostanze psicoattive (Margaron H, 2007).

Giungevano ai nostri servizi così tante nuove situazioni cliniche, capaci di risvegliare in noi entusiasmo, interesse e curiosità a cui da tempo non eravamo più abituati, con il desiderio di ricerca, sotto il profilo epidemiologico, nel caso del gioco d'azzardo, similmente a quanto accade per altri problemi di salute, e

andando quindi a cercare di studiare i livelli di gravità del fenomeno (Faggiano F, 2009).

Nasce così “ufficialmente” nel 2006 il “Progetto Gap” con la costituzione dell’ambulatorio specialistico interdistrettuale per il Gioco d’azzardo Patologico all’interno del Ser.T dell’allora Distretto 13 di Palermo, proprio a partire dal proposito di alcuni operatori di “mettersi in gioco”, per potenziare l’offerta terapeutica nei confronti di un’emergenza sociale, segnalata dai primi giocatori intercettati dal servizio a partire dal 2001, mettendo a punto via via, in modo sperimentale, ma con una metodologia verificabile e verificata, un loro modello d’intervento.

Il gruppo di lavoro, costituito allora da due psicologi con formazione sistemico-relazionale, una psichiatra con competenze cliniche nel “GAP” e nella “doppia diagnosi”, e una pedagoga esperta di counselling, negli stessi anni, oltre ai nuovi stili di consumo, si occupa anche degli esordi degli studi sulle nuove tecnologie (Progetto “Strange Minds”, 2003) e propone un modello di intervento multidimensionale, sin dall’inizio, partendo da una valutazione psichiatrica e dall’assessment relazionale riguardante il paziente e il suo contesto di riferimento, volto ad integrare psicopatologia e clinica, psicoterapia sistemica, interventi di counselling sul GAP.

Dal 2006 ad oggi l’Ambulatorio Specialistico Interdistrettuale per il Gioco d’Azzardo Patologico ha preso in carico 1307 pazienti, per la maggior parte insieme ai loro familiari.

L’organizzazione multidisciplinare del servizio

garantisce l’offerta delle seguenti attività:

- consulenza individuale e familiare sul GAP e sulle nuove forme di dipendenza;
- valutazione psicologico-clinica e psichiatrica della gravità del giocatore, con un eventuale trattamento psicofarmacologico, se indicato, anche nei casi di doppia diagnosi;
- presa in carico della famiglia del giocatore e gestione delle situazioni di crisi, anche attraverso una funzione di tutoring e l’offerta di consulenza tramite la Fondazione Antiusura;
- costruzione dei trattamenti integrati personalizzati e della rete di supporto al giocatore;
- psicoterapia individuale, di coppia e familiare, all’interno di un Programma Terapeutico Individualizzato;
- attività di gruppo, attraverso il possibile inserimento dei giocatori all’interno di un gruppo terapeutico a termine, condotto all’interno del servizio (di prossima riattivazione) oppure attraverso l’orientamento ad un gruppo di Giocatori Anonimi, presente sul territorio;
- attività di ricerca nell’ambito della valutazione clinica e dell’intervento riguardo il GAP e i nuovi comportamenti di dipendenza. Inoltre, prevede una capillare attività di prevenzione nelle scuole del fenomeno “gioco d’azzardo patologico” e del gioco illegale attraverso

specifici PSN, rivolti alla popolazione giovanile, avente l'obiettivo di promuovere una riflessione critica sui rischi del gioco d'azzardo, attraverso specifiche metodologie formative, e di individuare precocemente il rischio di dipendenza nei giovani, insieme ad una corretta gestione del problema in famiglia e nella scuola.

Nel 2012, il Progetto GAP si trasforma in Ce. Di. SS. (Centro Dipendenze Senza Sostanze), grazie ad un nuovo Atto Aziendale che lo inserisce a pieno titolo tra le funzioni dell'UOC Dipendenze Patologiche, con la definizione di "Attività GAP e Nuove Dipendenze – Psicoterapia per le dipendenze da gioco, Internet, ecc". In questa cornice viene individuata una sede autonoma, fuori dal Ser.T, in grado di garantire adeguate condizioni di privacy e un contesto funzionale alla necessaria complessità ed integrazione degli interventi. Nello stesso periodo, attraverso una formazione costante svolta dal nostro gruppo, a poco a poco anche i Ser.T di tutta la provincia, visto il numero crescente di richieste d'aiuto, si attrezzano per offrire prestazioni di I livello in situazioni di bassa e media gravità, quali accoglienza, ascolto del giocatore e dei suoi familiari, valutazione e trattamento, eventuale integrazione con altri servizi sanitari e socio-assistenziali, mentre le prestazioni di II livello vengono realizzate al Ce.Di.SS, che si pone così come Servizio Specialistico ad alta Integrazione per le valutazioni e i trattamenti multimodali, individuali e gruppali di casi più complessi.

Il presente

Nel novembre del 2021 prende avvio il Progetto "Una scommessa su di noi: interventi di prevenzione e percorsi di cura del GAP e delle dipendenze dalle nuove tecnologie" - Fondo Dipendenza Gioco d'azzardo, quale contributo per la prevenzione e la cura dalle dipendenze da gioco d'azzardo. Quote finalizzate FSR (ex art.1 comma 133 L. 190/2014), progetto tanto atteso, rallentato nei vari passaggi amministrativi ed esecutivi, anche a causa della pandemia, ma assolutamente necessario allo scopo di potenziare l'offerta di cura e assistenza nel territorio dell'ASP di Palermo, data la massiva diffusione del gioco d'azzardo, come in tutta Italia.

Il progetto "Una Scommessa su di noi", afferente all'U.O.C. Dipendenze Patologiche dell'ASP 6 di Palermo, si propone come offerta specialistica multidimensionale ed integrata attraverso prestazioni di primo e secondo livello, presso i Ser.D presenti sul territorio e presso il Ce. Di. SS.

Nello specifico, le prestazioni di primo livello, di bassa e media gravità, prevedono l'accoglienza, l'ascolto del giocatore e dei suoi familiari, la valutazione e il trattamento, inoltre, l'eventuale integrazione con altri servizi sanitari e socio-assistenziali.

Le prestazioni di secondo livello offrono all'utenza un servizio specialistico ad alta integrazione finalizzato ad effettuare valutazioni e trattamenti multimodali, individuali e gruppali di casi più complessi, che vengono erogate presso il Ce. Di. SS.

(Centro Dipendenze Senza Sostanza).

Come suddetto, attualmente il Ce. Di. SS. propone attività che spaziano dalla consulenza alla presa in carico individuale, di coppia, familiare e di gruppo e accoglie, dal novembre 2021, un totale di 65 nuovi utenti, oltre quelli già presi in carico dalla nascita del servizio nel 2006. L'obiettivo principale è quello di supportare il giocatore nel superamento della condizione clinica indotta dal GAP, sia da un punto di vista psicologico, per favorire la coscienza di malattia e l'elaborazione del vissuto, che psicopatologico, per la remissione della sintomatologia correlata al disturbo anche attraverso l'uso di un supporto farmacologico e psichiatrico, ove necessario. Inoltre, nell'ottica di un approccio integrato, sintomo-famiglia-sistema di personalità, all'interno del Ce. Di. SS. viene supportato l'intero nucleo familiare.

Il primo contatto con il servizio ambulatoriale promosso dal Ce. Di. SS. avviene attraverso un contatto telefonico, in cui il giocatore e/o il caregiver in generale, raccontano all'operatore il vissuto traumatico derivato dal comportamento da gioco, che spesso mette in evidenza sintomi di assuefazione, di perdita del controllo, di riconcorsa della perdita che giustificano la sofferenza e la richiesta di aiuto. Il primo contatto telefonico ha la finalità, dunque, di accogliere il malessere e il disagio del giocatore o del caregiver, così da favorire il primo intervento e l'approccio al problema. L'operatore durante il primo contatto telefonico si pone in ascolto per la comprensione della situazione problema e l'identificazione del target,

fornisce inoltre informazioni sull'assistenza all'interno del servizio ambulatoriale e fissa un appuntamento con lo psicologo per l'accoglienza all'interno del servizio.

Durante il primo colloquio di accoglienza il giocatore viene invitato ad entrare all'interno della stanza di consultazione e a narrarsi attraverso l'evoluzione dei suoi sintomi. Spesso in questa fase è presente un caregiver (un familiare, un amico, ecc...) che supporta emotivamente il giocatore e integra informazioni per la raccolta dell'anamnesi prossima e remota, fornisce inoltre evidenze sul vissuto familiare in relazione al disturbo da gioco d'azzardo patologico.

Il colloquio di prima accoglienza è seguito dalla presa in carico del giocatore e/o dei familiari all'interno delle attività ambulatoriali (diagnosi e psicoterapia).

Nello specifico, il processo di diagnosi inizia con la raccolta delle informazioni anamnestiche e la storia pregressa e familiarità al GAP, prosegue attraverso i colloqui psicologici con la valutazione del comportamento attuale di gioco, l'evidenza dei fattori scatenanti le condizioni di craving, l'uso di sostanze associate al GAP e la comorbilità psichiatrica, qualora presente. Durante la fase della diagnosi vengono somministrati al giocatore degli strumenti standardizzati (SOGS, MCMI, TAS-20, DES-II) per una classificazione secondo il Manuale dei Disturbi Mentali DSM-5 e dell'ICD-10.

Alla fase di diagnosi segue la psicoterapia individuale, di coppia o familiare secondo

l'approccio sistemico, orientando il focus sulla dimensione del sintomo, della famiglia e della personalità. In tal senso, la scelta del modello psicoterapia sistemica consente di operare in una dimensione in cui "(...) i concetti si embricano attraverso la mutua definizione di sé e dell'altro (...)" (Telfner U, Casadio L, 2002).

L'esperienza finora maturata al Ce. Di. SS., nel contatto con l'utenza, ha permesso di mettere in evidenza alcune esigenze cliniche in riferimento al target, che necessitano di essere accolte per una più efficace presa in carico del fenomeno del GAP, in forte espansione negli ultimi anni. La presenza, infatti, di numerose donne giocatrici ha fatto sì che si condividesse l'idea di realizzare un gruppo terapeutico al femminile, orientato non solo in termini di gioco problematico, ma anche di genere.

Complessivamente, il servizio ambulatoriale di II livello offre spazi di confronto, ascolto ed elaborazione del gioco problematico, grazie al lavoro di osservazione e ricerca effettuato negli anni precedenti, rivolti a tutti. Tuttavia, l'evoluzione e la digitalizzazione delle nuove forme di gioco hanno fatto sì che il vertice clinico, oggi, si orienti sempre di più su aspetti specie-specifici del target e sull'utilizzo di strumenti diagnostici sempre più puntuali e finalizzati a cogliere la crescente complessità del fenomeno del GAP in Italia.

Un ulteriore elemento, a nostro avviso di grande importanza, è rivestito dall'emergenza psicologica del GAP, che oggi viene gestita attraverso una maggiore attenzione già sin dal primo contatto telefonico, nel corso del quale

si dà luogo alla prima accoglienza emotiva.

Prospettive future

Fin dai primi mesi del progetto "Una scommessa su di noi" si è reso necessario pensare ad uno spazio dedicato alle donne giocatrici.

In Italia, il fenomeno del gioco d'azzardo al femminile è uscito dall'ombra grazie ai passi avanti fatti dalla ricerca, in particolare, ai contributi di Fulvia Prever e Amelia Fiorin.

Le donne iniziano a giocare più tardi rispetto agli uomini e preferiscono giochi di evasione quali gratta e vinci, slot e lotterie, ma anche sale bingo, che hanno per le donne il potere attrattivo della "socializzazione".

Ad oggi, le donne che giocano sono sempre più numerose anche se la casistica è sottostimata, l'utenza femminile nei servizi, infatti, costituisce una percentuale nettamente ridotta rispetto all'utenza complessiva.

In generale, le donne sono meno inclini a chiedere aiuto, anche a causa degli stigmi sociali a cui sono sottoposte: da sempre deputate alla cura della famiglia, nutrono forti sensi di colpa e sentimenti di vergogna in quanto sentono di venir meno al loro ruolo di madri, garanti del focolare domestico.

Inoltre, le giocatrici hanno un minore sostegno da parte di familiari e amici rispetto agli uomini.

Giocare per una donna può avere diversi significati: talvolta, il gioco diventa un modo, spesso inconsapevole, per assumere

un ruolo “maschile” in termini di libertà, svago e autodeterminazione; altre volte, il gioco rappresenta una ricompensa (anche dopaminergica), una via di fuga, un tentativo di “automedicazione” rispetto ad una realtà troppo dolorosa o schiacciante, a volte anche determinata dalle violenze, fisiche e psicologiche, subite nel contesto familiare.

L'esperienza clinica maturata al Ce.Di.SS evidenzia la necessità di garantire a queste donne, fragili, preoccupate dallo stigma e molto sole, uno spazio protetto in cui potersi raccontare.

Nasce così il progetto di un gruppo terapeutico per donne giocatrici, condotto da 2 terapeute e con la presenza di due tirocinanti di scuola di specializzazione in psicoterapia, anch'esse donne, che avranno il ruolo di osservatrici partecipanti.

L'essere in gruppo, in particolare all'interno di un piccolo gruppo terapeutico, rappresenta, a nostro avviso, lo spazio in cui riconoscersi e confrontarsi uscendo dall'isolamento e dallo stigma. Attraverso la molteplicità delle relazioni, reali e fantasmatiche, e delle situazioni interpersonali fornite, il gruppo consente di imparare a conoscere e a regolare i propri stati d'animo.

La terapia di gruppo, così da noi pensata, diventa luogo elettivo in cui la gratificazione offerta dal gioco può essere sostituita dalle relazioni con l'altro, favorendo lo sviluppo delle risorse interne individuali e gruppal.

Inoltre, allo stato dell'arte, il Ce. Di.

SS., allineandosi alle esperienze fornite da ALEA, sta avviando, per tutti gli operatori, la formazione all'utilizzo del Gambling Pathways Questionnaire (GPQ).

Il GPQ è lo strumento ideato da Blaszczynski e Nower (2017) che consente di individuare le possibili evoluzioni del GAP a partire dalle caratteristiche individuali, biologiche, cognitive, psicologico-motivazionali, combinate con le variabili sociali, familiari e ambientali in modo da fornire indicazioni sul percorso di cura più adeguato e le indicazioni prognostiche sul possibile esito dello stesso.

In una prospettiva futura, alla luce delle considerazioni fatte, riteniamo molto utile l'utilizzo del GPQ non solo per fini clinici ma anche di ricerca, in modo approfondire le differenze di genere nel GAP.

A conclusione, l'utilizzo del dispositivo gruppal e di una diagnosi sempre più precisa e multi dimensionale diventa presupposto per uno studio più puntuale sulle differenze di genere nel GAP.

Bibliografia

- Casciani O., Primi C., (2022) Gambling Pathways Questionnaire (GPQ). Manuale d'uso per il clinico. Publiedit.
- Faggiano, F. (2009) Un problema prioritario di salute pubblica? Il caso del gambling. Supplemento al numero 8-9/2009 di Animazione Sociale, pp. 50-53.

- Fiorin A., Capitanucci D., (2022) Manuale operativo di Presa in carico clinica nel disturbo da gioco d'azzardo. Publiedit.
- Lipari A, Scardina S. (2018) Intervento integrato multidimensionale di matrice sistemica contro il gioco d'azzardo patologico. Rapporti ISTISAN 18/5, pp. 127-134.
- Margaron H. (2007) Il paradigma obsoleto della malattia cronica. Fuori Luogo 2007, 29 aprile.
- Picone F, Lipari A, Scardina S, Dimarco T. (2012) Dal progetto GAP al centro dipendenze senza sostanze: riflessioni teoriche e modello terapeutico. FeDerSerD informa 2012; 18:25-6.
- Picone F, Lipari A, Scardina S, Dimarco T. (2013) Dal progetto GAP al CE.DI.SS: verso la standardizzazione degli interventi. FeDerSerD informa 2013; 22:35-6.
- Prever F., Bowden-Lones H., (2021), Donne e disturbo da gioco d'azzardo, una prospettiva internazionale al femminile su trattamento e ricerca, Edizioni d'Este.
- Telfner, U., Casadio, L. (2002). Sistemica, voci e percorsi nella complessità. Torino: Bollati Boringhieri.

Il trattamento del Disturbo da gioco d'azzardo in un servizio pubblico: l'esperienza del Centro specifico per il Disturbo da gioco d'azzardo di Foligno (USL UMBRIA 2)

Lucia Coco

Psicologa, Referente Centro per il trattamento del DGA Foligno ULS UMBRIA 2

Il gioco d'azzardo in Umbria: una breve analisi di contesto

Il Report regionale “La geografia del gioco d'azzardo Indagine 2020 - Dati anno 2019”, redatto dal CERSAG (Centro Ricerca Salute Globale), analizza lo status dei determinanti socioeconomici del gioco d'azzardo a livello regionale. In particolare, Perugia, Terni, Alto Tevere e Alto Chiascio mostrano i livelli più elevati di giocate totali. L'Assisano si aggiunge per i livelli di giocate in slot machine di nuova generazione, così dette AWP (Amusement With Prizes), e le VLT (Video Lottery Terminal), apparecchi più evoluti rispetto alle classiche New slot. Le giocate sono maggiori nelle zone a più alto reddito, confermando quanto affermato dalla letteratura in merito al gioco della popolazione generale. Ci sono

alcune eccezioni, però, a livello regionale, come la Valnerina e l'Alto Chiascio, che mostrano i livelli più bassi di reddito ma hanno anche dei valori elevati nelle giocate. In tal senso, è importante ricordare che, soprattutto la Valnerina, per ragioni legate prevalentemente alle conseguenze degli eventi sismici che si sono succeduti dagli anni '90, rappresenta una delle zone a livello regionale più a rischio in termini socioeconomici. Poiché il rischio di esposizione al gioco è maggiore per le fasce di popolazione meno abbienti, i livelli di giocate più elevati riscontrati in queste zone potrebbero rappresentare una conseguenza degli eventi sfavorevoli soprariportati. In linea con la letteratura, dalla citata rilevazione emerge che i gruppi a più alto reddito confermano tassi più elevati di partecipazione

al gioco; tuttavia va tenuto a mente che le conseguenze negative del gioco sono maggiori per i gruppi a basso reddito. Inoltre, dai dati dello studio GAPS Umbria - Gambling Adult Population Survey 2019 (2) del CNR, la distribuzione territoriale dei profili di rischio, nella popolazione generale, rivela percentuali particolarmente elevate di gioco a rischio nelle Zone-Distretto della Valnerina, Alta Valle Tevere e Media Valle Tevere. Secondo lo studio GAPS Umbria 2019, la maggior parte dei giocatori possiede un diploma di scuola secondaria di secondo grado, sia tra quelli a rischio (52,7%) che non (43,3%). Il 28% dei giocatori non a rischio è laureato o ha terminato un percorso post-laurea, contro il 20% di quelli con profilo a rischio. Relativamente alla condizione lavorativa, la maggior parte dei giocatori riferisce di avere un'occupazione (64% a rischio; 61% non a rischio). Oltre a questo dato, i giocatori a rischio sono maggiormente studenti (12,1% vs. 5,9% non a rischio) e casalinghe/i (11,5% vs. 7,2%). Lo studio GAPS Umbria 2019 presenta una sezione in cui viene indagata la conoscenza e la percezione dei Servizi Sanitari da parte della popolazione umbra di 18-84 anni. Nello specifico, il 43% dei rispondenti riferisce di essere "per niente/poco" informato sulle modalità di accesso ai Servizi Sanitari. In particolar modo la scarsa informazione si osserva tra i maschi (48% vs. 39% delle femmine) e aumenta progressivamente passando dalle fasce di età più anziane alle più giovani. Stringendo il focus sui Servizi Sanitari per le dipendenze patologiche (Ser.D), il

livello di informazione sembra diminuire, soprattutto tra i rispondenti di genere maschile e più giovani. Nella rilevazione non si riporta esplicitamente alcuna spiegazione che giustifichi le differenze osservate tra maschi e femmine e tra giovani e più anziani. Una possibile inferenza rispetto alla variabile età potrebbe riguardare la diversa esperienza diretta e/o indiretta maturata nel corso degli anni, ai fini di una più approfondita conoscenza e percezione dei Servizi Sanitari. Rispetto al gaming, lo studio GAPS 2019 rileva che il 93% degli studenti della regione Umbria ha giocato ai videogiochi almeno una volta nel corso della propria vita e il 66% lo ha fatto nei 12 mesi antecedenti la somministrazione del questionario, in particolare gli studenti di genere maschile. La prevalenza regionale di utilizzo di videogame nell'arco di vita (lifetime) risulta in linea con quella nazionale mentre quella legata all'utilizzo nell'ultimo anno risulta superiore. Nell'ultimo anno, il 68% degli studenti giocatori non ha speso soldi per acquistare o aggiornare i videogame o per continuare a giocare (es. acquistare "vite" per proseguire il gioco); il 16% ha speso al massimo 20 euro ma l'8% ne ha spesi più di 50, soprattutto tra i ragazzi. Inoltre, dal profilo di equità elaborato per la stesura del nuovo Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025, emerge come la popolazione giovanile sia un target centrale, visti i consumi maggiori in questa fascia d'età; emerge anche che, tra tutte le tipologie di consumo, resta centrale la prevenzione per alcol, fumo e gioco d'azzardo, soprattutto tra i giovani.

Il trattamento nel Centro Specifico di Foligno

Il trattamento è ambulatoriale e di tipo integrato, cioè viene svolto da un'equipe terapeutica formata da diverse figure professionali (psichiatra, psicologo, assistente sociale). I componenti dell'equipe affrontano le problematiche dei singoli pazienti senza un modello interpretativo rigidamente precostituito ma avviano, per così dire, un percorso/rapporto di conoscenza che è, allo stesso tempo, un percorso-rapporto di cura. Al paziente e alla sua famiglia viene, innanzitutto, offerto uno spazio di accoglienza della dimensione emotivo-affettiva, dimensione fondamentale per il riavviarsi del processo evolutivo. Il percorso terapeutico viene orientato in modo coerente con le risorse del paziente e della sua famiglia e tiene conto della complessità della situazione generale di

ogni singolo sistema familiare. In tale ottica vengono valutati gli aspetti motivazionali, cognitivo-comportamentali, affettivi e relazionali con particolare attenzione allo stadio del cambiamento del paziente, alla funzione e al senso del sintomo nell'equilibrio personale e familiare, al ciclo vitale della famiglia e al suo stile monetario. La "cura" dell'aspetto finanziario è parte essenziale del trattamento integrato perché la tutela e il sostegno relativamente ai debiti, quasi sempre contratti, sono necessari sia per evitare il rischio di una caduta depressiva del paziente, sia per dare speranza al cambiamento, e per far sì che questo problema non venga utilizzato collusivamente all'interno delle dinamiche familiari. Il Centro ha mutuato dal Servizio delle Dipendenze di Trento questo modello per definire il suo specifico obiettivo per ogni fase (vedi tabella seguente).

TIPOLOGIA PROGRAMMA	OBIETTIVO
Aggancio	Ritenzione in trattamento e verifica della possibilità di strutturare un progetto terapeutico volto al cambiamento
Stabilizzazione	Contenere i sintomi, supportare la capacità di gestione delle difficoltà della vita quotidiana (migliorare la qualità della vita) e ridurre i rischi sanitari
Induzione del cambiamento	Attivare le azioni necessarie per raggiungere l'astensione in una diagnosi di dipendenza da sostanze o cessazione dei sintomi in una diagnosi di dipendenza comportamentale. Riconoscere e affrontare gli eventuali elementi di problematicità correlati alla patologia
Gestione del cambiamento	Promuovere il consolidamento dei risultati raggiunti con il programma d'induzione del cambiamento

A partire da questa premessa, si procede poi con i seguenti livelli:

I livello

Accoglienza e avvio della valutazione psicologica e sociale

Tutti i pazienti vengono testati con i seguenti test: SOGS, GRCS; Barratt BIS 11, GPQ, SCL 90, MAC 2 A applicato al DGA. Si è scelto di usare come classificazione diagnostica il modello di Blaszczynski e Nower (2002). Da tale classificazione risulta che, nel periodo gennaio/agosto 2022, i tre tipi sono stati tutti abbastanza rappresentati nell'utenza che è afferita al servizio. Nello specifico rispetto ai pazienti assistiti abbiamo rilevato i seguenti dati:

- Tipologia 1 giocatori condizionati nel comportamento: 23%
- Tipologia 2 Giocatori vulnerabili emotivamente: 47%
- Tipologia 3 Giocatori impulsivi e antisociali: 30%

Per permettere un'efficace offerta di trattamento è fondamentale partire da tale classificazione, così pure come approfondire l'area delle distorsioni cognitive per valutare la presenza e tipologia di credenze irrazionali presenti e poter avere elementi per l'eventuale successiva terapia cognitivo-comportamentale. È importante rilevare anche il grado di rigidità/flessibilità del paziente nel modificare tali convinzioni e quindi la reale possibilità di agire con un modellamento cognitivo su questi aspetti. Si richiede anche la partecipazione di un familiare o di una figura della rete amicale

disponibile. Il familiare, quando consenziente e attendibile, viene indirizzato all'assistente sociale per accordarsi su come impiantare e successivamente monitorare una praticabile strategia di tutela finanziaria del paziente. Durante il processo di valutazione si osserva anche un eventuale uso contemporaneo di sostanze stupefacenti, alcol e farmaci che sono in grado di incentivare comportamenti di gioco d'azzardo.

II Livello

Eventuale attivazione di consulenza psichiatrica per la valutazione di comorbidità.

Una volta terminata l'accoglienza e la valutazione che dura, in genere, non più di un mese (all'incirca 3 incontri), possono essere proposti, a seconda di quanto emerso dalla valutazione:

- colloqui individuali di monitoraggio e di counselling familiare/amicale;
- coinvolgimento della famiglia/rete parentale-amicale per tutto il programma;
- strategie di tutela finanziaria e gestione economica del giocatore;
- psicoterapia individuale e/o di coppia;
- trattamento farmacologico e colloqui di monitoraggio ad opera dello psichiatra.

Come Centro specifico per il DGA abbiamo poi ipotizzato, come proposto da Casati, Rossin, Teruggi, Verrilli (2004), vari tipi di gruppi a seconda delle fasi del trattamento e più specificatamente:

- FASE INFORMATIVO-DIAGNOSTICA: Gruppi Informativo-Motivazionali a Target Multifamiliare
- FASE TRATTAMENTO: Gruppo a orientamento Cognitivo-Comportamentale, Gruppo Multicoppiale, Gruppo psicoeducativo Joker

A) I Gruppi informativo-motivazionali

La loro funzione è essenzialmente quella di fornire consulenza a pazienti e familiari sulle problematiche correlate al gioco e, nel contempo, creare un'alleanza col Servizio costruendo la motivazione al trattamento. Si situano pertanto nella fase dell'accoglienza; sono incentrati su 2 momenti: uno informativo e uno cognitivo emozionale. L'approccio motivazionale o MET (Motivational Enhancement Therapy) adottato è riconducibile alla vasta area della "motivazione al cambiamento" (Prochaska e Di Clemente, Guelfi e Spiller, 1986). Gli aspetti teorici si basano sui principi della terapia cognitiva di Beck e sulla terapia di riabilitazione cognitivo-comportamentale di Marlatt, nonché sul modello motivazionale di Prochaska e Di Clemente. L'obiettivo della partecipazione a questi incontri è duplice: lavorare sull'evoluzione della motivazione al trattamento, secondo l'approccio motivazionale degli stadi del cambiamento, e costruire l'alleanza terapeutica con tutti gli operatori del Servizio.

Ogni incontro, condotto da un operatore del Gruppo di lavoro, affronta i temi seguenti:

1. Che cos'è il DGA: epidemiologia e descrizione del fenomeno. Le credenze cognitive
2. I meccanismi neurobiologici che sottendono il DGA
3. Il tutoring finanziario e i familiari nel trattamento del DGA
4. Gli stadi di motivazione al cambiamento: stato dell'arte e prospettive future dei pazienti in trattamento.

Durante tutti i momenti di questa fase viene richiesta la presenza della famiglia, con l'elasticità necessaria relativa alle diverse situazioni.

B) Il Gruppo a modello cognitivo-comportamentale

Per questo gruppo l'astensione dal gioco è l'obiettivo fondamentale del trattamento, anche se raggiungere l'astensione in tempi brevi non può essere un parametro valido per tutti. La funzione principale dei gruppi ad orientamento cognitivo comportamentale è di far apprendere modalità di gestione del craving, strategie di fronteggiamento della crisi, abilità per la prevenzione della ricaduta. Ci siamo ispirati per questo al modello della TCC della Carroll per il cocainismo, che è stato ampiamente valutato tramite rigorosi test clinici ed ha una solida base empirica nel trattamento dell'abuso di cocaina. La TCC è flessibile, rappresenta un approccio personalizzato che può essere adattato a un'ampia gamma di pazienti così come a diversi tipi di setting (pazienti ricoverati o

pazienti esterni) e di forme di terapia (di gruppo o individuale). La TCC è inoltre compatibile con altri trattamenti che il paziente deve ricevere come, ad esempio, la terapia farmacologica e racchiude al suo interno una serie di importanti strumenti e obiettivi comunemente usati con successo nel trattamento dell'abuso di sostanze. Il contributo tecnico che la Carroll propone è costituito da un percorso che inizialmente introduce ai principi dell'apprendimento, con il richiamo ai contributi del condizionamento classico ed a quelli del condizionamento operante, e successivamente passa ad una delle più importanti modalità di apprendimento secondo l'approccio cognitivo-comportamentale che è il modellamento, detto anche apprendimento per imitazione. Noi abbiamo provato ad esportare un modello nato per i cocainomani nell'ambito del trattamento del Gioco d'azzardo patologico, anche perché gli aspetti comportamentali della dipendenza da cocaina e del gioco d'azzardo patologico (l'elevata impulsività, i deficit nella capacità di prendere decisioni associate al rischio e la tendenza al comportamento compulsivo), così come i meccanismi neurobiologici che li sottendono, sono molto simili nel gap e nel cocainismo. I gruppi sono così organizzati: dopo aver definito il setting e le regole del lavoro è possibile avviare l'analisi della situazione con relativi accertamenti delle condizioni dei pazienti, la conseguente analisi funzionale del comportamento disagevole permette di passare all'individuazione degli obiettivi del trattamento. Il ciclo di trattamento si struttura in questo modo: sono previste 12-16 sedute a

cadenza settimanale se necessario si possono fare sedute supplementari. Dalla seconda seduta in poi la struttura è quella del 20/20/20 (cioè 20 minuti a step).

C) Il gruppo multicoppiale

Il secondo tipo di gruppo psicoterapico è multicoppiale e si incontra quindicinalmente. Il razionale che ci ha indotto alla formazione di questo gruppo, di cui uno dei due membri è un giocatore, si basa sulle ricerche che indicano che i problemi coniugali sono la causa più frequente di ricaduta e che migliorano con il trattamento del GAP (R.W. Wildman, 1989; C.J. Hudak Jr., R. Varghese, R. Politzer, 1989; C. Lorenz, 1989). Alcuni autori si riferiscono al DGA come a un disturbo della famiglia (family disease, Heineman, 1994) e suggeriscono che è auspicabile e giusto, da un punto di vista etico, aiutare la famiglia del giocatore così come il giocatore. Il partner di un giocatore patologico può sperimentare uno stress psicologico significativo che richiede un apprendimento per fronteggiare l'ansia e la depressione (R.G. Rychtarik, N.B. Mc Gillicuddy, 2006). Anche M. Coletti (2001) sottolinea che il trattamento del DGA dovrebbe tenere in debito conto il contesto relazionale di riferimento del giocatore, sia che si concepisca la famiglia come un fattore causale nella genesi della dipendenza da gioco, sia che la si consideri come un contesto che soffre delle conseguenze derivate dal sintomo, sia che si ipotizzi che la famiglia o il partner potrebbero essere risorse utili per motivare il soggetto ad affrontare il trattamento. Gli obiettivi dell'intervento di tale gruppo sono i

seguenti:

Obiettivo generale:

- mirare alla modificazione stabile e profonda nella struttura e nel funzionamento del sistema familiare (sintomo=parte funzionale), cambiare le relazioni all'interno della famiglia.

Obiettivi specifici:

- rompere le dinamiche patologiche preesistenti al DGA
- facilitare la presa di coscienza della propria storia personale, di coppia e familiare in relazione alla formazione o al mantenimento del DGA, ricostruire la connessione emotiva all'interno della coppia.

Il concetto di co-dipendenza è un punto fermo sul quale orientiamo il nostro lavoro con i giocatori patologici e le loro famiglie, così come per le altre dipendenze. Dalla psicoeducazione (D. Capitanucci, D. Carlevaro, 2004) ai gruppi di familiari (Gam. Anon.), ai gruppi multifamiliari (De Luca, 2002), alla psicoterapia di coppia e familiare (M. Coletti, 2001; C. Guerreschi, 2002) esistono modalità diverse alle quali attingere. Noi abbiamo scelto di usare il modello dell'EFT o terapia focalizzata sulle emozioni di Sue Johnson (2012). Il rationale che ci ha indotto a questa scelta è il seguente: nei racconti delle coppie l'evento traumatico della scoperta del comportamento di addiction è spesso paragonato ad un vero e proprio tradimento all'interno della coppia e pone i partner davanti alla sfida di ritrovare la loro

connessione emotiva. In particolare, questo risulta vero nei casi di disturbo da gioco d'azzardo dove il comportamento del gioco, e ciò che ne deriva, viene vissuto all'interno della coppia come una vera infedeltà al patto coniugale. Pertanto, a partire da ciò che la letteratura suggerisce, e cioè che la relazione extraconiugale sia un'esperienza a più livelli che assume una struttura triangolare (marito-moglie-amante), abbiamo inserito il comportamento additivo in questa struttura al posto dell'amante. La crisi relativa alla relazione extraconiugale, alla scoperta che il partner gioca, può diventare un'opportunità di sviluppo: i coniugi possono ricostruire una nuova relazione su nuove basi attraverso la Terapia Focalizzata sulle Emozioni. Questa terapia esperienziale /sistemica si concentra sull'aiutare i partner a ristrutturare le risposte emotive che mantengono i loro modelli negativi di interazione. Negli ultimi 30 anni, Sue Johnson e i suoi colleghi hanno sviluppato e rigorosamente ricercato questo approccio a breve termine nella terapia di coppia. A partire da questo contributo, nel gruppo multicoppiale le domande fondamentali su cui le coppie si sono concentrate sono state: "Sei lì per me quando ho veramente bisogno di te?", "Posso raggiungerti quando ho bisogno di sentirmi vicino ed emotivamente connesso?", "Mi apprezzi profondamente e mi stai vicino?" Nell'EFT alla base del conflitto vi sono due ruoli che assumono i partner: un inseguitore (più spesso la donna nella società occidentale) e l'altro ritirato. Essi danno origine a comportamenti che non consentono l'espressione delle emozioni più

profonde rendendo difficile la risoluzione degli inevitabili conflitti della vita di coppia. L'EFT non consiste nel negoziare il contenuto dei conflitti, ma piuttosto affina le esperienze emotive e di attaccamento sottostanti alle modalità relazionale di ciascun partner. Come esseri umani, siamo tutti predisposti alla connessione con l'altro, ciò che l'EFT fa è di capire ed esercitare come strutturare i cicli negativi – per es., inseguimento/ritiro (pursue/withdraw) – enfatizzando i bisogni di attaccamento (per es., vicinanza, connessione, importanza dell'altro, paura di subire una perdita) e strutturare una nuova danza di coppia. Le coppie prendono consapevolezza della particolare “danza” in cui i partner sono “incastrati”, compiendo sempre gli stessi passi davanti alle diverse difficoltà o fasi della vita, imparando a ridurre l'escalation del copione relazionale negativo e creando esperienze correttive che possono portare a un'intimità duratura. Si tratta di lavorare con loro dando ad ognuna delle due posizioni, l'inseguitore e il ritirato, la possibilità di scoprire il senso di ciò che sta facendo all'interno della relazione di coppia. L'inseguitore, cioè il partner che si è sentito tradito dal partner che ha avuto un comportamento di addiction, potrà arrivare a scoprire il perché nascosto dietro la sua critica e il partner ritirato, che ha tradito, potrà arrivare a scoprire il perché nascosto dietro il suo ritiro. Per entrambi può aprirsi una nuova possibilità: condividere all'altro i bisogni di attaccamento insoddisfatti e le paure dietro le emozioni reattive che si esprimono quando si critica o ci si ritira. Il percorso di

scoprire le ragioni dell'altro e riconoscere nell'atteggiamento dell'altro, così diverso dal proprio, lo stesso desiderio di recuperare la connessione emotiva perduta può diventare un percorso di ricostruzione del legame anche nei casi dove questo è stato fortemente messo in crisi. Il processo perché questo accada prevede dei passaggi ben definiti. La moglie, che in genere ha la posizione dell'inseguitrice, comincia a comprendere che il comportamento di addiction del marito ha la funzione di sottrarsi al terreno ostile rappresentato dalla loro relazione, in cui il marito aveva l'impressione di camminare sulle uova e di non essere mai all'altezza del compito o della prestazione. L'alcol, la sostanza tossica o il gioco d'azzardo offrono una straordinaria via di fuga per evadere dal malessere laddove esiste una percezione di sé, del partner e della relazione come “inadeguato o insufficiente”. L'inseguitore è pertanto chiamato ad avviare un processo di “ammorbidimento” rispetto alle sue critiche attraverso la comprensione del bambino interiore ferito del partner; a sua volta il ritirato può imparare a comprendere che dietro la critica, che così tanto lo ferisce, c'è il bisogno del partner di essere visto e riconosciuto ed incomincia ad ingaggiarsi in un rapporto in cui prima faticava a stare, cominciando invece a scoprire anche la vulnerabilità del partner che non appare più pertanto come infallibile e giudice severo. Nel contempo il ritirato può avere l'opportunità di imparare ad avere più domestichezza col proprio mondo emotivo e di provare a comunicarlo. Grazie al gruppo, insomma, la crisi di coppia può diventare un'occasione

preziosa per incontrare il coniuge nella sua realtà più vera, e per scoprire in essa la possibilità di un'autentica dimensione generativa.

D) Gruppo psicoeducativo Joker

Si tratta di un gruppo di sostegno per il disturbo da gioco d'azzardo che, attraverso l'utilizzo di tecniche espressive e di gioco, si propone di favorire uno spazio di aiuto, confronto e sostegno. Il gruppo è stato avviato in fase sperimentale tre anni fa, con l'intento di facilitare la relazione e la comunicazione tra persone con difficoltà espressive su un piano verbale. Scopo dunque dell'intervento non è solamente quello di amplificare l'ambito della comunicazione ma anche quello di accrescere il proprio bagaglio di competenze e abilità relazionali a partire da un ascolto empatico e dal confronto e rispecchiamento tra pari. L'incontro di gruppo ha la durata di un'ora e trenta e si suddivide in una fase iniziale di condivisione dell'andamento della settimana per affrontare poi una tematica mediante dei giochi, degli stimoli al fine di favorire l'espressione dei propri stati d'animo, delle difficoltà, dei propri bisogni per concludere con "cosa lascio...cosa prendo dall'incontro...".

Questo ultimo momento funge da rituale di chiusura dell'incontro e ha lo scopo di agevolare la presa di coscienza di quanto emerso dall'incontro e definire meglio quanto si è appreso in termini di emozioni, consapevolezza, strumenti, spunti di riflessione.

Conclusioni

Sarebbe interessante a questo punto sviluppare il tema assai ampio della valutazione degli esiti degli interventi offerti. Su questo abbiamo appena cominciato iniziando a proporre nella valutazione iniziale il test CORE-Om ossia il Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure che intende misurare l'efficacia dell'intervento attraverso:

1. Una valutazione quantitativa: scale standard di misurazione dell'outcome clinico
2. Una valutazione qualitativa: sistematici audit clinici
3. Un'individuazione degli "indicatori" (parametri di controllo) di misurazione dei percorsi. Ma su questo sono appena iniziati i lavori.

Bibliografia

- Altera G. e Pagani A. (2020), "Introduzione alla Emotionally Focused Therapy (EFT)" ilmiller.it/workshop-emotionally-focused-therapy
- Bateson G. (1985) Verso un'ecologia della mente, Adelphi, Milano.
- Blaszczynski A., McConaghy N., Frankova A. (1991), "A comparison of relapsed and non-relapsed abstinent pathological gamblers following behavioural treatment", *British Journal of Addictions*, 86 (11): 1485-9.
- Caillois R. (1958), *Les yeux et les hommes. Le masque et la vertige*, Gallimard, Paris (trad. it. I

- giochi e gli uomini. La maschera e la vertigine, Tascabili Bompiani, Milano, 1967).
- Capitanucci D., Carlevaro T. (2004), Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel disturbo di gioco d'azzardo patologico, Hans Dubois, Bellinzona.
 - Capitanucci D., Laudouceur R. (2003), "Analisi, trattamento e prevenzione del gioco d'azzardo eccessivo", *Personalità/Dipendenze*, vol. 9(2): 151-166.
 - Carlevaro T. (2002), *La famiglia, la codipendenza, la terapia*. Convegno Gioco d'azzardo e famiglia, Milano 18 aprile, www.stpauls.it/cisf/document.htm.
 - Carroll K. M. (2001), "Trattamento della dipendenza da cocaina", Centro Scientifico Editore
 - Casati, Rossin, Teruggi, Verrilli (2004), *Lavorare con i gruppi in alcologia*, Edizioni Medico Scientifiche.
 - Casciani O. (2022), *Gambling Pathways Questionnaire (GPQ) Manuale d'uso per il clinico*, Publiedit
 - Cecchi M. (2005), *La Metodica dell'Auto-Aiuto nelle Dipendenze e nella Multidimensionalità del Disagio*, ASL Firenze, Stabilimento Tipografico dei Comuni (Fo).
 - Ce. R.Sa.G. *AZZARDOMETRO* (2022), "Indagine conoscitiva sulle abitudini di gioco di un gruppo di adolescenti e giovani adulti umbri", settembre 2022
 - Cocci V., Benci S., Bonicolini C., Dimauro P.E. (2006), "Gioco d'azzardo patologico, funzionamento borderline e tratti antisociali. Un'indagine preliminare sugli aspetti di personalità dei giocatori d'azzardo attraverso l'utilizzo del test MMPI-2", *Personalità/Dipendenze*, vol. 11, fasc. I.
 - Coco L. e altri (2013), "Il Gruppo di lavoro sul Gambling del Dipartimento Dipendenze di Foligno/Spoleto, Mission, 40
 - Coco L. e altri (2020), "Il gruppo multicopiale per il disturbo da gioco d'azzardo" *Alcologia* 39.
 - Coco L. (2022), "Il modello della terapia di coppia focalizzata sulle emozioni applicata al trattamento delle coppie con una problematica di DGA" *Alea Bulletin* 1/2022
 - Coletti M. (2001), "L'impatto del gambling compulsivo sulle dinamiche relazionali", in Croce M., Zerbetto R. (a cura di), *Il gioco e l'azzardo*, Franco Angeli, Milano.
 - Croce M. (2002), "Un mondo di numeri e riti", *Famiglia Oggi*, 4: 24-31.
 - Croce M., Lavanco G., Varveri L. (2001), "Aspetti psicologici e sociali del gioco d'azzardo", *Aggiornamenti Sociali*, 52(6): 504-517.
 - Custer R.L. (1984), "Profile of the pathological gambler", *Journal of Clinical Psychiatry*, 45(12): 35-8.
 - Dallago P. (2001), "L'auto mutuo aiuto per giocatori d'azzardo", in Croce M., Zerbetto R., *Il gioco & l'azzardo*, Franco Angeli, Milano.
 - Darbyshire P., Oster C., Carrig H. (2001), "The experience of pervasive loss: children and young people living in a family where parental gambling is a problem", *Journal of Gambling Studies*, 17(1): 23-45.
 - De Luca R. (2001), "I gruppi per giocatori

- d'azzardo e le loro famiglie”, in Croce M., Zerbetto R. (a cura di), *Il gioco e l'azzardo*, FrancoAngeli, Milano.
- De Luca R. (2002), “Gruppi terapeutici per giocatori d'azzardo e familiari: l'esperienza di Campofornido”, in Capitanucci D., Marino V. (a cura di), *La vita in gioco*, Franco Angeli, Milano.
 - De Luca R. (2005), *Il gioco d'azzardo tra illusioni sociali e realtà terapeutica. L'esperienza di Campofornido (Ud)*.
 - Fink E. (1957), *Oasi della gioia. Idee per un'antologia del gioco* (trad. it. Salerno: Edizioni 10/17, 1986).
 - Fiorin A., Capitanucci D. (2022) *Manuale operativo di presa in carico clinica nel disturbo da gioco d'azzardo*, Publiedit
 - Gartner A., Riessman F. (1984), *The self help revolution*, Human Sciences, NewYork.
 - Grant J.E., Kim S.W. (2002), “Gender differences in pathological gamblers seeking medication treatment”, *Comprehensive Psychiatry*, 43(1): 56-62.
 - Guerreschi C. (2002), “Trovare un equilibrio nuovo”, *Famiglia Oggi*, 4: 32-36
 - Johnson, S. (2012). *Creare relazioni: Manuale di terapia di coppia focalizzata sulle emozioni*. Istituto Scienze Cognitive.
 - Heineman M. (1994), “Compulsive gambling: structured family intervention”, *Journal of Gambling Studies*, 10(1): 67-76.
 - Lovaste R., Ferrucci R., Calmasini S. (2004), *Analisi di procedura per la valutazione dell'efficienza in un Ser.T.*, relazione al convegno “Le forme dell'integrazione”, Centro congressi Milanofiori 8-9 marzo 2004, disponibile al sito internet www.apss.tn.it.
 - Lovaste R. (2013) *Ad maiora La valutazione dell'efficienza di un'organizzazione socio-sanitaria: il modello del servizio per le dipendenze di Trento*, Mission, 40
 - Zanda G. (2001), “Il Ser.T. e il gioco d'azzardo patologico” in Croce M., Zerbetto R. (Ed) *Il gioco e l'azzardo*, Franco Angeli, Milano, p. 15-26

Auto Aiuto ed integrazione con i servizi territoriali: l'esperienza del Programma Prisma del Gruppo LOGOS di Salerno

Aniello Baselice, Medico, Psicoterapeuta*; Martina Buonocore, Psicologa*;
Immacolata Lettieri, Counselor*; Stefania Pirazzo, Counselor*
*Gruppo LOGOS Salerno

Introduzione

Il Gruppo LOGOS, Ente del Terzo Settore attivo nel campo della prevenzione e del trattamento delle addiction chimiche e comportamentali, ha cominciato a sperimentare alla fine dell'anno 2000 una metodologia di intervento sul Disturbo da Gioco d'Azzardo ispirata al modello di approccio complesso già applicato con successo dallo psichiatra croato Vladimir Hudolin nel campo dei problemi alcolcorrelati. Definito come "Approccio Ecologico-Sociale ai problemi alcol correlati", è un modello di comunità multifamiliari non residenziali ubicate sul territorio, e fondate sui principi e la pratica dell'auto mutuo aiuto combinato al trattamento della famiglia e al lavoro di rete: i Club degli Alcolisti in Trattamento, dal

2010 divenuti Club Alcologici Territoriali. I Club si occupano del trattamento dei problemi psico-sociali e relazionali legati al consumo di alcolici rappresentando uno dei sistemi di trattamento non istituzionale più diffusi in Italia e in altri 35 paesi del mondo. L'Approccio Ecologico-Sociale affonda le sue radici nella Teoria dei Sistemi di Ludwig Von Bertalanffy e sul piano pratico si ricollega alle esperienze della Comunità Terapeutica di Maxwell Jones, dei gruppi di auto-aiuto di Alcolisti Anonimi, della Terapia di gruppo di Bion e Foulkes, delle Comunità Terapeutiche USA per tossicodipendenti ed alcolisti (DayTop, Synanon), dei Club socio-psichiatrici di J. Bierer. Il modello ecologico-sociale sposa la concezione di una comunità terapeutica

non identificabile in una specifica tecnica di psicoterapia di gruppo ma piuttosto come esperienza di psichiatria sociale o di comunità, al cui interno possono convivere metodi diversi: il trattamento familiare congiunto dell'intera famiglia, il trattamento familiare esteso o di rete e la comunità terapeutica multifamiliare. Nell'attuale situazione socio-antropologica che vede in Italia il tramonto del gioco d'azzardo come esperienza "di nicchia" in favore della sua diffusione come esperienza di massa, i problemi ad esso correlati sono sempre più considerati come espressione di uno stile di vita determinato da molteplici fattori interni ed esterni alla persona di natura biologica, psicologica e sociale. In particolare viene sottolineato che i problemi del gioco sono legati alla cultura del gioco presente nelle nostre comunità e che una loro prevenzione e un miglioramento dello stile di vita legato al gioco non possa prescindere da un cambiamento della cultura sanitaria e generale della comunità. Recentemente Fritjof Capra ha scritto: "la cultura è incarnata nello stile di vita delle persone con una pervasività tale che, normalmente, tendiamo a non rendercene neppure conto." La teoria ecologico-sociale aderisce all'approccio sistemico, approccio che, secondo De Leo e Patrizi (1992), ha storicamente contribuito all'epistemologia della complessità. "Con la teoria sistemica, il comportamento problematico, dalla devianza psichiatrica alla tossicomania, viene reinserito all'interno del contesto in cui si esprime e di cui a qualche livello di realtà è espressione. Non

più attribuito del singolo, della sua mente o di patologie organiche, il comportamento 'negativo' viene riletto come un disagio del sistema cui l'individuo appartiene, come comportamento significato e significante se riferito a quel sistema di interazioni". Quindi si è in presenza della valorizzazione del contesto come sottosistema ecologico di cui ogni comportamento è parte ed è da esso definito. Al pari dei problemi alcolcorrelati, anche l'azzardo è un fenomeno complesso e multideterminato da fattori biologici, psicologici, sociali e familiari. La scelta di sperimentare l'applicazione dell'Approccio Ecologico Sociale al Gambling nasce allora sulla base dell'osservazione dell'esistenza di significative affinità e anche di contiguità, sovrapposizione o intreccio tra le caratteristiche socio-antropologiche e le problematiche proprie dell'alcolismo e del gioco d'azzardo, nonché nel riscontro clinico della coesistenza nella medesima persona o famiglia di entrambi i tipi di addiction.

Per l'Approccio Ecologico Sociale cruciale è l'intervento sull'ambiente dove l'uomo vive e lavora, il sistema di cui il gioco e gli altri problemi sono espressione di un modello o stile di vita a cui la comunità stessa dà significato. La famiglia rappresenta un sottosistema fondamentale del sistema comunità. La comunità è di fatto una comunità di famiglie. L'approccio familiare è quindi ritenuto essere l'"approccio minimo" indispensabile per affrontare il problema.

Nell'approccio ecologico–sociale applicato al campo del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), la famiglia non è mai vista solo come portatrice di disturbi, ma anche come un sistema aperto al resto della comunità e quindi capace di interscambio e dotata di risorse proprie inesprese, secondo i principi della Teoria dei Sistemi. In conseguenza di ciò, l'Approccio privilegia il trattamento multifamiliare in cui sempre più viene coinvolta anche la comunità in cui la persona, anzi la famiglia con problemi di gioco vive e lavora. Per il suo contenuto, il lavoro con la famiglia può essere terapeutico, educativo o sociale. L'Approccio Ecologico–Sociale individua le cause e lo sviluppo dei problemi e delle patologie azzardo - correlate dentro i rapporti sociali e tenta di contrastarli agendo all'interno della comunità locale. L'attenzione si sposta dalla famiglia alla comunità locale, in quanto il gioco problematico viene letto come esito di un'alterazione degli equilibri ecologici nella comunità sociale.

Alla luce di tali postulati, il Disturbo da Gioco d'Azzardo viene concepito come il risultato di uno stile di vita che si colloca in un continuum per cui il gioco cosiddetto sociale può evolvere all'addiction conclamata.

Il Programma PRISMA

PRISMA è un programma di intervento multidimensionale sui problemi azzardo-correlati concepito e realizzato dal Gruppo LOGOS di Salerno a partire dal 2000. Esso rappresenta l'evoluzione di un modello

di intervento orientato al raggiungimento dell'astinenza dal gioco, inizialmente denominato "Fuorigioco", verso un sistema trattamentale multidimensionale, capace di coniugare l'approccio motivazionale, cognitivo-comportamentale e sistemico-relazionale, al fine di promuovere una qualità di vita eco-sostenibile della persona nelle sue reti relazionali familiari e comunitarie.

L'approccio multifamiliare ai problemi azzardo-correlati si ispira a un'ottica sistemica e non lineare e prevede la presa in carico globale delle problematiche familiari correlate.

Il sistema familiare guarda, ma non riesce a vedere i segnali spesso incontrovertibili che ha di fronte (cecità familiare). La continua sottovalutazione e scotomizzazione dei presenti non ha nulla a che fare con un disegno cosciente di disinteresse. I familiari possono, al contrario, essere angosciati senza percepire con chiarezza ciò che succede. Il motivo di tale cecità risiede, forse, nel vantaggio secondario del sintomo, nella funzione che il comportamento patologico svolge all'interno di un dato sistema.

Nell'aiutare i componenti della famiglia a separare sé stessi e le loro relazioni dal problema, il processo di esteriorizzazione offre loro la possibilità di descrivere sé stessi, gli altri e le loro relazioni da una prospettiva nuova. Ciò consente lo sviluppo di una storia alternativa della vita familiare. L'esteriorizzazione del problema consente alle persone di differenziarsi dalle storie dominanti che hanno strutturato la loro

vita e le loro relazioni: quando si distaccano da queste storie acquistano la capacità di individuare aspetti vitali dell'esperienza vissuta precedentemente trascurati.

L'identificazione di tali situazioni e la formazione di nuovi significati intorno a esse aiutano le persone a identificare la loro resistenza agli effetti, o richieste, del problema.

La partecipazione della famiglia ai programmi prevede in parallelo l'avvio di un percorso di riabilitazione sociale, ma anche economica, che comporta la responsabilizzazione della famiglia medesima nell'assunzione di compiti strettamente connessi agli obiettivi del trattamento, e finalizzati anche alla ridefinizione del sistema delle relazioni familiari in una condizione gambling-free.

Obiettivi del Programma:

- Definire i fattori individuali familiari ed ambientali correlabili allo sviluppo del DGA.
- Raggiungere, anche attraverso un ventaglio di percorsi finalizzati alla crescita della motivazione e della progressiva consapevolezza, l'astensione dal gioco d'azzardo.
- Migliorare il quadro di stress psico-patologico che accompagna il DGA
- Migliorare le dinamiche relazionali socio-familiari del giocatore, ove possibile
- Migliorare il livello di autonomia personale, sociale e delle risorse di rete dei giocatori
- Affrontare/risolvere/ridurre i danni economici e legali del DGA
- Migliorare la qualità di vita globale della persona e della sua famiglia.

Punti centrali del Programma:

- Il lavoro sull'accettazione della condizione di addiction nelle sue diverse espressioni sintomatologiche, attraverso un lavoro di tipo psico-educazionale che non interessa solamente il singolo, ma coinvolge in varia misura e per la diversità dei ruoli tutti i membri della famiglia.
- Partecipazione attiva e costante della famiglia al trattamento terapeutico riabilitativo che armonizza i principi della psicologia cognitivo-comportamentale, della psicologia sistemico-relazionale e della psico-educazione.
- Aumento della consapevolezza rispetto alle conoscenze relative all'azzardo ed al livello di gravità del DGA.
- Svolgimento di programmi di sviluppo di life skills finalizzati alla promozione di stili vita sostenibili e alla auto-tutela da altre forme di addiction.
- Sostegno economico finanziario alle famiglie, finalizzato all'estinzione dei debiti da azzardo sulla base di indicatori relativi alla stabilizzazione dell'astinenza, all'esplorazione e all'assunzione di consapevolezza e alla elaborazione di processi di contrasto/

superamento di altri fattori di rischio

- La valutazione periodica del trattamento sul piano dell'emancipazione psicologica e comportamentale dalle addiction.

Fasi del Programma:

- L'osservazione e la diagnosi clinica della natura e del livello di gravità del disturbo, secondo il modello di Blaszczynski, e delle sue ripercussioni sistemiche.
- L'esplorazione e il consolidamento della motivazione al cambiamento e delle risorse individuali, familiari e della rete sociale di riferimento.
- La formulazione di un contratto e di un programma educativo orientato al cambiamento dello stile di vita.
- La partecipazione ad un trattamento multifamiliare complesso finalizzato all'auto-protezione e al cambiamento dello stile di vita della famiglia attraverso l'inserimento nel programma psico-pedagogico multifamiliare e/o nelle comunità territoriali di Famiglie in Gioco.
- L'orientamento ed invio ad altre opzioni terapeutico-educative e riabilitative.

I Servizi del Programma:

- Segretariato sociale con Call Center dedicato STOP AZZARDO: servizio di ascolto telefonico per informazioni generali o inerenti ai servizi associativi e

all'accoglienza delle richieste di intervento.

- Centro di Prima Accoglienza: spazio dedicato alle persone ed ai familiari che si rivolgono all'Associazione per problemi legati al gambling attraverso colloqui motivazionali e counselling individuale/familiare.
- Centro di Osservazione e Diagnosi: svolge counseling medico-psico-sociale, psicoterapia individuale, di coppia, familiare finalizzate alla valutazione e al trattamento del livello di gravità del gambling, in riferimento all'esistenza o meno di comorbidità psichica o di altre addiction.
- La Comunità Terapeutica Multifamiliare: è un servizio non residenziale che prevede due livelli consequenziali di intervento psicoterapeutico in rapporto all'evoluzione del processo di cambiamento. La Comunità Terapeutica coinvolge tutti i membri della famiglia, comunque questa oggi venga strutturata ed intesa, nonché la rete relazionale significativa della persona con problemi attivi e diretti di addiction. Un coinvolgimento utile sia ad esplorare le complesse relazioni e le dinamiche presenti al suo interno sia a stimolare un processo di cambiamento. Lo scopo del coinvolgimento multifamiliare è favorire il cambiamento del giocatore e della famiglia nei confronti del problema correlato al gioco d'azzardo e delle scelte, alternative al bipolarismo giocare - non giocare, che la famiglia può fare.

- I Club “Famiglie in Gioco”: sono piccole comunità formate da 10-12 famiglie che condividono i problemi e la speranza di superare i disagi legati al gambling, associato o meno ad altre addiction (alcol, droghe, disagio psichico, ecc.). I Club si incontrano con cadenza settimanale per affrontare e superare situazioni difficili, per soddisfare bisogni condivisi, per modificare comportamenti ed atteggiamenti, per condividere emozioni e stati d’animo, per creare legami di amicizia e solidarietà fondati sull’ascolto reciproco, sulla comunicazione, sulla fiducia e sul rispetto. Gli incontri si tengono nella stessa sede e alla stessa ora e sono coadiuvati da un facilitatore, denominato Servitore Insegnante, una figura specificamente formata secondo l’approccio eco-sistemico e addestrata a tale funzione. I Club fanno capo all’omonima Associazione “Famiglie in Gioco”, nata nel 2005 grazie alla sensibilizzazione all’impegno di cittadinanza attiva assunto dai loro membri e al supporto del Gruppo LOGOS. Dal 2016 esse hanno assunto la denominazione “Club Famiglie in Gioco” (Club Hudolin).
- Supporto legale ed economico-finanziario, coordinato con le Fondazioni Antiusura “G. Moscati” e Nashdak . Il programma prevede l’inserimento di figure quali il tutor - individuato nell’ambito della famiglia o fuori di essa-, il legale e il commercialista al fine di procedere ad una quantificazione e pianificazione del rientro dal debito, spesso contratto con prestiti

da usurai o da agenzie di finanziamento.

Identikit dell’utente del Programma

Uno studio realizzato su oltre 500 utenti presi in carico nel Programma di trattamento del Gruppo nel periodo 2009-2019 ha permesso di elaborare il seguente identikit:

- Maschio, 88,9 %
- Fascia di età 41-50, 44,6%
- Diplomato, 53,7%
- Coniugato, 46,3%
- Occupato, 58,3%
- Residente a Salerno, 85,2%
- Gioco più utilizzato: slot machines, 64,8%
- Incidenza comorbiditàalcol/azzardo, 19,5%

Monitoraggio del trattamento

Il monitoraggio degli esiti del trattamento dei giocatori d’azzardo e dei loro familiari è stato realizzato tramite un questionario che ha esplorato gli indici di funzionamento psico-sociale delle persone con Disturbo da Gioco d’Azzardo, diagnosticato secondo il DSM-5, ricavati dalla Classificazione Internazionale del Funzionamento e della Disabilità elaborato dall’OMS e adattati all’ambito di tale tipo di addiction (controllo degli impulsi; fattori ambientali; cura di sé; interazioni e relazioni; vita sociale, ecc.)

Sulla base dei dati ottenuti si è visto che il 57% delle famiglie, che ha proseguito il programma di trattamento anche dopo i primi 5 anni, ha presentato un cambiamento significativo dello stile di vita, sia in termini di stabilizzazione dell'astinenza che di miglioramento degli indici di funzionamento psico-sociale; nei casi di compresenza di problemi alcol/azzardo correlati si è apprezzata inoltre una riduzione al 34% delle ricadute nel consumo di alcol con conseguente riattivazione del comportamento del gioco.

Considerazioni:

La specificità del programma PRISMA risiede nel protagonismo attivo della famiglia in cui esiste il problema dell'azzardo nel percorso di trattamento e di riabilitazione psico-sociale.

I programmi di trattamento non sono allora centrati sulla mera riparazione del danno esistenziale individuale e familiare, ma diventano percorsi di scoperta, o di riscoperta, di una attenzione alla corresponsabilità ed alla interdipendenza tra la qualità di vita del singolo e quella di tutti gli altri membri della comunità di cui si è parte.

Le famiglie dei Club "Famiglie in Gioco", riunite in associazione, sono fortemente coinvolte in attività di informazione, sensibilizzazione e di advocacy sui rischi e i problemi azzardo-correlati (nel 2016 sono state circa 160 le ore di servizio volontario svolto da alcune di esse).

Tale impegno civico viene svolto in stretta

sinergia con le agenzie sanitarie, sociali, educative e culturali, istituzionali e non, per contribuire a ridurre l'impatto globale di tali problemi e per concorrere allo sviluppo di una cultura sociale e sanitaria dei cittadini capace di promuovere la coscienza e la prassi del "prendersi cura".

Conclusioni

Sulla base della valutazione del lavoro effettuata nell'arco di venti anni, si evince che il programma PRISMA è un modello di intervento territoriale che presenta le seguenti caratteristiche:

- una facile accessibilità ai programmi, permessa da una buona rete informativa territoriale e da un'accoglienza offerta nell'arco di cinque giorni su sette e senza liste di attesa;
- la personalizzazione delle offerte ai bisogni delle persone e delle famiglie;
- la crescita incrementale negli ultimi 10 anni degli accessi ai vari servizi offerti (psicodiagnosi; psicoterapia e psico-educazione individuale, familiare e di gruppo; counseling socio-sanitario; supporto legale ed economico);
- una compliance al trattamento in termini di astinenza stabilizzata e miglioramento degli indici di funzionamento psico-sociale pari al 57% delle famiglie seguite con programmi di follow up dopo i primi 5 anni di frequenza;

- la cooperazione costante con altri programmi o reti territoriali non solo per il trattamento, ma anche per la prevenzione mediante interventi di sensibilizzazione e di prevenzione primaria rispetto ai rischi e ai problemi azzardo-correlati.

Bibliografia

- Bateson, G. (1985). *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi, Milano.
- Capitanucci, D., & Carlevaro, T. (2004). *Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel disturbo di gioco d'azzardo patologico*. Hans Dubois, Bellinzona.
- Cocci, V., & Dimauro, P.E. (2006). *Il gioco d'azzardo patologico e le nuove dipendenze: il modello organizzativo del Dipartimento delle Dipendenze di Arezzo. Una prospettiva di salute pubblica*, *Personalità/Dipendenze*, 11(I).
- Capra, F. (2001). *La rete della Vita*. Rizzoli, Milano.
- Croce, M., & Capitanucci D. (2003). *Il gioco d'azzardo patologico*. In: *La criminalità nella*
- Martesana- Rapporto 2003. *Gioco d'azzardo e territorio*. Gruppo Abele-Centro studi per la legalità, Torino.
- Croce, M. (2002). *Il gioco d'azzardo tra normalità e patologia*. In: Capitanucci, D., Marino, V. (a cura di), *La vita in gioco? Il gioco d'azzardo tra divertimento e problema*. Franco Angeli, Milano
- Croce, M., & Zerbetto, R. (a cura di) (2001). *Il gioco e l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento*. Franco Angeli, Milano.
- De Leo, G., & Patrizi, P. (2002). *Psicologia della devianza*. Carrocci, Roma.
- Folgheraiter, F. (1994). *Operatori sociali e lavoro di rete. Saggi sul mestiere di altruista nelle società complesse*. Centro Studi Erickson, Trento.
- Guerreschi, C. (2000). *Giocati dal gioco*. Edizioni San Paolo, Alba (CN).
- Imbucci, G. (2003). *Il gioco pubblico in Italia. Storia, cultura e mercato*. Marsilio, Venezia.
- Hudolin, V. (1992). *Manuale di alcologia*. Centro Studi Erickson, Trento.
- Mazzocchi, S. (2005). *Mi gioco la vita. Mal d'azzardo: storie vere di giocatori estremi*. Baldini
- Castoldi Dalai, Milano.
- Pasqualotto, L. (2016). *ICF-Dipendenze: un set di strumenti per programmare e valutare la*
- riabilitazione nelle dipendenze patologiche. Centro Studi Erickson, Trento.
- Rigliano, P. (1998). *Indipendenze*. Gruppo Abele, Torino.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (2003). *Paradosso e controparadosso*. Raffaello Cortina, Milano.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D.D. (1985). *Pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio, Roma.



Collabora con il *Bulletin!*

Tutti i soci di Alea sono invitati a proporre propri contributi con argomenti relativi alle seguenti 3 macro-aree: Gioco d'Azzardo, Comportamenti a Rischio, Dipendenze Comportamentali. I lavori dovranno essere conformi alle norme redazionali pubblicate nella sezione ALEA Bulletin del sito www.gambling.it.

La responsabilità dei testi pubblicati è degli autori. Il comitato di redazione si riserva il diritto di richiedere agli autori di apportare modifiche ai contenuti e alla forma dei testi al fine di adattarli allo stile e alle finalità della pubblicazione e della Associazione stessa.

I lavori dovranno essere inviati all'indirizzo mail:
aleabulletin@gmail.com



Comitato di redazione

Graziano Bellio
Silvia Cabrini
Mauro Croce
Claudio Dalpiaz
Beatrice De Luca
Emilia Serra

Presidenza ALEA

E-mail: presidenza.alea@gmail.com

www.gambling.it

Per non ricevere più il Bulletin, scrivere a: newsletter@gambling.it



ALEA Bulletin è una pubblicazione culturale e scientifica di ALEA con licenza Creative Commons
Attribuzione - Non commerciale Condividi allo stesso modo 3.0 Unported.