

# ALEA

## *Bulletin*

---

Associazione per lo studio del gioco d'azzardo  
e dei comportamenti a rischio

---

VIII  
2/2020

ALEA è una associazione scientifica senza fini di lucro. La sua missione è studiare e promuovere interventi sul fenomeno del gioco d'azzardo e le sue ricadute personali, familiari e sociali, prima fra tutte lo sviluppo della patologia di dipendenza correlata (Disturbo da Gioco D'azzardo, DGA). Promuove la formazione degli operatori, lo scambio scientifico e la diffusione di una cultura responsabile e prudente in tema di gioco d'azzardo.

---

## SOMMARIO

- 3 Editoriale  
di M. Fiasco
- 8 Gioco d'azzardo e criminalità. Riflessioni introduttive e alcuni spunti di  
ricerca  
di M. Croce, R. Bianchetti, S. Sbaragli
- 16 Il Disturbo da Gioco d'azzardo: l'esperienza pilota di uno sportello in un  
ospedale metropolitano.  
di I. Limosani, C. Ciliberti, L. Longo, M. Turco, F. Prever, M. Percudani
- 23 Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) nel tempo dell'emergenza COVID-19  
di C. Galbiati, I. Limosani, C. Ciliberti, L. Longo, M. Turco, F. Prever, M. Percudani
- 30 Nuove emergenze ai tempi del Covid; gioco online, quali i rischi e quali i  
possibili strumenti di prevenzione  
di M. Minci, F. Prever
- 36 I familiari dei giocatori vanno trattati?  
Una lettura critica dello studio di Nilsson e Colleghi (2020)  
di G. Bellio
- 42 Lettera di un giocatore d'azzardo
- 45 Dentro gli schemi...fuori dagli schemi  
di R. De Luca

---

# Conseguenze del COVID-19. Le professionalità delle dipendenze da gioco d'azzardo, gli scenari e le responsabilità istituzionali

---

Maurizio Fiasco, Presidente ALEA

**R**innovando la mission statutaria, che è lo studio del gioco d'azzardo e delle addiction correlate, Alea si pone un quesito capitale: come siano maturati con e dopo l'esperienza universale della pandemia di COVID-19, i comportamenti patologici di rischio soggettivo. In pratica, quali dinamiche interpersonali e intrapersonali si attivano o si rinforzano in un evento di tale portata. Oppure, viceversa, quali possono segnare un declino. Le dipendenze hanno subito dei cambiamenti importanti dopo un trauma prolungato? Le conseguenze si colgono già, quando uomini e donne di ogni età – e insediati in tutte le latitudini – hanno corso un pericolo di vita imminente, sentendosi accomunati da una preoccupazione incessante? In effetti, gli operatori dei servizi osservano come il cambiamento morale delle persone, che è stato indotto forzatamente, abbia trasfigurato le manifestazioni estremistiche di comportamenti a rischio legati a dipendenze patologiche. Si tratta di un salto, avvenuto drammaticamente e non concluso, nelle sfere cognitiva, pragmatica e nelle qualità esistenziali più profonde. L'incertezza consapevole

nella vita quotidiana (l'incombenza del contagio) ha interferito con la ricerca della gratificazione ambigua dalla sorte. Se tutte le condotte umane si dispiegano dentro il rischio – ogni scelta è razionale, ma in condizioni di incertezza – quel che traccia il discrimine tra inevitabile e patologico è il Prospect della temerarietà. A far la differenza è infatti la cornice dove si colloca la messa a repentaglio di beni di primaria importanza: dal patrimonio familiare alle relazioni significative, dall'interesse pubblico alla sicurezza personale, dall'interazione nella vita quotidiana alle regole elementari della convivenza civile eccetera. In breve, il comportamento a rischio che cerchiamo di studiare per operare nel servizio e nelle politiche istituzionali è pur sempre quello che minaccia per futili motivi l'integrità della persona, l'equilibrio della società, il funzionamento di sistemi portanti dell'economia, dello stato, del welfare. Ecco, per l'appunto: come si configurerà da adesso e nelle evoluzioni ipotizzabili il comportamento a rischio definito gioco d'azzardo? Quali analogie e differenze si potranno cogliere con le altre patologie di massa che sono incorporate in modelli di business industriali

o industrial-politici, quali il tabagismo, l'abuso di alcolici, l'assunzione di stupefacenti, il sesso commercializzato, l'uso quotidiano del linguaggio offensivo nei social media? E quali convergenze o cooptazioni continueranno a svilupparsi come a esempio quella tra il gaming dei nuovi videogiochi e il gambling in forte ascesa con le reti mobili e sul web? Una sensata riflessione ha l'onere di muoversi dunque su un doppio binario: quello dove si dispiegano gli atteggiamenti, le reazioni, la fenomenologia delle psicosi degli addicted, le sofferenze nelle relazioni interpersonali; l'altro dell'assieme sistematico della "macchina" ingegnerizzata per cavare profitti dalla popolazione che consuma gioco d'azzardo, ovvero del gambling industrializzato con tutto l'assortimento delle tecnologie impiegate. Nel prevedibile ritorno alla pratica di massa del gioco d'azzardo avranno dunque un'influenza notevole le abitudini di vita e i profili delle personalità individuali; agirà la struttura intrinseca del comportamento dello scommettere denaro alla ricerca di un premio atteso dal caso; sarà determinante l'organizzazione dei device della macchina del gambling; condizionerà la distribuzione delle porte d'accesso ai giochi così come sono collocate nel territorio fisico e nell'ambiente relazionale dei cittadini; resteranno determinanti le procedure di coinvolgimento nelle sequenze della ricerca di gratificazione impiegando denaro. Insomma, l'osservazione rivolta a delineare lo scenario farà i conti su come è stato

spiazzato il mondo delle professionalità dei servizi sulle dipendenze, della ricerca scientifica multidisciplinare, della sociologia, dell'economia, della politologia, del diritto. Andando sull'altro "binario", come s'è detto, è gioco forza analizzare come sia stato colto di sorpresa e finito in trappola (forse ancor più, anzi molto più pesantemente) il complesso gigantesco industriale - finanziario - ideologico del business legato al consumo di massa delle varie forme di gioco. Quell'azzardo industrializzato che si articola nel nostro paese in ben 51 distinte tipologie: tra quelle praticabili con un supporto fisico a quelle altre accessibili attraverso il web, ovvero restando fermi all'interno delle pareti domestiche. Sono due questioni con le quali i decisori politici e tecnici del governo dell'emergenza sanitaria ancora non hanno fatto i conti: da un lato la necessità di nuove definizioni delle patologie nel mutato scenario; dall'altro gli esiti del crollo delle convenienze per le compagnie del gioco d'azzardo che ne hanno fatto un consumo di massa decuplicatosi nell'arco di un ventennio<sup>1</sup>. Il diavolo si nasconde nei dettagli. E infatti della tendenza a negare la dura e inaspettata realtà di fatto, costituisce un segno oggi anche l'omissione dell'obbligo istituzionale di fissare adeguate procedure di prevenzione del contagio da virus anche nei templi del gambling: poiché sul finire dello scorso giugno è stato autorizzato il nuovo funzionamento delle complesse macchine del gioco d'azzardo senza alcuna adeguata istruttoria. Non si è coinvolto alcun dipartimento di prevenzione

---

<sup>1</sup> Tra il 2000 e il 2019, il consumo nazionale di gambling è passato da un volume di 10 miliardi di euro ha ben 109. Dunque, un record, a consuntivo dell'anno che precedeva l'insorgenza della pandemia da covid-19. Fonte: elaborazione personale da dati ufficiali del Monopoli di Stato.

delle Aziende sanitarie, per esaminare la particolarità degli ambienti dove si scommette, si azionano slot machine, si distribuiscono tagliandi di lotterie, si staziona aspettando in massa l'esito delle estrazioni del "10 e Lotto". Le sale per scommesse, i locali delle slot machines (comprese le "videolottery"<sup>2</sup>), il viavai quotidiano dell'acquisto di centinaia di migliaia di biglietti di riffe industrializzate, di puntate agli sportelli di raccolta e di distribuzione delle chance di vincite in denaro sono stati considerati alla stregua di un qualsiasi esercizio commerciale. Per dirlo con maggiore brutalità: si è saltato a piè pari di considerare la condotta pratica del giocatore patologico, inquadrandolo come un ordinario "consumatore", che davanti a un apparecchio, nel quale scorrono le immagini di segni e combinazioni che dispensano premi o che confermano che le macchine ingurgitano il denaro versato, possa limitarsi a un veloce tentativo e poi uscire dal locale, lasciando al gestore il tempo per sanificare la postazione e far accedere quindi il successivo avventore rimasto fuori dal locale ad attendere disciplinatamente il proprio turno. Insomma, non si è ammessa alcuna differenza tra quanti entrano in un bar per sorseggiare un caffè (e subito dopo escono dall'esercizio) e quanti sentono l'impulso di varcare il vestibolo di una sala slot o di betting e avventurarsi nella penombra dei locali angusti, per trattenersi nelle giocate "a ripetizione".

Dall'ipocrisia all'incoscienza delle amministrazioni centrali e regionali: come se fossero spariti di incanto quelle centinaia di migliaia di giocatori patologici (almeno un milione e mezzo di persone stando a una ormai obsoleta ricerca dell'istituto superiore di sanità) che restano incollati davanti al display luminoso resistendo persino all'impulso di bisogni fisiologici. Come se il pubblico dei giocatori si fosse tutto omologato nella figura del consumatore occasionale che entra nel locale, fa la sua partita ed esce fino alla prossima esperienza. A questo panorama di dimissioni concatenate dalla responsabilità, si è aggiunto anche l'Osservatorio sul gioco d'azzardo del ministero della Salute. Agli inizi di giugno, quattro componenti dell'organismo consultivo (tra i quali chi scrive<sup>3</sup>) si erano rivolti al professore Giovanni Rezza (attuale direttore generale di prevenzione e dunque presidente dell'organismo consultivo sul DGA) sottolineando che "per molti giocatori problematici il COVID-19 ha coinciso con improvvisa perdita o riduzione del reddito e che, dall'altro lato, anche per il complesso della popolazione rilanciare il gioco d'azzardo in questo momento aumenterebbe il rischio di depauperare le famiglie". Gli estensori della lettera hanno ricordato che "Sono note peraltro le distorsioni cognitive innescate dai richiami all'azzardo, alle vincite illusorie: ancor più perniciose nella specifica situazione dell'Italia

---

<sup>2</sup> VLT (Video Lottery Terminal) è l'acronimo che indica terminali di gioco d'azzardo simili alle slot machine, ma collocati esclusivamente in locali dedicati al loro funzionamento, spesso semplicemente indicati come "sala slot".

<sup>3</sup> L'8 di giugno Aniello Baselice, Daniela Capitanucci, Onofrio Casciani e Maurizio Fiasco – rispettivamente per le Regioni meridionali, per l'associazione AND, per le associazioni scientifiche SITD e Alea, tutti componenti dell'Osservatorio, hanno inviato formalmente la richiesta: senza ottenere alcuna risposta.

in depressione economica”. Di qui la necessità di riunire in videoconferenza l’Osservatorio (come previsto peraltro dal suo regolamento). Ebbene, sono passati sei mesi dall’ultima adunanza dell’organismo, e trascorreranno presumibilmente altri 30-40 giorni al netto della pausa estiva. E il ministero della Salute continua a non esercitare alcun ruolo sulla questione. Intanto l’omologo osservatorio presso la Regione Lazio ha licenziato un documento che mira a saldare in un messaggio unitario sia le responsabilità del servizio sanitario nazionale specificamente sulla presa in carico del Disturbo da Gioco d’Azzardo e sia le misure da dedicarsi alla prevenzione del rischio di contagio nei luoghi dove si distribuiscono le molte versioni del gambling statalizzato. Cosa unisce le due accezioni della questione? La responsabilità “per”, l’impegno attivo e non meramente “di fronte” (adempimenti formali) che riguarda la sfera dei doveri del pubblico (salute intesa come completo stato di benessere fisico, psichico e relazionale) e l’ambito del contributo civile di ogni singola persona che è obbligata a fornire davanti a tragedie universali quali la pandemia da COVID-19. Il quesito è essenziale. Si può aprire una nuova stagione nella strategia di fronteggiamento sia delle dipendenze patologiche qual disturbo clinico e sia del condizionamento sociale istituzionale? Certamente, se non si lasciano oscurare l’effetto del blocco imposto dalla pandemia e le implicazioni della salute come diritto inalienabile e insieme dovere del cittadino.

Appendice – Dal Documento approvato dall’Osservatorio della Regione Lazio – luglio 2020  
**IL PROBLEMA SPECIFICO DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA SANITARIA  
 NELLA RETE DISTRIBUTIVA DEL GIOCO D’AZZARDO.**

<b>TIPO DI GIOCO D’AZZARDO</b>	<b>MODALITA’ DI CONSUMAZIONE PREVALENTE</b>	<b>ASPETTI CRITICI</b>
<i>AWP (slot machine in pubblici esercizi)</i>	All’interno di locali aperti al pubblico o esercizi commerciali	Permanenza prolungata; alta frequenza di gioco; crescente emotività del giocatore
<i>Betting Exchange</i>	Da remoto	-
<i>Big</i>	In punti di raccolta o da remoto	Minimi: consegna della schedina nel punto vendita e pagamento
<i>Bingo</i>	In locali dedicati	Prolungamento delle giocate; permanenza a tempo indeterminato; consumazione di alcolici, cibo e possibilità di fumare in spazi riservati
<i>Comma 7 (apparecchi senza denaro)</i>	In pubblici esercizi e altri locali	Prolungamento delle giocate; permanenza a tempo indeterminato
<i>Concorsi Pronostici Sportivi</i>	In punti di raccolta o da remoto	Minimi: consegna della schedina nel punto vendita e pagamento
<i>Eurojackpot</i>		Minimi: consegna della schedina nel punto vendita e pagamento
<i>Giochi di Abilità</i>	Da remoto	-
<i>Ippica Nazionale</i>	In locali dedicati	Permanenza a tempo indeterminato
<i>Lotterie Istantanee</i>	In pubblici esercizi	
<i>Lotterie Istantanee Telematiche</i>	Da remoto	-
<i>Lotterie Telematiche Tradizionali</i>	Da remoto	-
<i>Lotterie Tradizionali</i>	In pubblici esercizi	-
<i>Lotto e 10 e lotto</i>	In pubblici esercizi	Permanenza a tempo indeterminato in attesa del risultato da display in funzione; frequenti ripetizioni delle giocate.
<i>PlaySix</i>	Da remoto	-
<i>Scommesse Ippiche In Agenzia</i>	In locali dedicati	Permanenza a tempo indeterminato in attesa del risultato da display in funzione; frequenti ripetizioni delle giocate.
<i>Scommesse Sportive a Quota Fissa</i>	In locali dedicati	Permanenza a tempo indeterminato in attesa del risultato da display in funzione; frequenti ripetizioni delle giocate.
<i>Scommesse Virtuali</i>	In pubblici esercizi	Permanenza a tempo indeterminato in attesa del risultato da display in funzione; frequenti ripetizioni delle giocate.
<i>Superenalotto</i>	In pubblici esercizi	Minimi: consegna della schedina nel punto vendita e pagamento
<i>VLT</i>	In locali dedicati	Prolungamento delle giocate; permanenza a tempo indeterminato; consumazione di alcolici, cibo e possibilità di fumare in spazi riservati
<i>Winforlife</i>	In pubblici esercizi	Minimi: consegna della schedina nel punto vendita e pagamento

---

# Gioco d'azzardo e criminalità. Riflessioni introduttive e alcuni spunti di ricerca

---

Mauro Croce, Prof. a contratto di Psicologia della Devianza e Criminalità, Università della Valle d'Aosta;  
Raffaele Bianchetti, Giurista, Specialista in Criminologia clinica, Codirettore della Rivista scientifica "Diritto Penale e Uomo (DPU) - Criminal Law and Human Condition";  
Sara Sbaragli, Dottore di ricerca in Sociologia presso l'Università di Bologna - Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia

**N**onostante le comprensibili difficoltà tipiche della ricerca criminologica, riguardanti la necessità di avvalersi di evidenze in ordine ad un fenomeno tendenzialmente nascosto, quale quello della commissione di reati, le correlazioni tra gioco d'azzardo e criminalità trovano attenzione e conferma sia in numerosi studi di tipo statistico sia nelle osservazioni empiriche svolte in ambito clinico. Correlazioni non riassumibili in una sola dimensione, ma che attraversano ed intrecciano diverse aree, sono sinteticamente riassumibili in alcuni punti.

- 1) Quello della cosiddetta criminogenicità diretta del gambling, dove la persona rischia di commettere reati per procacciarsi denaro in maniera illecita al fine di potere continuare a giocare. Ad esempio, consumando appropriazioni indebite, corruzioni, truffe, furti, rapine, ricettazioni, minacce ed estorsioni (Croce, 2005).

- 2) I processi di vittimizzazione del giocatore stesso il quale può diventare oggetto di irretimento nell'area criminale e quindi "manovalanza" a basso costo e a basso rischio da parte della criminalità organizzata (Bianchetti, Croce, 2007). Questo, ad esempio, attraverso la concessione di crediti o "agevolazioni" nei confronti di soggetti insospettabili ed incensurati da utilizzarsi per azioni illecite quali trasporti illeciti di droga, accessi ad informazioni riservate, partecipazioni a gare di appalto "truccate", infiltrazioni in imprese municipalizzate, enti ed esercizi commerciali di interesse pubblico (Romani, 2001).
- 3) La possibile esposizione giudiziaria relativa a vicende di stampo privatistico (contenziosi lavorativi, inadempienze contrattuali, cessioni di beni, separazioni e divorzi, etc.) nonché problemi connessi alla gestione della crisi da sovraindebitamento (Bianchetti, 2013).
- 4) Gli interessi da parte della criminalità organizzata (Ferentzy & Turner, 2009)



in ordine non solo alla gestione diretta di attività di gioco illegale ma anche attraverso il controllo di società, sale da gioco e punti scommessa, intestati a soggetti che possono rivelarsi meri prestanome e all'interno dei quali, accanto alle attività legali possono essere esercitati anche giochi clandestini – “riuscendo a trarre ingenti profitti anche da tutte le attività collaterali al settore” (Russo, 2017, p. 65).

5) I processi di vittimizzazione del nucleo familiare del giocatore (ad esempio violenze, abbandono di minore, abusi) e/o altri soggetti o attività che ne possono subire conseguenze (Black et al., 2003; Suomi et al., 2013).

6) La possibilità di riciclare “denaro sporco”. Operazione possibile anche attraverso il gioco on-line con “movimentazioni di denaro poco tracciabili per la tipologia dei flussi e per l'ubicazione delle società di gestione all'estero, spesso addirittura in paradisi fiscali” (Russo, 2017, p. 70).

7) Le diverse opportunità offerte dall'online in ordine alla realizzazione di attività illegali come evidenziato ad esempio dagli studi di Mc Mullan & Rege (2010) e Banks (2014).

8) Il tema dell'imputabilità del giocatore in considerazione del fatto che il Disturbo da Gioco d'Azzardo possa comportare il funzionamento psicopatologico dell'individuo e quindi incidere, con valore di infermità, sulle capacità perlomeno volitive del soggetto e, quindi, rilevare sul piano del riconoscimento della sua responsabilità penale (Bianchetti, 2017).

9) Il tema della corruzione (Vannucci, 2017) e dell'usura (Fiasco, 2014).

10) La relazione sussistente tra offerte

di gioco d'azzardo e tipo di reati commessi, aspetto questo di grande interesse anche in relazione alle policy (Proke, 1994). L'analisi e la discussione dei vari punti esula dai limiti del presente contributo che si limiterà ad alcune osservazioni di carattere generale. Per quanto riguarda il primo punto, se una recente revisione sistematica della letteratura (Adolphe et al. 2018) ha evidenziato come non siano chiari i fattori che contribuiscono alla commissione di reati correlati al gambling e questa sia una area suscettibile di ulteriore ricerche, numerosi sono gli studi che segnalano una relazione significativa tra gioco d'azzardo e criminalità. E questo nonostante sia legittimo ipotizzare come gran parte dei reati commessi dai giocatori d'azzardo siano in realtà ignoti alle Autorità competenti e, pertanto, rientrati all'interno del cosiddetto campo del numero oscuro dei reati: ovverosia fatti antigiusuridici di rilevanza penale che non vengono “colti”, rilevati, perseguiti e, di conseguenza, contrastati dagli organi preposti. Gli elementi che concorrono a rendere più o meno visibile ed investigabile un reato sono diversi, ma in particolare riguardano il tipo di reato commesso, il ruolo e la tipologia della vittima del reato e le caratteristiche relative al suo autore (Chapman, 1971; Cohen, 1969). Inoltre, in generale, anche le modalità ed il luogo di realizzazione della fattispecie di reato sono elementi che influenzano significativamente l'indice di occultamento e nel caso specifico del gioco d'azzardo questi elementi risultano essere particolarmente incidenti. Infatti molti reati da parte dei giocatori vengono commessi nei confronti di conoscenti, nell'ambito di

relazioni amicali e lavorative o, direttamente, all'interno di luoghi di lavoro e questo, sovente, incide sulla loro "trascurabilità". Ad esempio non è da escludere che il datore di lavoro rinunci a denunciare l'accaduto per un insieme di fattori (tra cui: la sfiducia nel riottenere per via giudiziaria il denaro sottratto; il rapporto personale con il proprio dipendente e la percezione dello stesso quale vittima/malato anziché delinquente/disonesto; il rischio di rendere pubbliche situazioni di "mala gestione o scarso controllo" con conseguenze sull'immagine della azienda) e si "accontenti" delle dimissioni del proprio collaboratore. Premesso questo, elevate paiono essere le potenzialità criminogene (dirette ed indirette) del gioco d'azzardo e la superiore incidenza di arresti e di carcerazioni tra giocatori patologici rispetto ai giocatori non patologici o chi non ha mai giocato nella propria vita, appare confermata da numerose ricerche. Ad esempio, se la maggior parte dei crimini commessi dai giocatori sembrerebbe comunque di natura non violenta (Blaszczynski & Silove, 1996), una ricerca condotta in Australia su un campione di giocatori patologici ha rilevato come circa il 54% dei soggetti avesse commesso almeno in reato durante la sua 'carriera' di giocatore. Tra i vari studi Smith et al. (2003), dopo avere analizzato i report della polizia di Edmonton in Canada e registrato come il 2,7% dei crimini generali commessi nell'arco di tempo analizzato fossero in qualche modo imputabili al gioco, hanno evidenziato – attraverso interviste agli agenti della sicurezza – quattro diverse tipologie di crimini correlabili al gioco d'azzardo: 1) quelli

legati all'azzardo illegale (scommesse illegali, bische o truffa nei giochi); 2) quelli commessi direttamente dai giocatori (frode, truffa, rapina) 3) quelli collegati ai luoghi di gioco (usura, il riciclaggio, furto, prostituzione, vandalismo); 4) quelli perpetrati in ambito familiare (abusi, abbandono di minore). Sempre in Canada, Bridges e Williamson (2004), analizzate le 18 (nel 1990) e le 14 (nel 2000) tipologie di gioco d'azzardo riconosciute dalla legge associandole con i tassi relativi ai crimini violenti come la rapina e altri crimini contro la proprietà, hanno riscontrato correlazioni positive tra il furto con scasso e le scommesse illegali sulle corse e sportive; tra il furto di motoveicoli e le scommesse sportive illegali; tra il furto e la frequentazione dei casinò e delle corse dei cavalli. Nella rilevazione relativa all'anno 2000 sono state invece verificate associazioni positive tra la rapina e la frequentazione di casinò e delle slot machines, l'uso di gratta e vinci e la frequentazione delle sale bingo. Del resto Abbott et al. (2005), da interviste a detenuti nelle carceri della Nuova Zelanda finalizzate a conoscere se i reati cui erano accusati fossero da loro ritenuti in relazione con il gioco, riscontrarono un 19% di risposte positive. Inoltre, uno studio di Toce-Gerstein et al. (Toce-Gerstein et al, 2003) indica come, se la possibilità di commettere azioni illegali fosse presente "solo" nel 4% dei soggetti che rientrano nella definizione dei Pathological Gamber, questa diverrebbe del 61% per i soggetti ad "alto rischio" intendendo per soggetti ad alto rischio coloro i quali presentassero da 8 a 10 criteri del DSM-IV: il che in un certo senso appare tautologico

essendo indicato tra i vari criteri appunto la commissione di reati (criterio successivamente escluso dalla quinta edizione del manuale). Se queste ricerche fossero confermate da successivi studi si potrebbe ipotizzare come in taluni soggetti il gioco funga da porta di ingresso nel mondo della illegalità ed una volta varcata questa soglia il continuare la condotta illegale possa assumere nuove dimensioni e nuove caratteristiche e non sia strettamente legato alla necessità di denaro per giocare (Thompson et al, 1996). D'altro canto, è vero anche il percorso inverso, ovvero quello che vede cosiddetti delinquenti comuni accedere al gioco o a forme di dipendenza patologica da sostanze (principalmente da cocaina e da alcol) direttamente dal mondo della malavita (Rosenthal & Lorenz, 1992; Walters, 1997; Williams, Royston & Hagen, 2005). La relazione tra gioco d'azzardo ed altre condotte di addiction è peraltro ben nota (Croce, D'Agati, 2016) ed anche questa costituisce un elemento di grande attenzione ed interesse criminologico per l'incidenza comportamentale deviante e/o delinquenziale che essa può favorire. Tra i vari studi, sempre Thompson et al. (1996) hanno infatti evidenziato come il 3% del campione di giocatori esaminati avesse riferito di avere commesso reati sotto l'effetto di alcol, osservando come l'alcol e/o le sostanze stupefacenti possano fungere da "facilitatore" nel trovare il "coraggio", superare le inibizioni e ricercare giustificazioni per commettere reati. Nel caso degli adolescenti l'associazione tra uso di sostanze, gioco d'azzardo ed altri indicatori di disadattamento psicosociale può trovarli

progressivamente coinvolti in un insieme di comportamenti a rischio, che, in varia misura, a loro volta influiscono sul comportamento favorendo l'adozione di condotte illecite e esclusione sociale (Fisher, 2001). Molti punti, tuttavia, rimangono ancora "aperti", poco trattati, e riguardano il diverso coinvolgimento specifico di determinate fasce di popolazione. Non solo gli adolescenti (Calado et al., 2016) ma anche le donne (Prever, 2014), gli anziani (D'Agati, 2017) e gli appartenenti alle diverse comunità etniche. Ricerche specifiche andrebbero quindi stimulate e potrebbero offrire elementi ed ipotesi di grande interesse. Per quanto riguarda invece il tema del gioco digitale oltre all'importante contributo di Banks (2014) vale la pena citare una originale ricerca di McMullan e Rege (2010) che ha evidenziato come siano presenti livelli distinti di organizzazione criminale in ordine alla capacità di evitare, eludere o neutralizzare i sistemi di sicurezza. Un punto di particolare interesse riguarda infine la relazione tra offerta di gioco ed aumento di reati. A tal proposito vale la pena riportare lo studio di Grinols (2000) il quale ha analizzato i report ufficiali dell'FBI relativamente ai reati di rapina, lesioni aggravate, stupro, omicidio, furto, furto aggravato e furto d'auto ed i dati demografici relativi al reo di tutte le 3.165 contee degli Stati Uniti per vent'anni a partire dal 1977 (periodo che comprende l'introduzione dei casinò in tutti gli Stati ad eccezione del Nevada). Se molte sono le variabili che interagiscono e non è possibile affermare la presenza di una correlazione diretta tra presenza di sale da gioco

ed incremento della criminalità, interessante è comunque osservare come, se durante i primi tre anni di attività di un casinò non venivano rilevati dati particolarmente indicativi, è dopo il terzo anno che i tassi cominciano ad incrementarsi nelle contee con sale rispetto alle contee gambling-free. Ciò che tuttavia si può osservare è come la semplice offerta di gioco legale per contrastare il gioco illegale rischi di generare un circolo vizioso dove l'offerta legale, anziché limitare, rischia di incrementare il ricorso al gioco illegale (Fiasco, 2001). Questo perché se è lecito ipotizzare come l'introduzione di nuove opportunità di gioco autorizzato porti ad un incremento della platea dei giocatori, altrettanto lecito è ipotizzare come ne possa conseguire un ampliamento del numero di soggetti con problematiche correlate al gioco d'azzardo (Croce, 2012). Un elemento che rischia di offrire "uno spazio crescente al finanziamento usurario dei giocatori" e "utilità marginali per il settore illegale" attraverso "l'inclusione delle persone espulse dal legale, offerta di vincite più remunerative, articolazione maggiore delle modalità di gioco" (Fiasco, 2001, p.340). A sua volta l'illegale può offrire la giustificazione per l'introduzione di nuovi giochi legali, paradossalmente per contrastare l'offerta criminale. In questo senso la relazione tra gioco legale ed illegale non apparirebbe di tipo sottrattivo (dove un fattore annulla o ridimensiona l'altro), ma di tipo moltiplicativo dove un fattore moltiplica l'altro (Croce, 2007). Se, come segnalano Arthur et al. (2014), la relazione tra offerta di gioco legale e criminalità appare tuttavia molto complessa

e controversa da analizzare, è indubbio come anche le diverse correlazioni tra gioco d'azzardo ed aree di interesse criminologico, qui sinteticamente indicate, necessitino di ulteriori ricerche e approfondimenti. Quella che si presenta, quindi, è un'area di straordinario interesse scientifico che deve essere ancora molto indagata e che necessita, ovviamente, di ulteriori contributi e ricerche specifiche.

### Bibliografia

- Abbott, M.W., McKenna, B.G. & Giles, L.C. (2005). Gambling and problem gambling among recently sentenced male prisoners in four New Zealand prisons. *Journal of Gambling Studies*, 21, 537-558.
- Adolphe, A., Khatib, L., van Golde, C., Gainsbury, S. M. & Blaszczynski, A. (2018). Crime and gambling disorders: A systematic review. *Journal of Gambling Studies*, 35, 395-414.
- Arthur, J.N, Williams, R. & Belanger, Y. (2014). The Relationship between Legal Gambling and Crime in Alberta. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 56, 49-83.
- Banks, J. (2014). *Online Gambling and Crime: Causes, Controls and Controversies*. London and New York: Routledge.
- Bianchetti, R. (2013). I giocatori compulsivi. In P. Cendon & S. Rossi (Eds), *I nuovi danni alla persona. I soggetti deboli*

- (pp. 855-901). Volume II. Roma: Aracne editrice,
- Bianchetti, R. (2017). L'autore di reato con problematiche di dipendenza da gioco d'azzardo: nozioni in tema di imputabilità e di misure alternative alla detenzione. In M. Croce & P. Jarre (Eds), *Il Disturbo da Gioco d'Azzardo, un problema di salute pubblica* (pp. 127-145). Cuneo: Edizioni Publiedit.
  - Bianchetti, R. & Croce, M. (2007). Il crescente mercato del gioco d'azzardo in Italia: violenza nascosta o indifferenza collettiva? *Questioni sui costi sociali e sui... 'legittimi' guadagni. Sociologia del diritto*, 2, 113-158.
  - Black, D.W., Moyer, T. & Schlosser, S. (2003). *Quality of life and family history in pathological gambling. Journal of Nervous and Mental Disease*, 19, 124-126.
  - Blaszczynski, A., McConaughy, N. & Francova, A. (1989). *Crime, Antisocial Personality and Pathological Gambling. Journal of Gambling Behaviour*, 5, 54-72.
  - Blaszczynski, A. & Silove, D. (1996). *Pathological gambling: Forensic issues. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 30, 358-369.
  - Bridges, F.S. & Williamson, B. (2004). *Legalized gambling and crime in Canada. Psychological Reports*, 95, 747-753.
  - Calado, F, Alexandre, J. & Griffiths, M.D. (2016). *Prevalence of Adolescent Problem Gambling: A Systematic Review of Recent Research. Journal of Gambling Studies*, 33, 397-424.
  - Chapman, D. (1968). *Sociology and the Stereotype of the Criminal*. London: Tavistock Publications Ltd. (Trad. it. *Lo stereotipo del criminale*, Einaudi, Torino, 1971).
  - Cohen, A.K. (1966). *Deviance and Control*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. (Trad. it. *Controllo sociale e comportamento deviante*, Il Mulino, Bologna, 1969).
  - Croce, M. (2005). *Psicologia del giocatore d'azzardo patologico e rischi di criminalità. Rivista della Scuola Superiore dell'Economia e delle Finanze*, 10, 130-144.
  - Croce, M. (2007). *Il cambiamento dell'offerta d'azzardo in Italia e sue conseguenze*. In "Usura e gioco d'azzardo". *Atti del convegno Torino 20 Ottobre 2007. Consiglio Regionale del Piemonte-Osservatorio Regionale sul fenomeno Usura, Documenti*, pp. 45-61.
  - Croce, M. (2012). *Evolucion de la situacion politico-legislativa y economica del juego de azar en Italia*. In D. Blanca, M. Croce & S. Petri (Eds.), *Tratado sobre el juego patológico. Aspectos sociales, enfoques psicológicos, tratamientos* (pp.216-222). Buenos Aires: Lugar Editorial.
  - Croce, M. & D'Agati, M. (2016).

- Gambling and Substance Use Disorders: Epidemiology, Diagnostic Hypothesis and Treatment. In B. Lelonek-Kuleta & J. Chwaszcz (Eds), *Gambling and Internet Addiction. Epidemiology and treatment* (pp.7-23). Lublin: Natanaelum Association Institute for Psychoprevention and Psychotherapy.
- D'Agati, M. (2017). L'anziano che gioca d'azzardo: cosa dicono le ricerche internazionali. In M. Croce & F. Arrigoni (Eds.), *Gratta e perdi: anziani, fragilità e gioco d'azzardo* (pp.79-86). Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.
  - Ferentzy, P. & Turner, N. (2009). Gambling and organized crime – A review of the literature. *Journal of Gambling Issues*. 23: 111-155.
  - Fiasco, M. (2001). Aspetti sociologici, economici e rischio di criminalità. In M. Croce & R. Zerbetto (Eds), *Il gioco & l'azzardo: il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento* (pp. 327-340). Milano: Franco Angeli.
  - Fiasco, M. (2014). L'impatto del gioco d'azzardo sulla domanda di beni e servizi e sulla sicurezza urbana: il fenomeno "Compro Oro" e business allegati. Roma: Camera di Commercio.
  - Fisher, S. (2001), L'impatto del gambling sugli adolescenti. In M. Croce & R. Zerbetto (Eds), *Il gioco & l'azzardo: il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento* (pp.298-307). Milano: Franco Angeli.
  - Grinols, E.L. (2000). *Casinò gambling causes crime*. Policy forum, 13(2), University of Illinois, Institute of Government and Public Affairs.
  - McMullan, J.L. & Rege, A. (2010). Online crime and internet gambling. *Journal of Gambling Issues*, 24: 54-85.
  - Prever, F. (2015). Il gioco al femminile. In G. Bellio & M. Croce (Eds), *Manuale sul gioco d'azzardo: diagnosi, valutazione e trattamenti* (pp. 100-113). Milano: Franco Angeli.
  - Proke, L. (1994). When legalized gambling comes to your community: Legalized gambling and its effect on law enforcement. *Police Yearbook*, 53: 54-61.
  - Romani, P. (2001). Ipotesi legislative e contenimento delle attività illecite. In M. Croce & R. Zerbetto (Eds), *Il gioco & l'azzardo: il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento* (pp. 348-360). Milano: Franco Angeli.
  - Rosenthal, R.J. & Lorenz, V.C. (1992). The pathological gambler as criminal offender: Comments on evaluation and treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 647-660.
  - Russo, G. (2017). *Gioco d'azzardo e mafie*. In C. Forleo & G. Migneco (Eds), *Lose for Life: come salvare un paese in overdose da gioco d'azzardo* (pp. 63-73). Milano:

Altraeconomia.

- Suomi, A., Jackson, A.C., Dowling, N.A., Lavis, T., Patford, J., Thomas, S.A. & Cockman, S. (2013). Problem gambling and family violence: Family member reports of prevalence, family impacts and family coping. *Asian Journal of Gambling Issues and Public Health*, 3, 13.
- Thompson, W.N., Gazel, R. & Rickman, D. (1996). The social cost of gambling in Wisconsin. Wisconsin Policy Research Institute.
- Vannucci, A. (2017). Gioco d'azzardo e corruzione. In C. Forleo & G. Migneco, *Lose for Life. Come salvare un paese in overdose da gioco d'azzardo* (pp. 77-88). Altraeconomia: Milano.
- Williams, R. J., Royston, J., & Hagen, B. F. (2005). Gambling and Problem Gambling Within Forensic Populations: A Review of the Literature. *Criminal Justice and Behavior*, 32, 665-689.
- Ries, R.K., Miller, S.C., Fiellin, D.A., & Saitz R. (2009). *Principles of Addiction Medicine*. 4<sup>th</sup> Edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Zavan, V. (2011). Il mondo dell'auto-aiuto. In *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e Cocaina. Il Modello Soranzo*. (a cura di) Ina Maria Hinnenthal e Mauro Cibir, Ed. SEEd, Torino.
- Zavan, V. (2019). Gruppo 12 Passi: sobrietà e serenità come garanzia di tenuta nel

tempo? In: *Aftercare & Post-Prevention nelle Addiction. Verso il benessere*. (a cura di) C. Chiamulera e M. Cibir, Edizioni Publiedit (Collana Dipendenze).

---

# Il Disturbo da Gioco d'azzardo: l'esperienza pilota di uno sportello in un ospedale metropolitano.

---

Ivan Limosani<sup>1</sup>, Camilla Ciliberti<sup>1</sup>, Laura Longo<sup>1</sup>, Martina Turco<sup>1</sup>, Fulvia Prever<sup>2</sup>, Mauro Percudani<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

<sup>2</sup>Alea; SUN(N)COOP Direttore Scientifico Azzardo&Donne

## Presentazione

Il Disturbo da Gioco d'azzardo (DGA) è caratterizzato da un comportamento problematico, persistente e ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi (DSM-5). Fenomeno emergente da un punto di vista epidemiologico e particolarmente sotto osservazione in questo periodo anche per il notevole impatto in termini di costi sociali diretti e indiretti; il DGA è un disturbo che condivide le stesse caratteristiche cliniche delle altre dipendenze da sostanze, tanto da essere stato inserito nell'ultima versione del DSM nel capitolo sui disturbi da addiction. (APA, 2013). Se nell'ambito degli "addetti ai lavori" tale concetto è ormai fortemente radicato, nella popolazione generale e nella comunità scientifica "allargata" la consapevolezza che tale fenomeno sia un disturbo e che, come tale, necessiti di specifici percorsi di cura e

di riabilitazione è ancora poco sviluppata. In termini concreti, questo si traduce in un accesso ai luoghi di cura ancor troppo limitato rispetto all'entità del problema. Infatti, se da un lato i dati a nostra disposizione indicano ancora un incremento del volume di denaro giocato dagli italiani nel 2019 (più di 110 miliardi secondo i dati preliminari comunicati dall'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli all'osservatorio di "Avviso Pubblico"), dall'altro, tale incremento non si è tradotto in un corrispettivo aumento del numero degli accessi ai Servizi deputati alla cura della dipendenza da Gioco, che sebbene si sia registrato non è risultato proporzionale al volume di gioco. La stima nazionale sulla diffusione del DGA è del 2,2% nella popolazione compresa tra i 15 e i 64 anni. Per quanto riguarda la realtà della Città Metropolitana di Milano, si stima che i giocatori problematici e patologici siano circa 25.000 ([www.ats-milano.it](http://www.ats-milano.it)), con una percentuale leggermente più alta della



media nazionale, circa il 3%. Mentre, gli utenti che si sono rivolti ad un Servizio per le Dipendenze per problematiche connesse al gioco d'azzardo patologico sono state nel 2019 poco più di 1000 ([www.ats-milano.it](http://www.ats-milano.it)). In questa cornice si inserisce l'azione intrapresa da Regione Lombardia che, nel 2018, ha messo in atto una campagna finalizzata al contrasto del gioco d'azzardo (vedi DGR 585/2018, "Approvazione programma di attività per il contrasto al gioco d'azzardo patologico"). Grazie al finanziamento legato a tale campagna, a fine 2019 presso l'ospedale ASST Grande Ospedale Metropolitano di Niguarda si è avviato un progetto dedicato al disturbo del gioco d'azzardo con due obiettivi specifici: implementazione di punti di formazione e ascolto; sensibilizzazione del personale e divulgazione del messaggio della dipendenza da gioco d'azzardo come una patologia curabile. In linea con questi obiettivi si è organizzato un programma di formazione rivolto agli operatori sanitari dell'Ospedale. Sono già iniziati nel 2019 i cicli di incontri aperti a medici, infermieri e alle altre figure sanitarie orientando la formazione nel sensibilizzare gli operatori sulla patologia del Gioco d'azzardo e promuovendo la capacità di riconoscere possibili segnali indicatori nei pazienti assistiti al Niguarda, in modo da indirizzare verso i servizi di sostegno territoriali. A questo proposito, in relazione al secondo obiettivo del progetto, a fine 2019 è nato il primo Sportello, chiamato "Spazio Gio", dedicato alla prevenzione del gioco d'azzardo patologico, in cui lavora un'equipe di psicologi, assistenti sociali e tecnici della riabilitazione

psichiatrica (a cui si possono unire gli psichiatri in casi di richiesta specifica) verso cui possono essere indirizzati i pazienti con problematiche legate alla dipendenza da gioco d'azzardo o i familiari che mettano in evidenza il sussistere di tale problematica. Recependo lo spirito della delibera della giunta regionale, "Spazio Gio" nasce come un Servizio innovativo, realizzato nel contesto dell'ospedale generale, in luoghi facilmente accessibili e visibili, con l'intento di superare i problemi di pregiudizio e vergogna che si associano alle problematiche connesse al gioco d'azzardo e che rappresentano spesso uno dei principali impedimenti all'accesso ai luoghi di cura. Lo Sportello è ad accesso libero, senza limiti di età e vuole essere un punto di primo contatto anche per quelle fasce d'età tipicamente non intercettate dai Servizi tradizionali (giovani e giovanissimi; ultrasessantacinquenni). Le prestazioni possono essere erogate in forma completamente anonima. Il Servizio è costituito da un tradizionale studio, situato in uno dei padiglioni dell'ospedale e da un corner informativo, posizionato alcune settimane al mese negli spazi più vissuti dell'ospedale – le shopping gallery del blocco Sud e del blocco Nord – con la finalità di sensibilizzare i cittadini, fare informazione e consentire a chi è interessato di prendere contatti con il Servizio. Per la creazione del corner informativo e del materiale utilizzato ci si è avvalsi della consulenza di esperti in comunicazione: a partire dal nome dello sportello, "Spazio Gio", alla scelta del logo e del tono della campagna. Si è voluta veicolare l'idea di un luogo accogliente, non giudicante,

evitando i toni tipici delle campagne sul gioco d'azzardo, insistendo sulla soluzione più che sul problema, non facendo leva sul senso di colpa e vergogna, ma veicolando il messaggio positivo per cui “se hai una dipendenza dal gioco non è una colpa, ma si tratta di una patologia che puoi curare”.



Flyer pubblicitario



Inaugurazione

Il Corner informativo è stato realizzato con uno stand con il nome del servizio, due cartelloni, uno schermo su cui vengono proiettati video, appositamente creati, inerenti al problema del gioco d'azzardo patologico e due roll-up con i contatti a cui rivolgersi, con presenza costante del personale dedicato, per fornire, qualora necessario, le varie informazioni sul servizio. L'interazione con le persone interessate, dunque, è avvenuta solo in caso di esplicita richiesta, mantenendosi altrimenti in

una posizione osservativa. Contestualmente sono stati distribuiti i materiali cartacei informativi (flyers, biglietti da visita) specificamente realizzati (vedi illustrazione 1). L'attività del Corner, posizionato in una delle shopping gallery dell'Ospedale, è iniziata ufficialmente con la settimana del 10/02/2020. A causa dell'emergenza Covid-19, purtroppo, è stata l'unica settimana in cui l'attività del Corner è rimasta aperta nelle modalità descritte.

### Risultati

Nell'unica settimana di attività, 35 persone hanno interagito con il corner, di cui il 54,3% è rappresentato da uomini (grafico 1) e il 67,15% della totalità ha un'età compresa tra i 40 e 60 anni (grafico 2). Più della metà delle persone interessate, 51,39% del totale (grafico 3) non ha chiesto informazioni al personale dedicato, ma si è limitata a prendere il materiale informativo cartaceo o ha trascritto i contatti telefonici e-mail; il 34,32% ha richiesto informazioni rivolgendosi direttamente agli operatori presenti allo sportello; il 14,29% invece si è limitato a scattare una foto al materiale pubblicitario. Nel grafico 4, si può notare l'analisi del campione effettuata prendendo in considerazione il motivo di accesso al corner: il 48,57% di coloro che si sono interfacciati con gli operatori ha preferito non dichiarare il motivo; 17,14%, invece, ha dichiarato di informarsi per un conoscente; il 25,72% è risultato essere personale ospedaliero interessato ad avere informazioni per l'invio di pazienti, mentre l'8,57% è risultato essere parte di altri Enti e ha chiesto informazioni per il proprio servizio.

Grafico 1: Analisi del campione per sesso

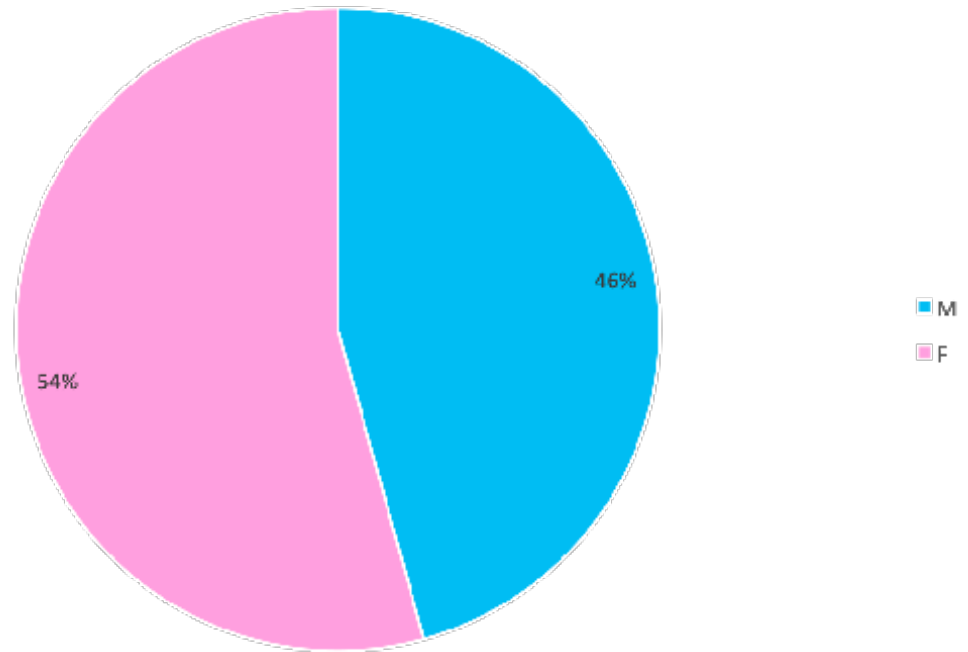
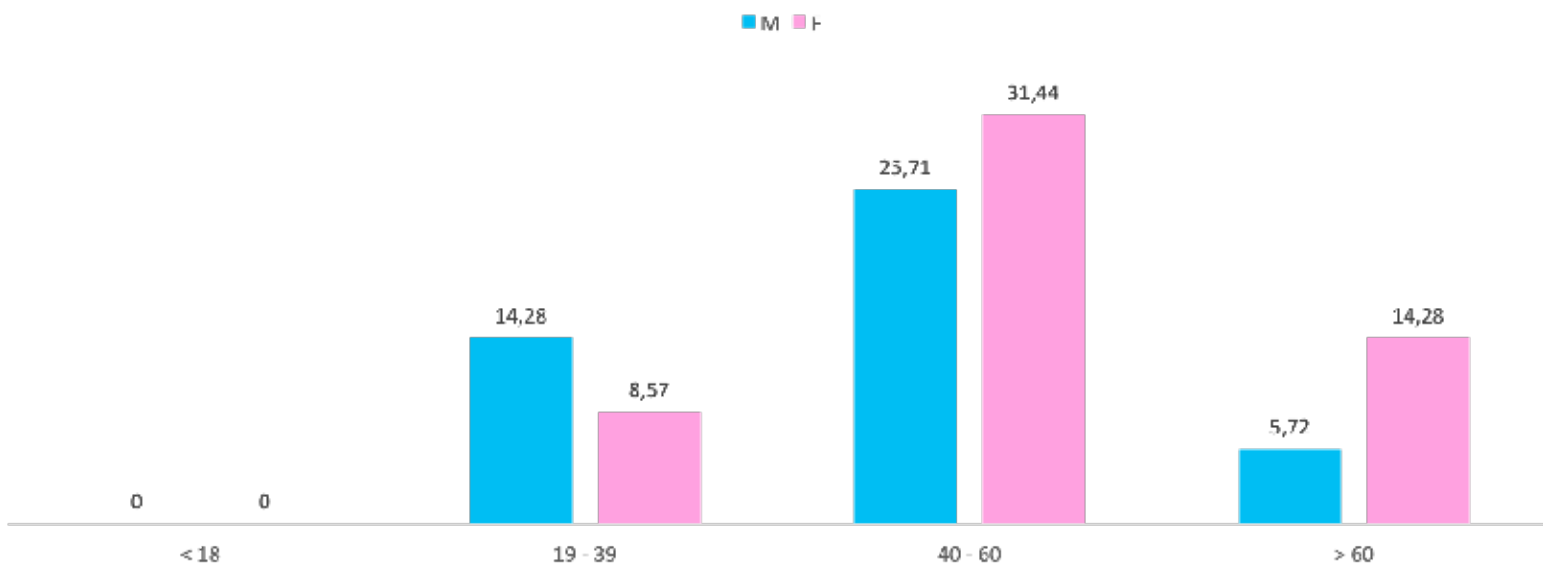
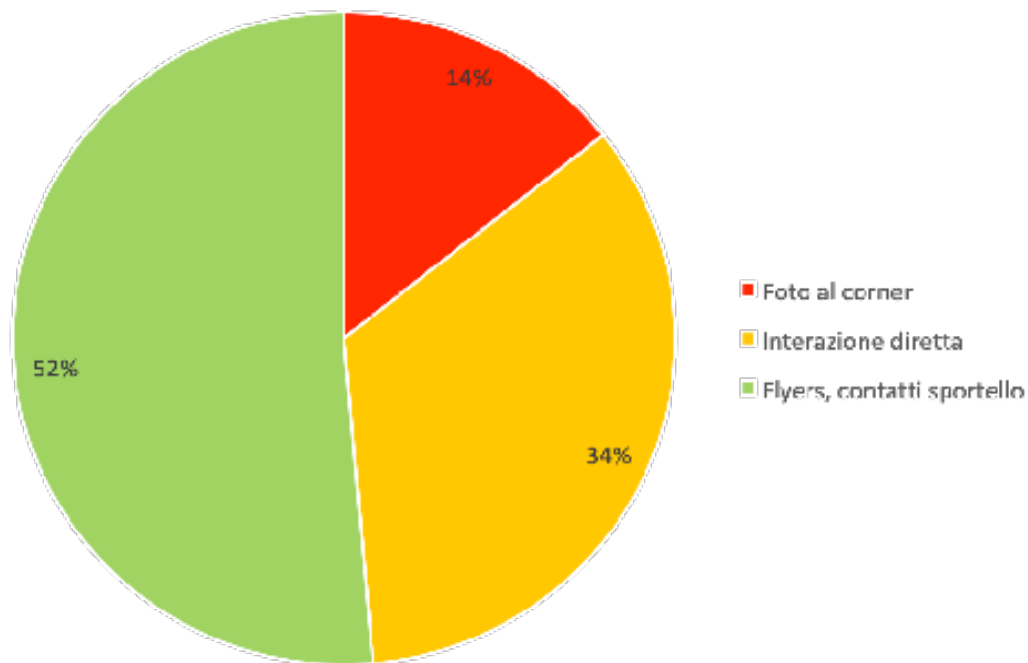


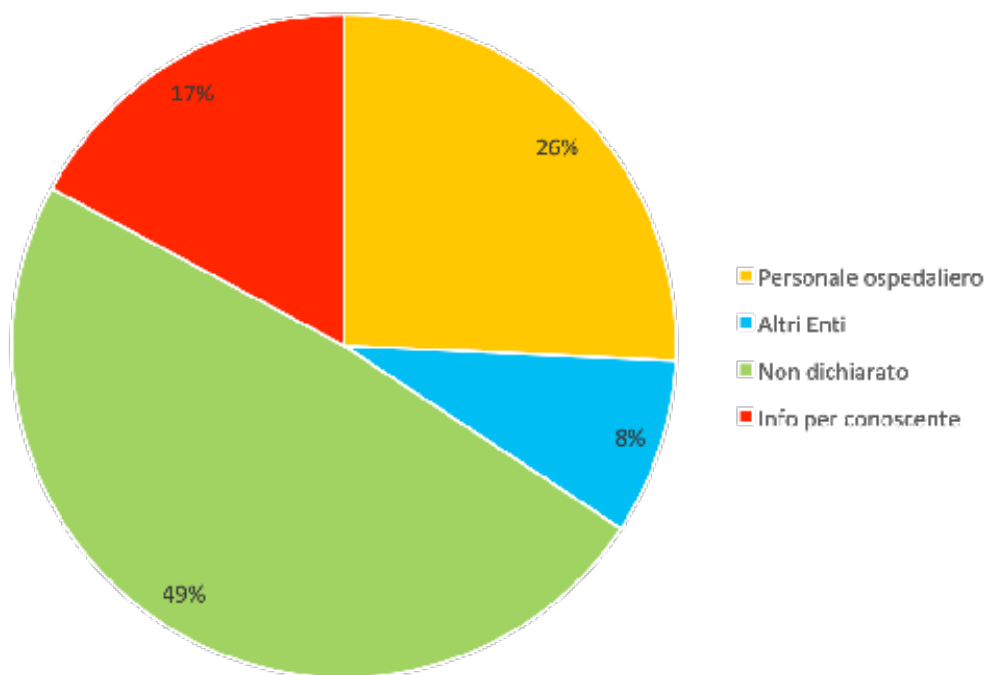
Grafico 2: Analisi del campione per fasce d'età



**Grafico 3: Analisi del campione per modalità di interazione con il corner**



**Grafico 4: Analisi del campione per motivo di accesso al corner**



## Discussione e conclusioni

I dati a nostra disposizione, raccolti nella prima settimana di campagna di sensibilizzazione presso il nostro Ospedale, ci consentono di fare alcune considerazioni. La numerosità del campione è esigua per giungere a conclusioni, tuttavia è rilevante segnalare come in 5 giorni di attività ben 35 persone si siano dimostrate interessate allo Sportello. Di particolare interesse ci sembra l'osservazione che nessuna delle persone che ha interagito con il corner abbia chiesto informazioni per sé stessa. Molti di coloro che si sono avvicinati al Corner informativo non ha voluto dichiarare il motivo del proprio interessamento e tale decisione è stata rispettata dal personale presente. Va infatti ricordato che si è scelto di avere un atteggiamento poco intrusivo, mantenendosi in una posizione osservativa e senza mai intervenire direttamente con l'utente se non su esplicita richiesta. Ciò ha consentito alle persone potenzialmente interessate, ma ancora poco convinte, di avvicinarsi ed informarsi, senza sentirsi invase. Il tema della vergogna e della colpa risulta significativo in questa tipologia di pazienti: i giocatori possono, infatti, utilizzare il gioco, in un primo momento, come passatempo o come mezzo di socializzazione, quando però il gioco prende il sopravvento, spesso si osserva la tendenza ad isolarsi, sperimentando un senso di perdita di controllo o sentimenti di vergogna o colpa (Grant, Potenza 2004). Un altro aspetto rilevante che può costituire un limite nell'accesso ai Servizi e nella richiesta d'aiuto è lo stigma, e in particolare

lo stigma interiorizzato, diffuso soprattutto nella popolazione femminile (Bowden-Jones, Prever 2017). Questo costrutto è definibile come la svalutazione, la vergogna, la segretezza e la rinuncia innescate dall'applicazione di stereotipi negativi a sé stessi, ed è sempre correlato al concetto di vergogna (Vender, 2005). Alcuni autori (Ritscher et al., 2003) parlano di "stigma interiorizzato", in analogia ai concetti di razzismo o di omofobia interiorizzata, sottolineando i danni psicologici che questi fenomeni sociali possono causare. Alla luce di questi elementi, si è scelto di collocare il corner informativo in un punto molto visibile all'interno dell'Ospedale Niguarda, promuovendo così la facilità di accesso al Servizio, assicurando una presenza accogliente, ma discreta, degli operatori in una posizione osservativa e non giudicante. La bontà di questa strategia potrà avere conferma, tuttavia, solo dall'incremento del numero di accessi al Servizio. Ad oggi, a causa della brevità del periodo di osservazione e della successiva emergenza sanitaria, tale incremento non si è ancora osservato. Sono attualmente 8 i pazienti o i loro familiari che hanno iniziato un percorso di valutazione, counseling, o supporto psicologico presso lo Sportello. Altro aspetto importante che i dati suggeriscono, è proprio l'importanza dei familiari nel facilitare l'accesso ai luoghi di cura. Sono infatti i familiari che spesso prendono informazioni e che chiedono aiuto per l'utente, ricordando che nel caso del DGA si stima che per ogni giocatore siano direttamente coinvolte in media altre 8 persone. È evidente

quindi che la strategia dei Servizi che vogliono intercettare questa popolazione debba puntare a coinvolgere attivamente i familiari. In termini di prospettive future, potrebbe essere utile articolare interventi individuali e di gruppo focalizzati sull'implementazione di strategie di regolazione emotiva e di coping rivolti non solo agli utenti, ma anche ai loro familiari. Per quanto riguarda l'accesso delle fasce d'età tipicamente meno coinvolte, anche nel nostro campione si evidenzia l'assenza totale della fascia d'età < 18 anni; sforzi maggiori devono essere messi in atto per intercettare questa popolazione, non indenne dalle problematiche connesse al DGA, anche attraverso canali di comunicazione meno convenzionali (ad es. social media).

### Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2012). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author. (trad. it. *DSM-5. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, Raffaello Cortina, Milano, 2014).
- Bowden-Jones, H., & Prever, F. (2017). *Gambling Disorders in Women. An international femal perspective on treatment and research*. London: Routledge.
- Corrigan, P.W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and behavioural practice*, 5, 201-22.
- Corrigan, P.W., & Watson, A.C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology*, 9, 35-53.
- Felici, F., & Vetrone, G. (Eds.). (1990). *Colpa e vergogna*. Arezzo: Marcon.
- Grant, J.E., Potenza, M.N., Weinstein, A. & Gorelick, D.A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 36, 233-41.
- Grant, J. E., & Potenza, M.N. (Eds.). (2004). *Pathological gambling: A clinical guide to treatment*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 5 (46). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Rennert, L.D., Peer, K., Lynch, K.G., Gelernter, J., & Kranzler, H.R. (2014) DSM-5 gambling disorder: prevalence and characteristics in a substance use disorder sample. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 22, 50-6.
- Ritscher, J.B., Otilingam, P.G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121, 31-49.
- Suurvali, H., Hodgins, D.C., & Cunningham J.A. (2010). Motivators for resolving or seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 26, 1-33.
- Vender, S. (2005). Stigma interiorizzato e Vergogna. La stigmatizzazione. Dal pregiudizio alla cura della malattia mentale, 11 (3/4), 233-243. Roma: Il Pensiero Scientifico

---

# Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) nel tempo dell'emergenza COVID-19

---

Caterina Galbiati<sup>1</sup>, Ivan Limosani<sup>1</sup>, Camilla Ciliberti<sup>1</sup>, Laura Longo<sup>1</sup>, Martina Turco<sup>1</sup>, Fulvia Prever<sup>2</sup>,  
Mauro Percudani<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

<sup>2</sup>Alea; SUN(N)COOP Direttore Scientifico Azzardo&Donne

## Premessa

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) è una patologia emergente in Italia, ed è caratterizzato da un comportamento problematico, persistente e ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi (DSM-5, 2013). Non è più considerato un disturbo del controllo degli impulsi ma viene collocato nella categoria dei disturbi di addiction come dipendenza comportamentale. Il disturbo da gioco d'azzardo appare un grave problema di salute pubblica, soprattutto alla luce delle conseguenze psicosociali che determina all'individuo coinvolto e ai suoi familiari, poiché può essere causa di gravi problemi finanziari e comportamenti devianti (Bianchetti, Croce, 2007). Attualmente, il disturbo da gioco d'azzardo è considerato una malattia neuropsicobiologica, con conseguenze sanitarie e sociali gravi, che necessita di diagnosi,

cura e riabilitazione (Pacifi et al., 2018). A partire dagli anni 90 si è osservato in Italia un forte cambiamento del gioco d'azzardo. Prima il gioco d'azzardo interessava prevalentemente una parte della popolazione, quella più ricca e di classi più elevate, che poteva permettersi l'accesso ai lussuosi casinò; successivamente l'offerta è cresciuta in modo esponenziale con una proposta sempre più vasta e accessibile. È cambiato anche il tipo, la qualità del gioco che viene offerto. Nuove fasce sociali si sono interessate al gioco d'azzardo in misura problematica. Il cambiamento dello scenario è anche qualitativo: ieri il gioco era lento, ora il gioco è velocissimo. In pochi secondi si gioca la partita. La velocità è uno degli elementi che crea più condizioni di dipendenza, presi dal vortice e dalla difficoltà di interrompere il gioco, isolati dal resto della realtà. Ora è più facile accedere al gioco: non serve più recarsi nei famosi casinò ma basta

andare nel bar sotto casa o giocare online, anche con il solo cellulare. (Croce, 2007) Per riuscire ad intercettare in maniera più funzionale soggetti a rischio, o con comportamenti riconducibili a tale disturbo, a fine 2019 presso l'ospedale ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda è nato il primo Sportello ospedaliero dedicato al Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA). Lo Sportello nasce come un Servizio innovativo, realizzato nel contesto dell'Ospedale generale, in luoghi facilmente accessibili e visibili, con l'intento di superare i problemi di pregiudizio e vergogna che si associano alle problematiche connesse al gioco d'azzardo e rappresentano spesso uno dei principali impedimenti nell'accesso ai luoghi di cura. Lo Sportello è ad accesso libero, senza limiti di età e si rivolge sia agli utenti che ai loro familiari, spesso le prime persone a chiedere aiuto. Può fornire, se richiesto, prestazioni in forma completamente anonima.

### **Emergenza COVID-19: restrizioni governative e regionali**

Il 31 gennaio 2020 in Italia viene dichiarata emergenza sanitaria nazionale a fronte dell'aumento dei contagi di Covid-19 (acronimo dell'inglese COronaVIrus Disease 19, o malattia respiratoria acuta da SARS-CoV-2, è una malattia infettiva respiratoria causata dal virus denominato SARS-CoV-2

appartenente alla famiglia dei coronavirus) In Italia si registra il primo caso il 21 Febbraio 2020, con una rapida estensione dei contagi, che porta a una serie di decreti governativi e ordinanze regionali volte a limitarli, attraverso unarete sempre più fitta di restrizioni alle attività che comportano movimenti dei cittadini. Tali restrizioni hanno coinvolto anche l'ambito del gioco d'azzardo: il DPCM del 9 marzo estende la chiusura di sale giochi, sale scommesse, sale bingo a tutto il territorio nazionale (inizialmente la chiusura interessava solo il territorio della regione Lombardia), seguito dal DPCM del 11 marzo che indica la chiusura dei bar; in seguito al DPCM del 22 marzo, i Monopoli di Stato decidono di sospendere le estrazioni dei giochi come il SuperEnalotto. Un'altra area di interesse è quella del mondo dello sport, con la sospensione di tutti gli eventi e competizioni sportive e, di conseguenza, la cancellazione di grandi eventi sportivi che interesserà da vicino le operazioni di bookmaker di scommesse sportive sia terrestri sia online. Nel mese di marzo, il Codacons richiede, attraverso il suo presidente Carlo Rienzi, il divieto di vendita dei biglietti "Gratta&Vinci" in tutta Italia: *"Chiediamo al Governo di inserire nel prossimo decreto una misura che vieti la vendita di "Gratta&Vinci" presso le tabaccherie e in qualsiasi altro esercizio rimasto aperto – spiega il presidente Carlo Rienzi – In tutta*



*Italia numerosi anziani e soggetti con forme di dipendenza da gioco continuano a recarsi presso i tabaccai proprio per acquistare tagliandi dei “Gratta&Vinci”, creando file davanti agli esercizi ed alimentando la possibilità di contagi. Per tale motivo è necessario vietare con apposito decreto la vendita di biglietti, così da limitare i rischi sanitari per la collettività”* – conclude Rienzi. Secondo la Rete dei centri di documentazione sulle dipendenze patologiche della Regione Toscana (Retecedro.net) la previsione degli esperti valuta che nel 2020 il mercato del gioco d’azzardo avrà una riduzione delle entrate almeno dell’8%, determinata dall’emergenza Covid-19. Le entrate del gioco d’azzardo del mercato della lotteria cinese, quello di Singapore e Macao sono diminuite dell’87,8% (€ 349,6 milioni) a febbraio. L’agenzia specializzata Agipronews in un articolo del 02 marzo 2020 riporta che, secondo le stime degli operatori del settore apparecchi (slot e Vlt), in Lombardia si registra un calo del 50% nella settimana precedente, in seguito all’ordinanza che limita l’accesso ai luoghi pubblici (in cui ricadono le sale slot e scommesse). Nei 15 Comuni della “zona rossa”, la raccolta di gioco è azzerata. Si stima invece un calo del 30-40% per il settore in Emilia-Romagna e Veneto. Tutto questo ha permesso un’impennata del gioco d’azzardo online. Da un rapporto della società Sensor Tower, i download delle app

dedicate al gambling sono aumentati del 40% in tutto il mondo nel mese di febbraio. Oltre 220 milioni di download sono stati effettuati in Cina dal 2 febbraio 2020, poiché la maggior parte degli utenti ha scaricato giochi, dando una spinta al settore del gioco online quantificabile in circa 150 miliardi di dollari. Scenari simili anche nel resto d’Europa. Infatti, alla luce dell’epidemia del coronavirus e delle restrizioni poste dal governo britannico ai propri cittadini, la Gambling Commission ha stabilito di effettuare un costante monitoraggio delle operazioni che i giocatori svolgeranno sui siti di gioco d’azzardo online, anche attraverso la Helpline attiva in questo periodo storico in cui molte persone sono costrette a rimanere a casa. Inoltre, la Gambling Commission ha stilato dei punti rivolti proprio ai consumatori per proteggerli dai rischi del gioco d’azzardo patologico: usare la possibilità di stabilire la spesa massima giornaliera, verificare che il sito abbia l’autorizzazione a offrire gioco e avere accesso allo storico delle attività dell’account. Anche il regolatore del gioco pubblico danese ha pubblicato sui suoi canali social e sul sito ufficiale, una guida per sensibilizzare i giocatori durante il periodo di reclusione dovuto al virus. Chi sceglie di giocare, in queste giornate, dovrebbe usare alcune accortezze per evitare di farsi prendere troppo la mano. Una buona idea potrebbe essere quella impostare un intervallo di tempo da dedicare al gioco, prima di iniziare

una partita, magari impostando una sveglia sul proprio telefonino, oltre a impostare un limite di spesa per la propria attività di gioco. A tal proposito, ha ricordato che esiste la possibilità di autoescludersi dalla partecipazione a ogni forma di gioco con vincita attraverso il Registro denominato Rofus. Anche in questo caso, è attiva la Helpline StopSpillet. In Belgio, invece, la lotteria nazionale ha registrato un calo delle vendite del 30% dall'inizio della pandemia di Covid-19 (fonte Brussels Times), da attribuire al fatto che le persone escono di meno e quindi giocano di meno, in un'atmosfera di ansia e incertezza. Anche se le edicole rimangono aperte, le vendite sono comunque diminuite. Per questa ragione, il Governo ha deciso di correre ai ripari apportando alcune modifiche per tutta la durata della crisi: ha prolungato il periodo di validità dei biglietti vincenti (validi per 30 settimane anziché 20), per tener conto della possibilità che un vincitore non sia in grado di uscire o sia addirittura ricoverato in ospedale. Inoltre, i vincitori di somme superiori ai 100mila euro non saranno più obbligati a presentare il loro biglietto presso la sede della lotteria nazionale, bensì saranno contattati dall'operatore, che invierà un incaricato a ritirare il biglietto per la verifica. Infine, per consentire ai giocatori di rimanere il più possibile nelle loro abitazioni, il Governo ha stabilito la possibilità di giocare per i prossimi 10 concorsi in una volta sola.

Un altro aspetto da tenere in considerazione sarà ciò che avverrà nel periodo successivo alla crisi sanitaria: si preannuncia infatti un periodo di crisi economica, che può essere un terreno fertile per una delle motivazioni che spinge il giocatore a sfidare la fortuna, ovvero "l'aspettativa miracolistica di risolvere, attraverso il gioco, tutti i propri problemi economici" come riporta Alfio Lucchini, psichiatra e componente dell'esecutivo nazionale di FederSerD.

### **Osservazione clinica**

L'effetto delle restrizioni di attività e movimentazione imposte dai decreti governativi e regionali ha avuto un impatto anche sul nostro servizio: l'attività clinica si è fortemente ridotta, limitandosi alle richieste urgenti, in alcuni casi ha dovuto addirittura fermarsi, trasformandosi, per i pazienti già in carico, in un monitoraggio telefonico; anche l'afflusso di nuovi pazienti si è molto ridotto. Inoltre, il divieto di assembramenti ha comportato l'interruzione di tutte le attività di gruppo, comprese quelle di auto-mutuo aiuto, come i Giocatori Anonimi. In uno scenario così complesso e peculiare, ci si è trovati in una situazione del tutto nuova che ha portato ad alcune riflessioni. Infatti, dai contatti telefonici avvenuti nel periodo di riferimento, i pazienti riportano di aver dovuto "forzatamente" smettere di giocare d'azzardo. Questa interruzione

forzata sembra, dai racconti raccolti dai soggetti, fungere da limite esterno che aiuta a contenere l'impulso al gioco. Utilizziamo due casi esemplificativi: G.C., ragazzo di 23 anni, giunto al nostro servizio su spinta dei genitori, dopo aver perso molti soldi giocando alle slot machine ubicate nei bar, e con episodi di abuso alcolico, ci riferisce, in maniera quasi stupita, che l'aver interrotto causa "forza maggiore" il gioco, insieme all'indicazione di limitare i propri spostamenti al di fuori del proprio domicilio se non per ragioni di comprovata necessità, ha rappresentato per lui una sorta di "disintossicazione", sia dal gioco che da altri tipi di dipendenza (alcol, fumo, altro); riferisce che tale limite è stato per lui positivo, poiché lo ha portato a poter sperimentare vissuti positivi legati all'astinenza: maggior senso di autoefficacia, possibilità di concentrarsi in attività piacevoli e nei rapporti con i familiari; tuttavia riferisce che permane un timore di una ricaduta, nel momento in cui dovrà nuovamente fare i conti con la possibilità di giocare senza limiti imposti dall'esterno. Nel caso di F.S., uomo di 42 anni, si è osservato invece lo spostamento, non del tutto consapevole, dal gioco d'azzardo ad altri tipi di dipendenza: aumento delle sigarette fumate giornalmente, ricorso a sostanze (cannabinoidi), shopping online, ricaduta in relazioni affettive caratterizzate

da aspetti di dipendenza; l'impulso al gioco, non potendo essere agito, viene sostituito da altre comportamenti, che sembrano essere un modo di distrarsi da emozioni e pensieri spiacevoli. Anche in F.S. si riscontra il timore di poter ricadere nel gioco quando questo sarà possibile; riporta anche l'emergere di un interesse per il gioco online, l'unico al momento praticabile, ma da lui mai preso in considerazione. Dal suo racconto si rileva inoltre un aumento della sintomatologia ansiosa, non sempre ricondotta in prima battuta però all'impossibilità di giocare.

### **Conclusioni**

A fronte dei primi dati di osservazione, ancora molto acerbi e preliminari, è interessante notare come le limitazioni governative in tema Covid 19 sembrano aver avuto per i pazienti con disturbo da gioco d'azzardo una funzione di limite esterno riducendo (o addirittura azzerando nella maggioranza dei casi) le situazioni e gli elementi a rischio di comportamenti di gioco, che ha permesso loro di implementare strategie di distrazione dall'impulso e comportamenti positivi e protettivi. Tuttavia, permane il rischio di spostamento su altri comportamenti di dipendenza, sul gioco online o uno sviluppo di altri indicatori di malessere non specifici (sintomatologia ansioso-depressiva...), e il timore di ricaduta

quando tale limite esterno cesserà di esistere. I possibili focus del lavoro in questo periodo, che suggeriscono il mantenimento della relazione con il paziente anche a mezzo telefonico o online in attesa della ripresa dei colloqui vis-à-vis, possono essere il rinforzo rispetto ai vissuti positivi legati all'astinenza dal gioco e il lavoro sul timore delle ricadute, anche in previsione degli esiti dal punto di vista economico di questa emergenza sanitaria, che potrebbero essere un fattore di rischio per comportamenti di gioco, alla ricerca di una soluzione rapida e magica dei danni economici conseguenti a questo lungo periodo di inattività produttiva. È un ulteriore spunto di riflessione osservare come l'incremento dell'offerta avvenuto negli anni '90, abbia influenzato il progressivo boom nel gioco d'azzardo, e come, al contrario, la ridotta disponibilità di questi mesi abbia contribuito a un notevole crollo nel volume di affari. Questo porta a riflettere sulla necessità che tutti gli sforzi per contrastare il DGA debbano riflettersi anche in cambiamenti organizzativi e legislativi. A questo proposito va segnalata la petizione online nata in seguito alla lettera dell'economista Luigino Bruni (Professore ordinario di Economia Politica, Università Lumsa e Presidente della Scuola di Economia Civile) pubblicata sul sito Vita.it il 24 Aprile 2020, indirizzata al Presidente del Consiglio Conte alla vigilia del DPCM del 4 Maggio

che porterà alla riapertura di alcune attività dopo il lockdown, tra cui la vendita già da lunedì 27 Aprile 10eLotto e Win for Life e la ripartenza dal 4 maggio delle estrazioni di Lotto e Superenalotto e dall'11 delle scommesse. Secondo il professor Bruni infatti il gioco d'azzardo andrebbe riaperto, se non è possibile interromperlo per sempre, come ultima attività del paese; al contrario la sua apertura così anticipata, e prima addirittura di musei e scuole, rischia di dare un "messaggio etico negativo", che può produrre molti danni, anche economici, al Paese.

#### **Bibliografia/sitografia**

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Washington, D.C., APA
- Belgio: regole speciali per la lotteria durante l'emergenza covid-19. Retrieved March 30, 2020 from <https://www.gioconews.it/esteri/71-generale19/63758-belgio-regole-speciali-per-la-lotteria-durante-l-emergenza-covid-19>
- Bianchetti, R. & Croce, M. (2007). Il crescente mercato del gioco d'azzardo in Italia: violenza nascosta o indifferenza collettiva? Questioni sui costi sociali e sui... 'legittimi' guadagni. Sociologia del diritto, 2, Milano, Franco Angeli.
- Bruni, L. (2020). Caro presidente,

- non sbagli il primo passo, non riparta dal gioco d'azzardo. Retrieved April 24, 2020 from <http://www.vita.it/it/article/2020/04/24/caro-presidente-non-sbagli-il-primo-passo-non-riparta-dal-gioco-dazzar/155170/>
- Coronavirus, effetto sulle sale giochi: in Lombardia calo del 50%, in Emilia-Romagna e Veneto tra il 30 e il 40%. Retrieved March 02, 2020 from <https://www.agipronews.it/attualit%C3%A0-e-politica/Coronavirus-giochi-Lombardia-Emilia-Romagna-Veneto-id.162552>
  - Coronavirus: Codacons chiede di vietare “Gratta & Vinci” in tutta Italia. Retrieved March 16, 2020 from <https://codacons.it/coronavirus-codacons-chiede-di-vietare-grattavinci-in-tutta-italia/>
  - Coronavirus, la Gambling Commission fornisce linee-guida per la sicurezza del gioco d'azzardo online. Retrieved March 30, 2020 from <https://www.agimeg.it/estero/coronavirus-gambling-commission-sicurezza-gioco-azzardo-online>
  - Covid-19: dal regolatore danese una guida al gioco da quarantena. Retrieved March 30, 2020 from [www.gioconews.it/esteri/71-generale19/63762-covid-19-dal-regolatore-danese-una-guida-al-gioco-da-quarantena](http://www.gioconews.it/esteri/71-generale19/63762-covid-19-dal-regolatore-danese-una-guida-al-gioco-da-quarantena)
  - Croce, M. (2007) Il cambiamento dell'offerta d'azzardo in Italia e sue conseguenze. Usura e gioco d'azzardo. Atti del convegno Torino 20 ottobre 2007. Consiglio Regionale del Piemonte-Osservatorio Regionale sul fenomeno Usura, Documenti, pp. 45-61.
  - I numeri del gioco nell'epoca del covid 19. Retrieved March 9, 2020 from <http://www.retecedro.net/i-numeri-del-gioconellepoca-del-covid-19/>
  - Gioco d'azzardo: giocate in aumento e l'occhio sull'online per l'emergenza Covid. Retrieved April 02, 2020 from <https://irpimedia.irpi.eu/gambling-gioco-azzardo-italia-2019/>
  - Pacifici, R., Giuliani, M. & La Sala, L. (2018). Disturbo da gioco d'azzardo: risultati di un progetto sperimentale. Rapporto Istituto Superiore di Sanità (IIS).
  - Slot machine al tempo del coronavirus (covid 19). Retrieved (n.d.) from <https://titanslotonline.myblog.it/slot-machine-al-tempo-del-coronavirus-covid-19/>

---

# Nuove emergenze ai tempi del COVID; gioco online, quali i rischi e quali i possibili strumenti di prevenzione

---

Monica Minci<sup>1</sup>, Fulvia Prever<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psicoterapeuta consulente Gambling Therapy - UK e co-conduttrice del Gruppo Donne con DGA  
SUN(N)COOP

<sup>2</sup>Psicoterapeuta, psicologo dirigente SSN, S. Dipendenze, Milano - Direttore Scientifico  
Azzardo&Donne SUN(N)COOP - EASG & ISSBA Women, Gambling&Behavioural Addiction's  
Referral

**L**a nostra vita è sempre più online. Cerchiamo casa su siti invece di contattare subito un'agenzia immobiliare, facciamo gli acquisti tramite Amazon invece che in negozio, le riunioni di lavoro su Zoom o Skype e scriviamo Whats App invece di fare una telefonata. La recente esperienza della pandemia del Covid 19 ci ha ancor più avvicinato a questa dimensione, evidenziandone sia gli aspetti positivi che quelli negativi; per quanto concerne l'azzardo, abbiamo apprezzato insieme ai nostri pazienti una situazione unica e inimmaginabile di restrizione totale dovuta al lockdown, ma abbiamo anche individuato il concreto rischio legato alla "fuga nella rete", con un maggior utilizzo da parte dei giovani e anche dei meno giovani di videogiochi, gaming e gambling online, alternative sempre più percorribili e allettanti.

Diversi autori come Griffiths & Parke (2002) e Hayer et al. (2005) sottolineano l'elevato potenziale di dipendenza del gioco d'azzardo online. I siti online sono sempre aperti e disponibili, vi si può accedere con un click anche usando il proprio telefono (facilità di accesso), senza dover trovare una scusa per uscire di casa o dall'ufficio e senza attirare l'attenzione (privacy e anonimato senza controllo sociale, particolarmente apprezzato dalla popolazione delle giocatrici) (Bowden-Jones & Prever, 2017), con una importante dispercezione delle perdite dovuta all'assenza di denaro contante (Hayer & Mayer, 2010). Ciò che ci ha più allertato, rispetto all'esperienza clinica nel Gruppo Donne, è stata la possibilità, segnalata anche dalle colleghe del nostro network internazionale (Women and gambling disorder, 2020; Putting Woman on the agenda, 2020), di riscontrare, a fianco dell'inedita opportunità di un

contenimento totale e rassicurante del gioco fisico, un eventuale shifting dal gioco fisico al gioco online. Come sottolineano Prever & Locati (2017), le donne in Italia scelgono di preferenza giochi offline, sia per l'età media piuttosto alta, sia per la loro scarsa propensione alla connessione web rispetto ai paesi nordici e anglosassoni; questo fenomeno è sicuramente suscettibile di un'evoluzione foriera di nuove problematiche; la Svezia insegna ([www.bbc.com/news/world-europe-47814630](http://www.bbc.com/news/world-europe-47814630)). Il tempo del Covid porta dunque con sé anche questa nuova prospettiva. Nel nostro gruppo (sette giocatrici) abbiamo rilevato un solo caso di potenziale rischio di utilizzo alternativo di gioco online, ma la dimensione milanese del gioco al femminile non è stata ancora sufficientemente approfondita e sarà oggetto di una nostra indagine specifica; nella piattaforma di Gambling Therapy non abbiamo ricevuto un numero significativamente maggiore di richieste di aiuto da parte di giocatrici nel periodo del lockdown, se non, solo di recente, dall'estero (soprattutto UK, Sud Africa e USA). Tutto ciò ci porta comunque a ricercare nuovi strumenti di gestione del disagio femminile legato all'azzardo online. Come proteggersi da questa dipendenza che sembrano avere confinato in un'isola di tempo? La ricerca (Harris & Griffiths, 2017) suggerisce che gli operatori di gioco possono offrire una serie di strumenti accessibili e personalizzati per favorire un gioco

responsabile e potenzialmente prevenire i rischi associati al gioco d'azzardo online, o diminuire i danni legati al comportamento di gioco. Vediamone insieme alcuni.

1. Prima di tutto è bene riconoscere gli strumenti che permettono di impostare limiti di tempo e di soldi (in termini numero e quantità di giocate, limite massimo di deposito e ricarica del conto di gioco) e di ricevere pop-up e messaggi anche personalizzati. Harris e Griffiths (2017) si sono occupati di analizzare l'efficacia di questi strumenti nel prevenire l'attività di gioco o nel ridurre il tempo o la quantità di soldi investiti. L'impostazione di limiti può rappresentare un buon primo passo da un lato per contenere i danni finanziari e dall'altro per consentire al giocatore di iniziare ad affrontare il problema del gioco senza sentire la pressione di una scelta più impegnativa come l'auto-esclusione, che rischia di aumentare il drop-out se proposta senza una corrispettiva motivazione interna. Tali impostazioni risultano utili soprattutto per aumentare la consapevolezza del giocatore rispetto all'effettivo tempo e denaro che spende nel gioco, aumentando quindi la possibilità di aderenza al trattamento.
2. Nel momento in cui il giocatore si rende conto di avere bisogno di una protezione più consistente, può attivare l'auto-esclusione. Questa misura nasce nei Casinò dove l'ingresso è vincolato all'identificazione tramite documento/foto. Ma come fare

online? Un giocatore che riconosce di avere dei problemi legati al proprio comportamento di gioco può volontariamente richiedere tramite l'area personale del proprio account di essere escluso dai siti di gioco italiani. Molti giocatori in precedenza hanno tentato almeno una volta di autoescludersi dal sito in cui giocano. E ci sono anche riusciti. Ma era fin troppo semplice aggirare questa esclusione nel momento del craving. Bastava infatti creare un nuovo account o trovare un nuovo sito per poter ricominciare a giocare (Jonsson, 2008). Ed era irrealistico pensare di poter seguire questa procedura per tutti i siti esistenti. Per questo alcuni Paesi hanno creato un programma nazionale di auto-esclusione trasversale. L'Italia è tra questi e dal 12 febbraio 2018 ha attivato la possibilità di iscriversi al Registro Unico degli Autoesclusi (RUA) del gioco a distanza gestito dall'ADM (Agenzia delle Dogane e dei Monopoli) per i giocatori online che ritengono di aver sviluppato un gioco problematico o di essere a rischio (Prever & Peano, 2018). È possibile autoescludersi da:

- Un singolo operatore
- Tutti gli operatori ADM, ovvero certificati dall'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli per un periodo di tempo:
  - Predefinito (30, 60 o 90 giorni) - auto-esclusione trasversale determinata.In questo caso la riattivazione sarà automatica allo scadere del termine

fissato. Per tutelare il giocatore in questo passaggio delicato si consiglia l'aggiunta di un software di blocco.

- Indeterminato – a. e. trasversale indeterminata. In quest'ultimo caso a partire da 6 mesi dalla richiesta il giocatore ha la possibilità di richiederne la revoca, potendo tornare a giocare non prima di 7 giorni dalla ricezione della richiesta. Attivando la a. e. trasversale non sarà più possibile aprire nuovi conti gioco, effettuare versamenti (sarà invece possibile prelevare i fondi), giocare con denaro vero o virtuale (fun bonus e/o freespins), ricevere comunicazioni promozionali dal casinò. Se la persona è iscritta a più siti o app di gioco online è sufficiente accedere ad uno e seguire la procedura di self exclusion. L'operatore online chiuderà immediatamente l'account del giocatore ed invierà la notifica di esclusione al RUA, in modo che l'esclusione venga applicata a tutti i siti di gioco autorizzati sul territorio nazionale. E per quanto riguarda gli operatori non italiani, non regolati da ADM? In teoria i casinò online stranieri non sono accessibili dall'Italia ma per una maggiore tutela, è consigliabile aggiungere un software di blocco. L'auto-esclusione trasversale rappresenta sicuramente un grande passo avanti rispetto alla semplice possibilità di autoescludersi da una singola piattaforma di gioco. Sarebbe interessante implementare ed aggiungere la possibilità di trasmettere automaticamente



il contatto del giocatore (se d'accordo) al servizio sanitario e ai gruppi di sostegno.

3. Molti Paesi non prevedono un piano nazionale di self exclusion. Molti giocatori si escludono da una singola piattaforma di gioco. Altri giocatori lo fanno per un tempo determinato, vedendosi riattivare in modo automatico il proprio account di gioco al termine del tempo prestabilito. Altri trovano accesso a piattaforme senza licenza. Molti genitori vorrebbero prevenire il gioco d'azzardo dei propri figli minorenni. In tutti questi casi si consiglia di utilizzare un software di blocco, misura meno conosciuta dagli operatori dei servizi di cura in Italia. Si tratta di software che possono essere installati su diversi dispositivi contemporaneamente (pc, tablet e smartphone) e che hanno la funzione di bloccare l'accesso a qualunque sito di gioco. Tra i software di blocco gratuiti troviamo: BetBlocker: <https://betblocker.org/> Tra i software di blocco a pagamento troviamo: Gamban: <https://gamban.com/> (che prevede una prova gratuita di 7 giorni); Gamblock: <https://www.gamblock.com/>; Betfilter: <http://www.betfilter.com/> Questo strumento permette di aggirare la creazione di account multipli e/o falsi. Una volta attivato questo strumento non è possibile rimuovere le restrizioni fino a quando non scadrà il periodo selezionato. Inoltre, questi software sono in grado di bloccare l'accesso a migliaia di siti Web di giochi in tutto il mondo,

comprese molte piattaforme senza licenza, continuando dall'altra parte a consentire l'accesso a contenuto utile legato al gioco d'azzardo, come ad esempio i metodi e i servizi per prevenire e curare i problemi legati al gioco (Winning Moves-GambleAware, 2018). E un altro punto a favore è rappresentato dal fatto che sono in grado di prevenire l'accesso a piattaforme che non sono ufficialmente considerate gioco d'azzardo ma che possono portare ad un aumento dell'attività legato al gioco d'azzardo. Wardle (2019) evidenzia ad esempio come il 39% dei bambini che giocano a skin betting (nei videogiochi) nell'arco di un mese abbiano giocato d'azzardo su un'altra piattaforma (Wardle, 2019). Ma anche questo strumento ha dei limiti. Alcuni giocatori ad esempio possiedono delle competenze tecnologiche tali da riuscire in qualche modo a disinstallare il software o a convincere il servizio clienti di un problema che necessita la disinstallazione. Altri utilizzano i dispositivi di parenti ed amici per poter giocare. Inoltre, alcuni software funzionano con parole chiave e bloccano l'accesso a pagine web che potrebbero fornire supporto ai giocatori (Winning Moves-GambleAware, 2018).

4. Per questi casi sarebbe importante aggiungere un blocco delle transazioni online. Griffiths (2018) sottolinea come sarebbe più semplice se le banche fermassero le transazioni di gioco tramite carte di credito e di debito per le persone con un

problema di gioco. Questa al momento è una posizione presa ad es. dalla banca Monzo, UK (Monzo Bank, 2018). Oppure Gainsbury (2012) evidenzia come in Norvegia siano bloccate le transazioni verso operatori di gioco senza licenza (Gainsbury, 2012). Ma in effetti molti operatori potrebbero permettere di bypassare il blocco delle transazioni tramite carta accettando altre forme di pagamento (come Paypal). Abbiamo visto come questi strumenti rappresentino delle valide opzioni soprattutto nel momento in cui vengono usati parallelamente in modo da garantire una protezione a più livelli, ovviamente maggiormente efficaci se inserite in un percorso terapeutico specifico, ma tuttavia valide anche in situazioni di solo counselling o aggancio a gruppi di auto aiuto. Queste sono le possibilità ad oggi disponibili. Secondo Caillon et al. (2018) alcuni giocatori esplicitano però come, nonostante le misure di protezione online, sia sempre possibile giocare di persona. E ricordano, come suggerito da Gainsbury (2014) e Kotter (2018), che la presenza di un'autorità legale che gestisca l'auto-esclusione sia online che offline rappresenterebbe un'utile alternativa, in sinergia con l'attività dei servizi di cura.

### Bibliografia

- BBC. (2019). Sweden female gambling addicts outnumber men for first time. <https://www.bbc.com/news/world-europe-47814630>.
- Bonello, M. & Griffiths, M.D. (2019). Behavioural tracking, responsible gambling tools, and online voluntary self-exclusion: implications for problem gambler. CgiMAGAZINE.COM.
- Bowden-Jones, H. & Prever, F. (2017). Gambling Disorders in Women: An International Female Perspective on Treatment and Research. London, New York. Routledge.
- Caillon, J., Grall-Bronnec, M., Perrot, B., Leboucher, J. (2018). Effectiveness of At-Risk Gamblers' Temporary Self-Exclusion Gambler. CgiMagazine.com.
- Gainsbury, S. (2012). Internet Gambling: Current Research Findings And Implications. 1st ed. New York: Springer-Verlag.
- Griffiths, M.D. (2018). Hot topics in gambling: gambling blocking apps, loot boxes, and crypto-trading addiction. Online Gambling Lawyer.
- Harris, A. & Griffiths, M.D. (2017). A critical review of the harm-minimisation tools available for electronic gambling. Journal of Gambling Studies, 33, 187–221
- Hayer, T. & Mayer, G. (2010). Internet Self-Exclusion: Characteristics of Self-Excluded Gamblers and Preliminary Evidence for Its Effectiveness. International Journal of Mental Health And Addiction (2011) 9: 296–307.

- Jonsson, J. (2008). Responsible gaming and gambling problems among 3,000 Swedish internet poker players. Paper presented at the 7th European Conference on Gambling Studies and Policy Issues, Nova Gorica (Slovenia).
- Monzo Bank (2018). Supporting people to self-exclude from gambling. May16. Located at: <https://monzo.com/blog/2018/05/16/gambling-self-exclusion>
- Prever, F. & Locati, V. (2017). Female gambling in Italy. A specific clinical experience. In Bowden-Jones, H. & Prever, F. *Gambling Disorders in Women: An International Female Perspective on Treatment and Research*. London, New York. Routledge. 127
- Prever, F. & Peano, V. (2018). Il Registro Unico di auto-esclusione, un esempio di sinergia per una buona prassi. *Alea Bulletin*, 6 (2), 3-4.
- Putting Woman on the agenda. (2020) Located at: [http://issba.elte.hu/docs/putting\\_women\\_on\\_the\\_agenda\\_2020-1.pdf](http://issba.elte.hu/docs/putting_women_on_the_agenda_2020-1.pdf)
- Wardle, H. (2019). The Same or Different? Convergence of Skin Gambling and Other Gambling Among Children. *Journal of Gambling Studies*, 35(4), 1109-1125.
- Winning Moves-GambleAware, 2018. Evaluating Online Blocking Software.
- Women and gambling disorder. (2020). Located at: <https://www.easg.org/blog/>

women-and-gambling-disorder-update-10-may-2020/

---

# I familiari dei giocatori vanno trattati?

## Una lettura critica dello studio di Nilsson e Colleghi (2020)

---

Graziano Bellio, Psichiatra Psicoterapeuta, Treviso

### **Il problema**

C'è ormai la diffusa consapevolezza che il disturbo da gioco d'azzardo sia una patologia che non riguardi solamente i giocatori. Ognuno di essi infatti coinvolge nei propri problemi mediamente altre sei persone vicine (Goodwin et al., 2017): non solo familiari, ma pure colleghi di lavoro, amici, famiglia allargata, eccetera. Altri Autori stimano una compromissione della rete ambientale ancora maggiore. L'impatto sulla famiglia avviene su diversi fronti (Shaw et al., 2007; Svensson et al., 2013). Da un lato i problemi economici abbassano il tenore e la qualità di vita di tutto il nucleo, e tali problemi possono persistere per molti anni anche dopo che il paziente ha smesso di giocare. Anche le relazioni possono deteriorarsi e non ricucirsi più: quando salta la fiducia di base tra i coniugi non sempre è possibile ristabilirla, e atteggiamenti critici e una spiccata sospettosità possono permanere a lungo. La vita affettiva e relazionale dei figli può essere minata gravemente, e così pure i loro progetti per il futuro. Tuttavia la vita familiare può patire conseguenze anche sul piano più prettamente sanitario: violenze intrafamiliari, abuso di sostanze, depressione

e ansia, rischio di suicidio, disturbi fisici possono riguardare sia il giocatore che i propri familiari (Kalischuk et al., 2006). D'altro canto è altresì ben noto che i familiari spesso sono i primi a ricercare aiuto e che la loro presenza nella presa in carico si correla a una migliore permanenza in trattamento e prognosi. Va ricordato infine che riuscire ad affrontare e risolvere assieme i problemi azzardo correlati consente ad alcune famiglie di migliorare le relazioni e di rafforzare i legami familiari. Da queste premesse ne consegue la comune prassi di coinvolgere i familiari nella presa in carico del giocatore e talora di riservare ad essi degli interventi specifici. Tutto chiaro? Non proprio. Strano a dirsi, ma la ricerca empirica non è ancora riuscita a dare indicazioni chiare e univoche per affrontare la sofferenza familiare.

### **Lo studio**

Un recente lavoro di Nilsson e Colleghi (2020) confronta la terapia comportamentale di coppia (BCT) (O'Farrell & Fals-Stewart, 2006) e la terapia cognitivo-comportamentale individuale (CBT) erogate online. I presupposti generali sono noti: pochi giocatori chiedono il trattamento, la

CBT ha quote di accettazione relativamente basse e di drop out relativamente elevate. Ci si attende che il coinvolgimento dei familiari migliori i risultati terapeutici, l'accettazione e la permanenza in trattamento, e ci si aspetta inoltre che l'erogazione online delle terapie aiuti a superare il timore dello stigma e favorisca l'avvicinamento del giocatore e del familiare al trattamento. Alcune ricerche precedenti sembrerebbero supportare l'ipotesi di lavoro, anche se per gli Autori mancano studi di qualità e di numerosità adeguata. La sperimentazione ha coinvolto due gruppi (BCT e CBT) di 136 coppie ciascuno: l'Altro Significativo non necessariamente era un familiare. L'assegnazione della coppia a uno dei due gruppi è stata randomizzata. Poiché lo studio confrontava un trattamento di efficacia ormai dimostrata (CBT) ed un trattamento sperimentale (BCT), non è stato previsto un gruppo di controllo con interventi placebo. I due trattamenti consistevano entrambi di 10 moduli erogati online con l'assistenza di un operatore che contattava settimanalmente il giocatore e, nel caso della BCT, anche il familiare. I moduli contenevano filmati, schede di testo, immagini ed esercizi. Il supporto dell'operatore avveniva per telefono e per e-mail. Nel gruppo CBT solo il giocatore accedeva ai moduli e ai contatti dell'operatore, mentre nella BCT entrambi avevano accesso in modo separato pur se in alcuni moduli era richiesto che i due lavorassero assieme. La terapia comportamentale di coppia in particolare si basa su moduli e sessioni del tutto simili a molti altri interventi cognitivo-

comportamentali, combinando interventi per l'addiction e interventi sulla relazione. Gli Autori descrivono più in dettaglio il trattamento in un altro lavoro (Nilsson et al., 2016). La valutazione, che ha riguardato sia giocatori che Altri Significativi, è stata condotta all'ingresso, al termine del trattamento e a distanza di 3, 6, 12 mesi dopo la conclusione. Come outcome primario sono stati considerati la frequenza di gioco, il denaro perso, e il numero di criteri diagnostici del DSM presenti negli ultimi 30 giorni. Altre variabili sono state individuate come indicatori di outcome secondario: aderenza al trattamento, depressione, ansia, abuso di alcol, qualità delle relazioni e conseguenze del gioco. I risultati sono presto detti: entrambi i gruppi hanno manifestato un miglioramento in tutte le misure rispetto alla situazione di partenza. I dati non depongono per la superiorità di un trattamento sull'altro sia sul versante del gioco che del benessere generale di giocatori e familiari. Anche la compliance non appare differenziarsi in modo significativo tra i due gruppi, anzi: sia i giocatori che i familiari del gruppo BCT hanno aderito alla valutazione di follow up a 12 mesi in misura (non significativamente) minore del gruppo CBT. In sostanza i risultati ottenuti non confermerebbero l'assunto che trattare i familiari anziché il solo paziente migliori significativamente l'esito e l'aderenza al trattamento. I dati del gruppo BCT, seppur lievemente migliori, non depongono per un impatto rilevante. Oltre la metà dei familiari e dei giocatori in entrambi i gruppi non

hanno concluso il trattamento. Una ulteriore sorpresa è derivata dall'assenza di differenze significative nelle misure dei familiari, dato che quelli del gruppo CBT non hanno ricevuto alcun intervento. Ciò contrasta non solo con i dati derivanti da altri studi, ma pure con lo stesso studio pilota di Nilsson e Colleghi (2018). Gli Autori ipotizzano che anche i familiari del gruppo CBT siano stati di fatto coinvolti, sia a livello del disvelamento da parte del giocatore, sia a livello del processo di screening iniziale e di assessment. In ogni caso i risultati inaspettati e controintuitivi dello studio non possono essere liquidati facilmente: si tratta infatti di uno studio "robusto", sia sul piano della metodologia (randomizzazione dei gruppi, misure di molteplici variabili), sia sul piano della numerosità dei due campioni. I limiti dello studio, sempre secondo Nilsson e Coll., semmai sono da ascrivere al lungo processo di screening, prima dell'avvio del trattamento, che potrebbe aver avuto un certo valore di sostegno per il familiare, e aver motivato il giocatore ad astenersi ancor prima dell'avvio del trattamento, riducendo così le differenze pre-post derivate dall'effetto terapeutico.

### **Cosa possiamo imparare da questo studio**

Il lavoro di Nilsson e Colleghi (2020) va apprezzato per almeno due motivi: primo, è uno studio ben fatto e ben preparato, come testimoniato anche da alcuni articoli preliminari; secondo, pubblica risultati negativi, e ciò purtroppo non è molto frequente nella letteratura scientifica. I risultati negativi

sono altrettanto importanti di quelli positivi nell'avanzamento delle conoscenze, benché maggiormente frustranti per il narcisismo dei ricercatori: essi stimolano domande e ulteriori ricerche lungo strade nuove. Come avviene spesso per gli articoli importanti, la rivista *Addiction* ospita a margine del lavoro di Nilsson e Coll. anche un commento di Nicki Dowling (2020) che ci aiuta a comprendere meglio alcuni aspetti messi in luce dallo studio originale. Dowling osserva che diversi altri interventi specificamente sviluppati per i familiari dei giocatori hanno mostrato una efficacia limitata e ciò farebbe pensare che non sia ancora chiara quale strategia vada utilizzata e quali obiettivi perseguire. Ci sono infatti due approcci fondamentali: 1) trattare la famiglia o il familiare per i suoi propri bisogni, indipendentemente dall'iter terapeutico del giocatore che potrebbe perfino rifiutare le terapie; 2) mantenere il focus sul trattamento del giocatore "attraverso" il familiare. Secondo uno studio recente (Rodda et al., 2019) i familiari preferiscono un approccio focalizzato sul paziente (50%), mentre il 28% desidera un sostegno personale, e il 22% un approccio misto. Benché lo studio di Nilsson e Colleghi sia chiaramente focalizzato sul giocatore, e nonostante abbia offerto garanzie di anonimità e facilità di accesso da casa, non ha mostrato i risultati attesi. La Dowling conclude auspicando maggiori ricerche in questo campo. Ma in quale direzione? Appare plausibile che la maggior parte dei familiari desiderino primariamente un trattamento efficace per il loro caro che gioca

eccessivamente: è generalmente evidente ai loro occhi che tutti i gravi problemi patiti sono conseguenza dell'azzardo compulsivo. Tuttavia questo rappresenta solo una parte della realtà. Certi problemi semplicemente non possono essere risolti con la cessazione del gioco: debiti, crollo della fiducia, qualità della vita coniugale, visione del futuro, progettualità per sé e per i figli, sono tutti fattori stressanti che continueranno a pesare sulle spalle del nucleo e che contribuiranno a far star male le persone. Si può ipotizzare che dietro all'orientamento "gambler-focused" ci stia un meccanismo di negazione da parte del familiare e forse anche dell'operatore. Secondo questo punto di vista non sorprende che il trattamento comportamentale di coppia non abbia dato i risultati sperati: semplicemente è andato incontro solo ad una fetta di bisogni. È probabile che l'approccio più utile sia quello misto, guarda caso quello meno desiderato, che mette in campo elementi di supporto emotivo e strumenti comportamentali focalizzati sull'azzardo il cui bilanciamento sarà da determinarsi in base ad un assessment specifico per i familiari. In alcuni casi il supporto emotivo verrà richiesto esplicitamente, in altri sarà necessario un lavoro di accompagnamento alla presa di coscienza dei propri bisogni. Nella famiglia del giocatore, così come nelle altre dipendenze, ci possono essere relazioni disfunzionali che renderanno più complessa la situazione e più indicato un intervento "hard" e a lungo termine, non ultimo l'invio ai gruppi di auto mutuo aiuto. È comunque difficile pensare che interventi brevi possano

essere efficaci in situazioni complesse come quelle che normalmente accedono ai servizi dipendenze (nel lavoro di Nilsson si parla di 10 sessioni). In ogni caso moduli agili e di breve durata potrebbero essere d'aiuto in situazioni meno gravi (pensiamo ad esempio al modello stress-strain-coping-support di Copello e Orford (2010), importato in Italia da Capitanucci e AND (2013). L'erogazione di trattamenti attraverso canali multipli, tra cui Internet, potrebbero peraltro migliorare l'appeal del servizio. Se i servizi devono sviluppare moduli di assessment e trattamento per familiari, se devono diversificarli per gravità e profilo di bisogni, se devono farsi carico in modo differenziato di coniuge e figli, se devono erogare le prestazioni attraverso molteplici vie, in presenza o da remoto, avranno essi le risorse e le competenze per gestire tutto ciò? Improbabile. Ovviamente sarà indispensabile un attento coinvolgimento di altri soggetti intra ed extra dipartimentali. In linea teorica andrebbe pianificato sia un adeguato processo di assessment orientato a comprendere meglio le conseguenze del gioco eccessivo e l'impatto sulla famiglia in termini di stress, ansia e depressione, e inoltre a determinare chi ha maggior bisogno di aiuto e il grado di motivazione e di consapevolezza dei familiari. A questo proposito va sottolineato il fatto, ben noto agli operatori delle dipendenze, che i familiari spesso abbandonano i contatti tanto quanto i pazienti, e anche lo studio di Nilsson e Colleghi lo ha rilevato. Sul piano del trattamento dovrebbe essere deciso lo status

del familiare in termini di titolarità della presa in carico, con rilevanti conseguenze sul piano organizzativo e amministrativo. Il familiare che supporta il giocatore (paziente organizzativamente designato e titolare di cartella), non è la stessa cosa del familiare che viene preso in carico per i suoi propri bisogni, con un percorso differenziato dal giocatore e con una propria cartella. In ambedue i casi si corrono dei rischi: in un caso di sottostimare il carico assistenziale del servizio, dove le prestazioni e i programmi per familiari risultano come mero supporto al trattamento del giocatore; nell'altro di far esplodere i dati sui pazienti in carico e sulle cartelle aperte, e di incrementare in modo significativo il carico assistenziale. Sembra chiaro che le Regioni dovrebbero dare linee di indirizzo inequivocabili. Appare opportuno che il servizio riservi gli interventi più onerosi ai casi in cui non ci siano altre opzioni e che si orienti secondo alcune linee operative generali:

- 1) sviluppare trattamenti per i familiari di durata più breve, diversificati e orientati in modo flessibile sia a fornire strumenti per migliorare la consapevolezza e l'assertività, sia a supportare emotivamente i loro bisogni affettivi. Gli strumenti terapeutici principali saranno la psicoeducazione, le sessioni cognitive comportamentali e la psicoterapia supportiva.
- 2) Rendere disponibili canali di erogazione a distanza di interventi psicoeducativi, cognitivi comportamentali e supportivi (via mail, tramite portale web, videoconferenza, telefono).

- 3) Dotarsi di opzioni per il trattamento più intensivo dei familiari più bisognosi erogabili in parte direttamente dal servizio, ad esempio psicoterapia della famiglia, di coppia, individuale, in gruppo, in parte anche al di fuori del servizio, ad esempio i gruppi di autoaiuto, i servizi per minori e per adolescenti.
- 4) Nei trattamenti residenziali per giocatori, programmare forme di coinvolgimento e di supporto specificamente indirizzati al familiare.
- 5) Pianificare un assessment adeguato a supportare la scelta tra le diverse opzioni terapeutiche. Ovviamente tutto ciò non è ancora evidence-based in quanto, come riconosciuto da Dowling, le ricerche in questo campo sono ancora limitate e per lo più gambler-focused. Purtroppo, come già visto in altri aspetti dei trattamenti, non sarà facile per la ricerca valutare con metodologie robuste strategie terapeutiche complesse. Non ci resta che rimboccarci le maniche e raccogliere un po' di dati per cercare di capirci qualcosa.

### Bibliografia

- Biganzoli, A., Capitanucci, D., Smaniotto, R. (2013). *Il gioco d'azzardo, la tua famiglia e tu. Manuale di autoaiuto per i familiari*. Edizioni And-in-carta, Varese. Ed orig. inglese a cura di: The National Problem Gambling Clinic & The UK ADF Research Group. Reperibile in: [www.andinrete.it](http://www.andinrete.it) (accesso verificato il 14.07.20).
- Dowling, N.A. (2020). *Commentary on*



- Nilsson et al. (2020): The development of effective interventions for concerned significant others affected by gambling harms. *Addiction*, 115, 1343-1344.
- Goodwin, B.C., Browne, M., Rockloff, M., & Rose, J. (2017). A typical problem gambler affects six others. *International Gambling Studies*, 17, 276-289.
  - Kalischuk, R.G., Nowatzki, N., Cardwell, K., Klein, K., & Solowoniuk, J. (2006). Problem gambling and its impact on families: a literature review. *International Gambling Studies*, 6, 31-60.
  - Nilsson, A., Magnusson, K., Carlbring, P., Andersson, G., & Hellner Gumpert, C. (2016). Effects of added involvement from concerned significant others in internet-delivered CBT treatments for problem gambling: study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 6, e011974.
  - Nilsson, A., Magnusson, K., Carlbring, P., Andersson, G., & Hellner Gumpert, C. (2018). The Development of an Internet-Based Treatment for Problem Gamblers and Concerned Significant Others: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Gambling Studies*, 34, 539-559.
  - Nilsson, A., Magnusson, K., Carlbring, P., Andersson, G., & Hellner Gumbert, C. (2020). Behavioral couples therapy versus cognitive behavioral therapy for problem gambling: a randomized controlled trial. *Addiction*, 115, 1330-1342.
  - O'Farrell, T.J., & Fals-Stewart, W. (2006). Behavioral Couples Therapy for Alcoholism and Drug Abuse. Guilford Press, New York, NY.
  - Orford, J., Copello, A., Velleman, R., & Templeton, L. (2010). Family members affected by a close relative's addiction: The stress-strain-coping-support model. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17: suppl.1, 36-43.
  - Rodda, S.N., Dowling, N., Thomas, A.C., Bagot, K., Knaebe, B., & Lubman D. I. (2019). Treatment for family members of people experiencing gambling problems: family members want both gambler-focused and family-focused options. *International Journal of Mental Health and Addictions*, 1-17.
  - Shaw, M. C., Forbush, K. T., Schlinder, J., Rosenman, E., & Black, D. W. (2007). The effect of pathological gambling on families, marriages, and children. *CNS Spectrums*, 12(8), 615-622.
  - Svensson, J., Romild, U., & Shepherdson, E. (2013). The concerned significant others of people with gambling problems in a national representative sample in Sweden - a 1 year follow-up study. *BMC Public Health*, 13, 1087.

---

# Lettera di un giocatore d'azzardo

---

Buonasera,

Mi chiamo Massimiliano; vi scrivo speranzoso che il lavoro che state svolgendo tra Associazioni e Regione, in materia di “contrasto alla ludopatia” abbia un percorso poco tortuoso e con il concreto raggiungimento di grandi obiettivi. Sono un giocatore d'azzardo patologico ormai da 20 anni, ho sperperato denaro, prosciugato più volte il conto corrente e fatto prestiti fino a sovraindebitarmi. Ho seguito percorsi con psicologi, letto libri sulla ludopatia, ascoltato parenti ed amici, ho seguito la stimolazione magnetica transcranica, ho guardato i video su youtube, prendo la sertralina, ho svolto 8 mesi di “Messa alla prova” per un procedimento penale per non aver passato gli alimenti a mia figlia, ho provato mille volte a smettere ma, ad oggi, sono qui in vita, in attesa dell'ennesima riformulazione di più finanziamenti per avere i soldi per sopravvivere. l'8 maggio 2019, in completa autonomia, dopo l'ennesima disfatta economica con le slot online e sale gioco, ho cominciato un percorso serio ed autonomo, mettendo restrizioni al bancomat, facendo meditazione ed interessandomi ad altre cose. Dopo poco

più di un anno, ho avuto due ricadute, una l'8 dicembre 2019 e l'ultima il 3 luglio 2020. Nella prima sono fuggito in sala slot e poi qualche giocata online, ma senza fare molti danni. Nella seconda ed ultima ricaduta invece il danno è stato maggiore, sale slot e gioco online senza preoccuparmi del male che mi stavo facendo. Con questi ultimi episodi mi sono ritrovato con zero soldi sul conto e nuovamente alla ricerca di soldi, nella modalità sopra espressa. Perchè vi scrivo e vi racconto la mia vita infelice da giocatore, semplicemente perchè auspico fortemente che in un futuro non molto lontano, si arrivi a restrizioni più ferree e concrete sia in ambito gioco online che terrestre. Nel gioco su internet, è buona cosa la possibilità di un'autoesclusione trasversale su tutti i siti di gioco online, e sarebbe ancora perfezionabile includendo: un limite automatico di spesa per coloro che rientrano dall'auto-esclusione trasversale, tipo 100 euro massimo di versamento nei primi trenta giorni dalla riattivazione;

- con l'ausilio del codice fiscale e di un database dei SERD, impedire il rientro al gioco online per coloro che hanno chiesto

aiuto ai SERD o associazioni contro la ludopatia, impedendo la riattivazione dei contigiocodopolafinedell'auto-esclusione;

- dopo due auto-esclusioni trasversali, impedire il rientro in qualsiasi sito di gioco online, con chiusura automatica ed irreversibile dei conti gioco aperti ed impossibilità di apertura di altri conti gioco identificato con codice fiscale;
- impedire più di due versamenti a settimana, impostando una tutela per il giocatore, con tetto massimo di 100 euro a settimana (cifra ipotetica)

I punti sopra elencati possono essere fonte d'ispirazione per evitare che qualsiasi giocatore ingabbiato (come me) ricada nuovamente nel dirupo dell'azzardo online, il quale lo ritengo pericolosissimo per velocità di gioco, comodità e semplicità di versamento. Da giocatore incallito e sempre alla ricerca di una svolta definitiva, desidero fortemente che vengano prese in considerazione anche delle forme di tutela per il gioco che si svolge nelle sale bingo e slot. Mi riferisco principalmente alle slot machine, il male di questa società, le colpevoli assolute di disfatte economiche e familiari, di suicidi e di furti, di bugie e abbandono dei propri cari. Ultimamente nelle sale slot è entrato in vigore l'uso del codice fiscale per chi vuole giocare con le VLT, solo per la tutela del gioco vietato ai minorenni, ma non per la tutela del giocatore che comunque può giocarsi tutto lo

stipendio, la moglie e la casa, l'importante che abbia il codice fiscale. Una restrizione banale. Senza il codice fiscale si possono usare tutte le slot machine a moneta quindi, in questa modalità, non importa l'età o il grado di dipendenza, in queste slot si può giocare senza limiti. Da frequentatore di sale slot ho assistito a scene di ogni tipo, dai litigi tra marito e moglie, alle telefonate di aiuto per tornare a casa, alle richieste di prestito sul posto, alle discussioni per chi giocava su una determinata slot machine. Vorrei, anche a difesa del sottoscritto e delle mie eventuali future scivolate, che le sale slot siano vietate a coloro che si sono presentati ai SERD, a coloro che hanno una auto esclusione trasversale online, oppure chi ne fa espressamente richiesta, ovvero autocertificare la volontà di non essere ammesso all'interno di sale slot o casinò. Una modalità NON impossibile da attuare in quanto basta semplicemente registrare/controllare l'ingresso dei "clienti" con apposito uso del codice fiscale e/o carta d'identità, in stile casinò Saint Vincent, San Remo ed altri. Chiedo perdono per questa mia email condita di sfogo, ma sono certo, che se c'è volontà di fare tutela ai piemontesi ed agli italiani, le modalità di soccorso si possono attuare e ri-avere tanti cittadini liberi dalla schiavitù del gioco e indipendenti dal punto di vista finanziario con conseguente pagamento regolare delle tasse, affitti o mutui, spesa e benessere. Con quest'ultima richiesta di riformulazione



dei miei prestiti, ho impostato i limiti di prelievo con il bancomat, ho già attivato l'auto-esclusione dai siti online, ho ripreso con costanza l'assunzione della sertralina e mi sono impostato alcuni obiettivi futuri. E' l'ennesimo nuovo inizio. Sono certo che questa mia lettera sarà presa in considerazione.

Con stima,  
Massimiliano



FUORI DAGLI SCHEMI...DENTRO GLI SCHEMI

---

LA PILLOLA DI ROLANDO DE LUCA

## Patrimonio

Il gioco d'azzardo **non è ereditario:**  
chi è figlio di un giocatore  
d'azzardo **non eredita nulla.**

---

Tratto dal libro *Sono il fallimento più riuscito della mia vita. Manuale per uscire ridendo dal giogo d'azzardo*, Edizioni Goliardiche, Trieste, 2013.



---

# 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](http://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](mailto:aleabulletin@gmail.com)**

---



## Comitato di redazione

Graziano Bellio  
Mauro Croce  
Claudio Dalpiaz  
Beatrice De Luca  
Gianni Savron

Presidenza ALEA  
E-mail: [presidenza.alea@gmail.com](mailto:presidenza.alea@gmail.com)

[www.gambling.it](http://www.gambling.it)

Per non ricevere più il Bulletin, scrivere a: [newsletter@gambling.it](mailto: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.