

ALEA

Bulletin

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

VIII
3/2020

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
- 9 Effetti del lockdown per l'emergenza COVID-19 su un campione di pazienti con Disturbo da gioco d'azzardo in carico all'ambulatorio specialistico DGA della ASL Roma 1
di M. L. Carenti, O. Casciani, O. De Luca, V. Guadagnino, C. C. Incerti, D. Manasse
- 13 Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) al tempo della pandemia di COVID-19: il punto di vista dei SerDP
M. Avanzi, A. Calabrese, S. Cabrini
- 18 Gambling con COVID-19: mercato dell'azzardo, giocatori, impoverimento e indebitamento durante e dopo il lockdown
di U. Caroni
- 24 "Prevenire è meglio che curare". Dati complessivi della ricerca sulla prevenzione primaria dell'azzardo su 1452 studenti delle classi di V elementare e di II e III media della Provincia di Ravenna
di G. Savron, L. Casanova, G. Ukrayinets, E. Magnanensi, S. Foschini, S. Guerrini, M. Balestra
- 31 Terapia Metacognitiva Interpersonale di Gruppo per il Disturbo Da Gioco d'Azzardo
di F. Canfora
- 37 Facciamo chiarezza sul Canadian Problem Gambling Index-CPGI
di G. Bellio
- 43 Dentro gli schemi... fuori dagli schemi: Presentazione del libro-diario "Terapia di gruppo ai tempi del COVID, centosessanta sedute via Skype da marzo a giugno 2020"
di R. De Luca

Le dipendenze, la ricerca, l'etica pubblica, gli operatori davanti agli insegnamenti della pandemia

Maurizio Fiasco, Presidente di ALEA, Sociologo

Tutti i mondi delle scienze umane, quelli dell'area psicosociale, della medicina, degli studi sull'ambiente (clima, risorse energetiche e alimentari, sostenibilità dei modi di produzione e di riproduzione sociale dell'umanità) oggi spiazzati dalle evidenze tragiche della pandemia, saranno costretti volenti o nolenti a revisionare in profondità le acquisizioni in base alle quali avevano edificato scelte pragmatiche, missioni professionali e, perché no, collocazioni negli apparati egemonici di potere, castali, economici, politici. Anche per il vasto e composito ambiente delle addiction si imporrà, a emergenza virologica rientrata e in attesa di probabili scenari di successive riedizioni, una diversa epistemologia: sull'analisi della personalità, sulla rappresentazione sociale, sugli obiettivi e sui metodi della clinica, sul concetto di "fuoriuscita" e sulle regole istituzionali. Psichiatria, psicologia, medicina delle dipendenze, sociologia, scienza del diritto e della politica sono effettivamente convocate a una *Disruptive Innovation* (Christensen et al., 2018).

Dentro un "sistema Italia" che lavorava alla crescita, dopo essere stati tutti coinvolti nello shock cognitivo e scientifico davanti alla catastrofe nazionale e internazionale - così pervasiva anche nella sfera quotidiana, intima delle singole persone - ci sentiamo di nuovo precipitare nell'ignoranza, nella privazione di un arsenale di strumenti interpretativi ai fini di una pragmatica minimamente all'altezza. Qui ci soffermiamo su quest'ultimo aspetto dell'urgenza di revisione epistemologica: l'analisi istituzionale al crocevia di questioni di etica pubblica, di autonomia delle visioni scientifiche, per una revisione di tante certezze, o presunte tali, che ci hanno accompagnato in anni di ricerca e di operatività. Il punto focale per noi è quello del rifornimento del pubblico erario di imposte sulla distribuzione legalizzata di merci che provocano conseguenze dannose per la persona. Insomma, nel campo del gioco d'azzardo aver legato la fiscalità ad una nocività riproduce lo stesso paradosso verificatosi con il tabagismo: una curiosa dipendenza patologica anche da parte dello Stato, che possiamo indicare come *addiction fiscale*, quale si esprime nella ricerca compulsiva di nuove entrate per la finanza

pubblica. Il gettito erariale dalle sigarette è pari a 14 miliardi di euro annui? Ma il costo degli 84 mila decessi per tumori causati dal fumo è di gran lunga superiore! Eppure, le emergenze di cassa della pubblica amministrazione sono quasi sempre fronteggiate iscrivendo a bilancio la previsione di nuovi ricavi da tassazione aggiuntiva sui tabacchi. La domanda di questo “bene” è infatti rigida, e gli 11,5 milioni di tabagisti continueranno a consumare quanto offre il monopolio statale. L'aumento del prezzo del fumo è ininfluente sulla propensione a inalarsi tabacco combusto. Non la riduce, come per l'appunto in stretta analogia avviene, per scommesse, slot machine e lotterie, dove la spirale di induzione statale all'azzardo rivela ancora una nuova asimmetria tra logica della decisione burocratica e comportamento effettivo del giocatore. Nella revisione epistemologica, insistendo sugli aspetti etico-politici, quel che va inquadrato è un *processo organico di cooptazione delle dipendenze patologiche*. Un processo di senso comune, di visione culturale, di convinzioni acritiche che si traducono in un dogmatismo di assunti tali da influenzare le decisioni istituzionali e operative. Da cui deriviamo una breve agenda di riflessione e studio, articolata in sei punti.

- 1. Cooptazione economica** tra un ventaglio di business accomunati dal disporre di una domanda rigida garantita da un'addiction: il consumo del “servizio” (gambling, pornografia) o della merce (tabacco, alcol, cibi ipercalorici) che viene venduto con certezza di profitto, poiché il consumo non scenderà mai in quantità e prezzo, essendo ancorato a una dipendenza comportamentale, neurobiologica, funzionale o di altra natura che contrassegna i clienti.
- 2. Cooptazione culturale:** nelle classi colte e nei cosiddetti “ceti riflessivi” (o autodefinitisi tali) collegando le sponsorizzazioni ai beni culturali o alle “buone cause”, o distanziando la gran massa dei consumatori di azzardo che compone le classi in fondo alla piramide sociale
- 3. Cooptazione reciproca:** fumo, più alcol, più prostituzione, più criminalità, più videogiochi. Non solo somministrare bevande e permettere di bruciare tabacco nei locali del gambling, ma giustificare la disseminazione dell'azzardo “lecito” quale misura di allontanamento del gambling criminale. Mentre le evidenze, comprese quelle giudiziarie, sono di segno opposto
- 4. Cooptazione mediatica:** agire sul “discorso pubblico” o sull'opinione in pubblico nei vari canali dei media accreditati (intrattenimento, talk show, selezione delle notizie, annunci eccetera) dando voce a testimonial che replicano banalità, e così volgere a determinare un'agenda che spazzi via la critica competente e indipendente.
- 5. Cooptazione delle dipendenze nella sfera individuale,** trasformandole in ordinatore delle sequenze della vita quotidiana, nella famiglia, nelle relazioni sociali, nel lavoro, nel tempo libero e così via.
- 6. Cooptazione nell'inquadramento scientifico,** reso “compatibile” con la struttura degli interessi economico-finanziari e tributari: l'influenza dell'industria estende i suoi messaggi distorsivi sulla pubblica salute anche alle istituzioni e alle organizzazioni che hanno la responsabilità dell'integrità scientifica e dunque degli approdi della ricerca e della politica in tema di Gambling Disorder. Come già avviene per enti for profit della

ricerca sociale, i concessionari dell'azzardo sovvenzionano, senza gara a evidenza pubblica, rapporti, osservatori e meeting direttamente e indirettamente riversati contro Regioni e Comuni quando questi ultimi regolano la vendita dell'azzardo dopo aver dato priorità alla Salute. In conclusione sul punto della rinnovata "cooptazione", nel "dopo pandemia" ci troveremo ancor più di fronte al rischio di un inserimento governato dei tratti di vulnerabilità personale e sociale nel processo di gestione economica da parte dell'industria dell'azzardo, che già peraltro insiste sullo Stato perché non contrasti la caduta delle utilità marginali nel settore delle "merci tossiche", siano esse le sostanze che contengono valori addictivi o che agevolino il condizionamento dell'apparato neurobiologico al netto di qualsiasi farmacocinetica. E' così che l'industria moderna del gioco d'azzardo - in analogia con la commercializzazione di prodotti fisici con ricadute nocive per la persona, come tabacco, alcool, alimenti ipercalorici perché addizionati di zuccheri e di grassi - cercherà di far leva sul suo vantaggio competitivo ingiusto, tale che richiederebbe un intervento non solo delle autorità della salute, ma anche dello stesso antitrust: nella stagione della caduta generale della domanda di beni e di servizi e della prolungata stagnazione post COVID-19. Infatti, già è di tutta evidenza il caso del gioco d'azzardo on-line, cresciuto nella pandemia e nelle settimane del lock down, giovandosi proprio delle opportunità che la forzata e accelerata alfabetizzazione digitale della popolazione ha messo a disposizione: per il bene (la didattica a distanza, gli accessi ai servizi della pubblica amministrazione da remoto, facilitazioni alle pubbliche informazioni

e agli scambi comunicativi), e per il male (gioco d'azzardo on-line, pornografia on-line, frodi on-line, riciclaggio on-line eccetera). Per le ragioni ricordate, il cerchio vizioso delle *sin taxes* (la tassazione sui vizi) va misurato nei bilanci di perdita netta per il pubblico erario ottusamente non contabilizzata, ovvero nei disturbi alcol correlati, nel tabagismo e nel gioco d'azzardo di massa. Fattori che entrano nella struttura del progredire del deficit-debito pubblico nei paesi avanzati. Problemi che negli USA prima della pandemia erano risolti negando l'assistenza sanitaria universale. Dunque, le "pubbliche virtù" della fiscalità da *sin taxes* vanno poste a confronto con le "malattie" procurate o aumentate dalle sostanze e dai servizi con valori funzionali tossici. Se i dati del primo semestre dell'anno 2020 indicano un'ulteriore prosecuzione della crescita del gioco d'azzardo on-line (più 25 punti percentuali), il blocco si è fatto sentire con un crollo di oltre il 50 per cento di consumi e perdite sempre nello stesso periodo per le forme collocate sul terreno o *land-based*. A questa fase, era seguita la riapertura effimera di luglio-agosto-settembre e prima metà di ottobre, poi è arrivato di nuovo lo stop nell'ultimo scampolo del 2020, e probabilmente insisteranno le restrizioni che, imparata la lezione, segneranno per una parte il prossimo anno. Da rimarcare tuttavia, che prima di un "liberi tutti" moderato a metà estate, non mancavano le avvertenze sulla possibile risalita dei contagi, grazie anche al gioco d'azzardo fisico praticato nei locali. La morfologia delle installazioni, le dinamiche dei comportamenti per un consumo sui generis (che non si basa sul divertimento distaccato, in una sorta di atarassia, ma sull'emotività rinforzata e sull'indurre a non

controllare le pulsioni), come già scritto nel precedente numero di Alea Bulletin (Fiasco, 2020), suggerivano che nei locali del gambling si presentavano gli spazi sui quali esercitare il controllo più ferreo, con regole inderogabili. Invece le linee guida delle regioni erano molto lasche e permissive: fino al piombare del decreto presidente Consiglio Ministri del 14 ottobre che ha spezzato il Nodo Gordiano. Il blocco ha comunque avuto effetto, almeno per le sale da scommesse e slot machine, pur se sono stati esentati gli altri accessi fisici, a notevole impatto, come le lotterie e il lotto ad alta frequenza negli esercizi pubblici, con estrazioni ogni cinque minuti molto praticate il giovedì e il sabato da colf e badanti, nella solitaria *libera uscita* dal duro lavoro nelle case di famiglie con anziani bisognosi di assistenza full time. Ma torniamo allo on-line, con le autostrade lasciate libere interamente, anzi con la sbarra ai caselli tirata su e con gli addetti spariti nel nulla. Qui le macchine dell'azzardo hanno continuato a correre, a reclutare nuovi giocatori, soprattutto molto giovani, a beneficiare di forme sofisticate e sommerse di pubblicità aggressiva. In barba al divieto votato nell'agosto 2018 ed entrato in vigore dodici mesi dopo, dunque sul finire dell'anno che ha preceduto quello della pandemia. Com'è stato possibile, perché non si è vigilato? Grazie a un escamotage fatto passare per tempo. Il primo, che più di una gherminella avventurosa è apparsa una vera e propria impostura istituzionale, è stato possibile per i buchi voluti sagacemente dagli estensori delle famigerate linee guida AGCOM, autorità garante delle comunicazioni, che nel luglio 2019 dettò l'applicazione operativa del divieto di pubblicità. Da "assoluto", com'è nella lettera

della normativa di legge, è stato ridimensionato in "relativo". Tralasciamo come un'Authority sia stata capace di alterare spirito e lettera di norme votate dal Parlamento! Con un atto interno! Resta il fatto che società di scommesse e lotterie hanno fatto pervenire sempre - dunque anche nei giorni del lock down - le loro offerte commerciali ai clienti storici e a quelli potenziali e reclutabili. Il sottile e in verità inesistente distinguo, tra informazione e pubblicità a un prodotto pur soggetto al divieto assoluto di pubblicità, è stato sfruttato per un'operazione dallo stile kitsch: e come il kitsch è l'impostura nell'arte, così le giravolte linguistiche di AGCOM sono state l'impostura del diritto! Cosa si aspetta ora a correggerle con somma urgenza affinché non si speculi sulle fragilità accresciute nella società ferita e traumatizzata dalla pandemia da COVID-19? Il pessimo esempio fornito da AGCOM (davanti alla tattica scaltra delle compagnie delle scommesse e dei casinò via internet, delle slot machine sullo smartphone) spunta le armi di difesa sociale e istituzionale davanti all'impiego senza regole degli algoritmi da parte di Google e similari. Si è davvero all'anno zero, mentre finalmente si comincia a rilevare la bolla che avvolge ciascun utilizzatore di un semplice telefonino (Old Style o vintage o hi-tech che si voglia), ogni massaia, impiegato, sportivo, pensionato. Ognuno è pedinato 24 ore su 24 grazie al profilo che di lui tracciano in tempo reale i Big data. Avete l'abitudine di consultare a intervalli Facebook, chattare con qualcuno, visitare un sito internet, passeggiare per le strade avendo in tasca lo Smartphone e nelle località più diverse? Da tutto ciò si può procedere a incroci delle informazioni sugli orari con quelle sui luoghi e le compagnie che pratica quel cittadino utente del digitale,

portato in tasca o attivato sulla scrivania. Gli algoritmi, le mille porte d'accesso alle scie di dati che la persona genera minuto per minuto, passando davanti a una vetrina, componendo un numero al telefono, consumando un pasto in tal locale, percorrendo con i mezzi pubblici o privati le città eccetera eccetera, tutto ciò dà luogo a una infinita proliferazione di informazioni che la mega-macchina sociale digitale dei Big data concentra e distribuisce ai fini di mettere a disposizione cluster e target per le varie offerte commerciali. Sicché al potenziale o attuale giocatore arrivano le stimolazioni giuste, quando legge le news selezionate da Google sullo Smartphone; quando si sposta, fa determinati acquisti, per quanto tempo e dove trascorrere la giornata. La mega macchina raccoglie informazioni e manda le notizie, la mail o il messaggio appropriato alla persona: le quotazioni sulle scommesse, i bonus e le opportunità di tentare al casinò on-line o di passare al Gratta e Vinci on-line o ancora (se la slot machine del bar sotto casa non funziona) di utilizzare quella virtuale sul proprio smartphone. Dalla notizia banale del premio al Gratta e Vinci alle quotazioni dei match, dal casinò on-line alle altre decine di forme di azzardo che viaggiano sul web: non è pubblicità tutto questo? Non è violazione della norma sui divieti lasciare che questo trend prosegua indisturbato? Non è concorrenza sleale inaccettabile, mentre l'economia delle manifatture e dei servizi è sotto depressione per il crollo della domanda causata dalle restrizioni per il COVID-19? Non è un muro tirato su contro la ripartenza

dell'Italia e dell'Europa dopo la pandemia? Se questo è quel che accade per il gioco d'azzardo on-line, c'è un altro aspetto ancora da rimarcare: cure e posizione di chi è in carico per le terapie: cosa è successo? Gli amici soci di Alea, come documenta questo numero del bollettino, hanno seguito a curarsi dei loro pazienti e ci restituiscono delle informazioni preziose più dell'oro. Il lockdown ha agevolato le terapie, creandone le condizioni di maggiore efficacia: quando le sedute di cura sono continuate anche nelle condizioni, pur limitative, degli incontri programmati on-line. Del resto, nei mesi del confinamento, nessun paziente incontrava più quei 15-20 punti di distribuzione capillare "di quartiere". Erano infatti disattivate le trappole sparse della induzione all'azzardo nei luoghi della quotidianità, che normalmente ognuno vede coi propri occhi o sente con le proprie orecchie quando supera le varie tappe nell'itinerario da casa al lavoro, all'ufficio postale, alla visita ai nipoti. Lo ammettono senza peli sulla lingua, del resto, i manager dell'azzardo, come è accaduto di riferire a Natasha Dow Schüll (2012): "When we put 50 slot machines in, I always consider them 50 more mousetraps. You have to do something to catch a mouse. It's our duty to extract as much money as we can from customers. — Bob Stupak, CEO of Las Vegas Stratosphere, 1995"¹. E che non cessano di richiamare il paziente anche nel tratto di strada battuto per raggiungere lo studio, l'ambulatorio, il gruppo di terapia. Insomma, le evidenze ricavate dall'immenso

¹ "Testimonianza citata da M. Avanzi, 2015, relazione al convegno scientifico di Alea, Università di Milano Bicocca, 3 dicembre 2015).

dolore universale che la pandemia ha causato, non vanno adesso bruciate, ma impiegate per la revisione obbligatoria della epistemologia delle dipendenze, e della dipendenza industriale in generale, per pervenire infine a conclusioni scientifiche e istituzionali possibili e diverse, per le seguenti finalità:

- aggiornare inquadramento e approccio alle dipendenze patologiche, compresa quella *sine substantia* dell'alea;
- selezionare le terapie davvero efficaci e rispettose per la persona;
- varare regole amministrative, civili e penali, adeguate alla realtà dei rischi sociali, di salute e di legalità che si sono ancor più disvelati;
- interrompere lo sperpero del pubblico denaro in iniziative bizzarre, diffuse qua e là per l'Italia che tematizzano il gioco d'azzardo e le attività di informazione prevenzione con toni, linguaggi, modelli, copioni autoreferenziali. E comunque fuori bersaglio;
- riscattare qualche centinaio - tra accademici, clinici, opinion leader, operatori dei media che informano sulle dipendenze e in generale sulla salute mentale - dagli effetti dello "spergiuro" del giuramento di Ippocrate come dalle riedizioni, cento anni dopo il grido di Julien Benda (1927), di una pernicioso *Trahison des clercs*.

Se esaminiamo le facce del prisma di una grande questione di addiction, si può intuire l'urgenza che culture professionali e discipline scientifiche distinte condividano il metodo per concepire un'aggiornata epistemologia, tenendo fermi due principi: il rispetto dell'integrità della persona, l'indipendenza dalle ricorrenti

cooptazioni che gli interessi commerciali propongono, possiamo dire da tempo immemorabile, se non addirittura da secoli.

Bibliografia

- Benda J. (1927). *Trahison des clercs*. Bernard Grasset, Paris. (Trad. It. S. Teroni Menzella, *Il tradimento dei chierici*. 1976. Einaudi, Torino).
- Christensen, C. M.; McDonald, R., Altman, E. J. & Palmer, J. E. (2018). *Disruptive Innovation: An Intellectual History and Directions for Future Research*. *Journal of Management Studies*, Special Issue: *Managing in the Age of Disruption*, 55 (7), 1043-1078.
- Dow Schüll N. (2012). *Addiction by design. Machine Gambling in Las Vegas*, Princeton University Press, trad. it. *Architetture dell'azzardo* (2015), Luca Sossella Editore, pag. 43.
- Fiasco M. (2020). *Conseguenze del COVID-19. Le professionalità delle dipendenze da gioco d'azzardo, gli scenari e le responsabilità istituzionali*. *ALEA Bulletin*, VIII, 2, 3-7.

Effetti del lockdown per l'emergenza COVID-19 su un campione di pazienti con Disturbo da Gioco d'Azzardo in carico all'ambulatorio specialistico DGA della ASL Roma 1

Maria Luisa Carenti*, Onofrio Casciani*, Ornella De Luca*, Vincenzo Guadagnino**, Chiara Concetta Incerti*, Daniele Manasse*

UOC Dipendenze, SerD ASL Roma-1, Ambulatorio Specialistico Disturbo da Gioco d'Azzardo

*Psicologo Psicoterapeuta, **Educatore Professionale

Il presente studio nasce al fine di indagare l'impatto avuto dall'emergenza COVID-19 sui comportamenti di gioco d'azzardo. Dagli inizi di marzo 2020, il governo italiano e le singole regioni hanno infatti emesso una serie di decreti e ordinanze mirate a limitare il contagio da coronavirus. Il periodo di restrizioni maggiore (ovvero la fase del lockdown sull'intero territorio nazionale) è stato caratterizzato da: l'impossibilità di frequentare i luoghi "fisici" dedicati al gioco d'azzardo; l'interruzione degli eventi sportivi nazionali e dei giochi gestiti dall'AMS (D.L. 25 marzo 2020, n. 19). L'unico settore coinvolto solo parzialmente da tali misure è stato quello del gioco online. Allo stesso tempo il lockdown ha determinato una modificazione delle prestazioni emanate da alcuni ambulatori. Molte attività infatti sono state condotte

in modalità on line al fine di limitare al massimo possibili situazioni di contagio. Nel caso specifico il trattamento dei giocatori affetti da Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), secondo i criteri diagnostici della quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM V, 2014) , all'interno dell'ambulatorio dedicato della ASL Roma 1 ha visto il trasferimento on line dei colloqui individuali (Valutazione, Psicoterapia, Sostegno Psicologico, Follow-up) e dei diversi gruppi attivi (gruppo di psicoeducazione, gruppo delle abilità sociali, gruppo dei familiari, gruppo della prevenzione delle ricadute). Questo ha comportato un riadattamento sia per gli utenti che per i terapeuti a modalità fino ad allora poco sperimentate o in alcuni casi totalmente nuove. Lo studio ha come scopo quello di valutare l'andamento e l'efficacia di queste nuove modalità terapeutiche nonché gli effetti

del lockdown sui pazienti con DGA. A tal fine sono state raccolte le osservazioni effettuate dal personale sanitario del SerD

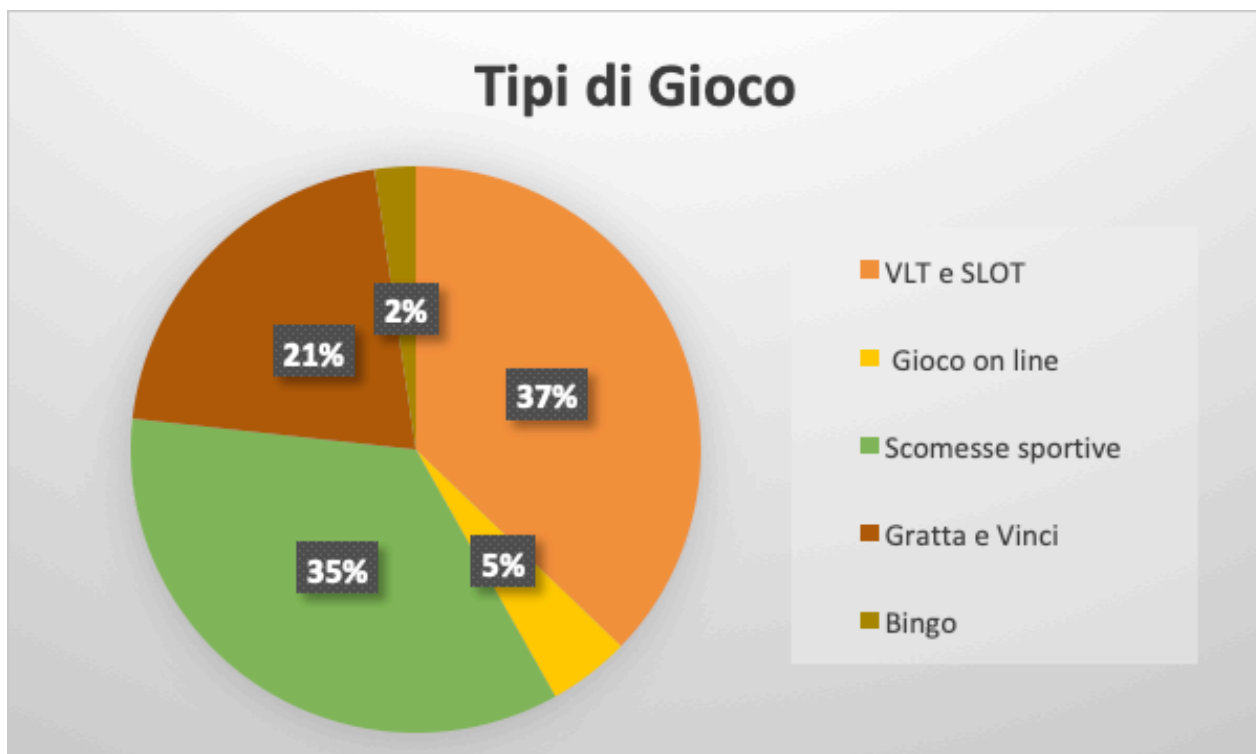
della ASL Roma 1 su un campione di 44 pazienti (di cui 10 donne) affetti da DGA.

Tabella 1. Dati anagrafici del Campione

	Popolazione DGA esaminata (n 44)	
	Media (DS)/n	Range (min-max)
Età (anni)	45,8 (15,04)	23-77
Genere (femmine/maschi)	10/34	-
Scolarità (anni)	11,63 (3,4)	8-18
Occupazione (si/no)	28/16	-

Le caratteristiche anagrafiche dei pazienti considerati sono riportate nella tabella 1 e la distribuzione del gioco elettivo praticato nella figura 1.

Figura 1



L'età media registrata è risultata essere pari a 46 anni e la scolarità pari a 12. Fra i giochi d'azzardo praticati, sono emersi come più frequenti le Slot e VLT scelte dal 37% del campione, seguite dalle scommesse sportive (35%) e dai gratta e vinci (21%); meno rappresentati sono risultati invece i seguenti tipi di gioco: gioco online (5%) e bingo presente solo nel 2% del campione totale. Il 25% dei pazienti è risultato inoltre praticare più di un tipo di gioco d'azzardo. Sulla base di una stima clinica rispetto all'appartenenza dei singoli giocatori a una delle tre tipologie incluse nel modello patogenetico di Blaszczyński e Nower (2002) il 55% dei giocatori è stato riconosciuto come appartenente alla tipologia 1 (giocatori condizionati nel comportamento), il 27% alla tipologia 2 (giocatori emotivamente vulnerabili) ed infine il 18% alla tipologia 3 (giocatori impulsivi antisociali). L'andamento della frequenza del trattamento prima e durante il lockdown da parte dei pazienti appartenenti al campione analizzato è stata la seguente: il 75% (n=33) dei pazienti ha mantenuto una frequenza continua (ossia uguale prima e durante il lockdown), l'11% (n=5) nel passaggio a trattamento in remoto ha seguito in modo discontinuo, mentre un altro 11% (n=5) dei pazienti che, prima del lockdown frequentava in modo discontinuo, è riuscito a seguire il trattamento grazie alla modalità online in modo più costante. È stato infine registrato un unico drop-out. Un dato particolarmente interessante emerso dall'analisi dei dati raccolti riguarda l'astinenza dei pazienti dal gioco d'azzardo registrata prima e in due momenti successivi al lockdown

(immediatamente dopo e a distanza di 3 mesi). Prima del lockdown 25 pazienti di 44 sono risultati astinenti dal gioco d'azzardo, subito dopo il lockdown i pazienti risultati astinenti sono saliti a 37 per poi tornare quasi al dato iniziale dopo tre mesi dall'uscita del lockdown (28 su 44). I dati emersi evidenziano come i programmi di trattamento attivi nell'ambulatorio DGA della ASL Roma 1 mostrino la loro efficacia nel tempo; infatti la maggior parte dei pazienti, già astinente prima del lockdown si è mantenuta tale anche durante, subito dopo e a distanza di 3 mesi, nonostante l'impatto emotivo comportato dalla situazione e dalle differenze nel setting terapeutico ad esso associate. Gli stessi si sono infatti visti catapultati dalla classica modalità de visu, presso una struttura a loro familiare e garante di privacy, a una modalità da remoto non sempre di facile gestione a causa di possibili interferenze familiari e alla novità dello strumento di relazione. I risultati evidenziano inoltre un incremento dei pazienti astinenti immediatamente dopo il lockdown; tale dato è facilmente giustificato dall'assenza d'offerta di gioco dovuto alle restrizioni ministeriali per l'emergenza sanitaria e confermato dal successivo registrarsi di molte ricadute pochi mesi dopo la riapertura degli esercizi adibiti al gioco. Contrariamente al timore degli operatori, non è stato riscontrato un incremento del gioco online durante la permanenza in casa, che diversamente dalle Slot e VLT è rimasto disponibile. È stata riscontrata inoltre una certa resistenza a giocare ai gratta e vinci probabilmente connessa al timore, riferito

dai pazienti, di poter contrarre l'infezione da Coronavirus. Globalmente la generale limitazione delle attività quotidiane a causa del lockdown ha permesso di ridurre l'impatto con i triggers esterni, come ad esempio entrare in contatto con luoghi, ambienti, gruppi sociali e persone che possano ricordare o rimandare al gioco d'azzardo, confermando così i dati della letteratura sull'azione svolta dall'assenza di proposte ed opportunità di gioco e quella negativa ad opera degli stimoli inerenti al gioco d'azzardo (Casciani & De Luca, 2018). Rispetto all'andamento dei percorsi terapeutici, diversamente da quanto ci si sarebbe aspettato, è emersa una forte compliance fra paziente e terapeuta/i caratterizzata, in alcuni casi, anche da una maggiore assiduità e presenza riscontrata agli incontri programmati. Tale dato è rassicurante in quanto non sono emerse forti differenze in tal senso, fra i pazienti appartenenti alle tre diverse categorie di Blaszczynski & Nower (2002). Ridotto è risultato inoltre il numero di pazienti che hanno seguito il trattamento in modo discontinuo o lo abbiano addirittura abbandonato (1 solo paziente). Un dato interessante da segnalare è rappresentato anche dal fatto che tipologie di pazienti gravi hanno mantenuto in modo del tutto inaspettato una continuità nel trattamento (5 su 8 dei pazienti di tipologia 3 ed 8 su 12 della tipologia 2). Tale dato farebbe ipotizzare una facilitazione per questi pazienti di un proseguimento terapeutico online. In conclusione, i risultati emersi appaiono interessanti nonostante lo studio presenti alcune limitazioni; il numero non elevato di pazienti; i dati appartenenti ad un unico

Servizio e pertanto non rappresentativi della popolazione dei giocatori che si rivolge al pubblico; l'assenza di strumenti di misurazione psicologica e clinica. A questo proposito sarebbe utile ed integrativo ampliare lo studio ad altri Servizi e inserire questionari al fine di controllare le variabili che possano spiegare in modo più dettagliato quanto emerso.

Bibliografia

- D.L. 25 marzo 2020, n. 19. Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5. Arlington, VA. (Tr. it: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione, DSM-5. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014).
- Blaszczynski, A. Nower, L. (2002). A Pathways Model of Problem and Pathological Gambling. *Addiction*, 97, 487-499.
- Casciani, O. & De Luca, O. (2018). Il trattamento psicologico e psicoterapeutico del disturbo da gioco d'azzardo in una prospettiva multidisciplinare. Editore Publiedit, Cuneo.

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) al tempo della pandemia di COVID-19: il punto di vista dei SerDP

Maurizio Avanzi*, Antonio Calabrese**, Silvia Cabrini***

Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, SerDP AUSL di Piacenza

*Medico Infettivologo, **Educatore Professionale, ***Psicologo Psicoterapeuta

Una simile limitazione al gioco d'azzardo non si vedeva in Italia da decenni: dal 30 marzo alla metà di giugno 2020 i DPCM (Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri) e le Direttive del Direttore dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli hanno imposto la chiusura di agenzie di scommesse, sale bingo, sale slot e lo spegnimento delle slot machine nei bar e nelle tabaccherie. La pandemia di COVID-19 da SarsCoV-2 ha costretto anche l'Italia a restrizioni e isolamento sociale che hanno portato a queste decisioni. La possibilità di giocare d'azzardo è stata limitata ai gratta e vinci e al gioco d'azzardo online per circa due mesi e mezzo, dando involontariamente origine a un laboratorio artificiale (Fiasco, 2020) in cui è stato possibile osservare le differenze fra una situazione di gioco d'azzardo a diffusione capillare e quella

di quasi assenza sul territorio nazionale.

Il laboratorio che stiamo tuttora osservando dal punto di vista dei SerDP porta a chiederci:

- Come sono stati e come si sono comportati i giocatori d'azzardo malati di Disturbo da Gioco d'Azzardo in trattamento ai SerDP. Sono proprio loro a indebitarsi e inguaiare le famiglie, andrebbero tutelati.
- Che tipo di influenza ha adesso il gioco d'azzardo online: il 2020 è stato un anno record. Ma il gioco d'azzardo online però già c'era.
- Che cosa succederebbe se ci fossero politiche di prevenzione ambientale basata sulla riduzione dell'offerta di gioco d'azzardo.

Si era ipotizzato che la convivenza forzata 24 ore su 24 con un familiare potesse rendere evidente la mancanza del gioco d'azzardo in chi ne era dipendente: l'impossibilità di giocare d'azzardo per chi ha questo disturbo si pensava potesse causare un aumento del livello di stress,

di irrequietezza, di aggressività, di craving, di disturbi del sonno al punto tale da inasprire le già difficili relazioni di una convivenza forzata. Si era ipotizzato un importante viraggio del gioco d'azzardo dei dipendenti da gioco d'azzardo sull'online. Si pensava a grandi richieste di cura. In realtà dall'entrata in vigore delle norme sul distanziamento sociale non abbiamo quasi più avuto nuove richieste di cura per il Disturbo da gioco d'azzardo nei SerDP della Regione Emilia-Romagna. Ad esempio, nell'AUSL di Piacenza non c'è stata alcuna richiesta, mentre negli ultimi anni le nuove prese in carico arrivavano in media almeno una la settimana (Cappa et al., 2020). L'anno prima nello stesso periodo avevano chiesto una presa in carico 15 giocatori d'azzardo patologici. Nel SerDP di Ravenna dove arrivavano mediamente 8 o 9 nuovi pazienti al mese, sono arrivate due sole richieste d'aiuto in un mese e mezzo (Foschini, 2020). Solo dopo la fine del lockdown si sono avute ai SerDP della regione, anche se ancora molto poche, richieste di nuove presa in carico, per patologie legate al gratta e vinci e al gioco d'azzardo online. La difficile situazione durante la pandemia, per quanto faticosa emotivamente, ha favorito il contenimento della problematica e il miglioramento dei rapporti all'interno delle famiglie e per molti giocatori d'azzardo patologici (GAP) già in trattamento è stata l'occasione per prenderne ulteriore consapevolezza e cercare di cambiare (Cappa et al., 2020). Durante il lockdown è stato fatto un monitoraggio nei SerDP dell'AUSL di

Piacenza (Cappa et al., 2020) contattando 281 pazienti già in carico (93 alcolisti, 106 tossicodipendenti, 80 giocatori d'azzardo patologici e 2 disturbo del comportamento alimentare) rispetto al loro percorso clinico con un colloquio telefonico di supporto che comprendeva anche un'intervista semi strutturata. Obiettivi:

- Monitoraggio dell'andamento della dipendenza.
- Monitoraggio delle strategie di gestione adottate dai pazienti per far fronte al periodo di isolamento sociale tra cui lo spostamento su altre dipendenze.
- Valutazione dell'impatto psicologico che questa pandemia ha avuto sui pazienti e sulle relazioni familiari.

Hanno risposto 70 giocatori d'azzardo patologici. Negli utenti seguiti per DGA il benessere è risultato elevato (60% dei rispondenti) e principalmente determinato dall'assenza della disponibilità di giochi d'azzardo, anche se nella stessa tipologia c'era una discreta presenza di ansia legata alla paura per il COVID-19 (44%). Il 73% ha vissuto durante il periodo una convivenza positiva, il 23% era da solo e solo il 4 % ha esperito una convivenza difficile. Nessuno dei pazienti GAP si è ammalato di COVID-19. Il 41% ha potuto anche continuare a lavorare. L'82% dei GAP è rimasto completamente astinente dal gioco d'azzardo, il 15% ha mantenuto le abitudini di gioco d'azzardo e solo il 3% ha aumentato, giocando online. Nonostante le pressioni dei social e la quantità di tempo libero nessuno dei GAP ha virato verso l'online se questo non era già una sua modalità di gioco

d'azzardo. Nessuno ha dichiarato di essere passato a gioco d'azzardo illegale. Differente è stata la realtà dei tossicodipendenti che non hanno avuto alcuna difficoltà a continuare a fare uso di sostanze illegali. Il fatturato del gioco d'azzardo in Italia nel 2019 è stato di 110 miliardi di euro (ADM 1, 2020), di cui 36 miliardi giocati online (ADM 2, 2020). Meno di un decimo dei giocatori d'azzardo italiani gioca con new slot e VLT (Video Lotterie Telematiche), le due tipologie di slot machine diffuse nei bar e nelle tabaccherie (new slot a moneta) o nelle sale slot (VLT a cartamoneta), ma sono proprio loro da soli a giocare più del 50% del fatturato dell'azzardo in Italia (ADM 3, 2020). Nei Servizi sono la causa dell'80% dei malati di Disturbo da Gioco d'Azzardo. Questo ci dà l'idea di quanto le slot machine siano dannose per la salute. Ricordiamo sempre che "gioco d'azzardo legale non vuole dire innocuo". Un paziente giocatore di slot nel corso dell'intervista telefonica durante il lockdown ha detto: "Questo è stato il periodo più bello della mia vita". Una frase che riassume il sollievo derivante dallo spegnimento delle slot machine, sempre a disposizione fino a quel periodo, capillarmente diffuse, facilmente disponibili nei luoghi di comune frequentazione. Per molti pazienti sono stati mesi di facile disintossicazione: "come essere in comunità terapeutica" ha detto un altro paziente. Molti hanno auspicato che le slot machine non venissero più attivate. Altri hanno potuto beneficiare di un miglioramento della relazione familiare

ed economica. In particolare, un paziente ha segnalato che "non aveva mai guadagnato così tanto negli ultimi anni: 2000 euro al mese": è bastato "non buttare i soldi nelle slot". Per molti giocatori, è stato un periodo di paradossale liberazione dalla dipendenza da gioco d'azzardo (Cappa et al., 2020). Speriamo un punto di partenza per un futuro senza slot, questa volta per scelta dei giocatori, visto che in Italia, le slot sono state riaccese il 15 giugno 2020, forse un'occasione perduta. In accordo con quanto evidenziato dai questionari per indagare quanto successo durante il bimestre marzo-aprile 2020 somministrati dai Servizi Piemontesi per il gioco d'azzardo (Jarre, 2020), in Emilia Romagna (Cappa et al., 2020; Foschini, 2020) e in molte altre regioni italiane, è stato possibile rilevare:

- una fortissima riduzione delle richieste di nuove prese in carico da parte dei Servizi;
- una buona riorganizzazione dei Servizi per interventi "a distanza" specie via telefono, ma anche con videochiamate, coinvolgendo gli utenti già in carico;
- l'unanime sollievo e soddisfazione manifestata dall'utenza in carico nel commentare le restrizioni all'offerta di gioco, con un aumento del benessere soggettivo e familiare, sia nella fase 1 di lockdown (9 marzo – 3 maggio 2020) e ancora di più nella fase 2 di allentamento delle misure di contenimento (4 maggio – 14 giugno 2020), fino alla riaccensione delle slot;
- un piccolo spostamento dei consumi dal gioco d'azzardo preferito (di solito slot

machine) all'unico gioco d'azzardo offline disponibile, il Gratta e Vinci;

- un quasi nullo viraggio dal gioco d'azzardo fisico al gioco d'azzardo online per l'indisponibilità del primo;
- nessun Servizio ha segnalato sindromi di astinenza dal gioco d'azzardo;
- per i giocatori in carico con problemi di gioco online, nella maggior parte dei casi il lockdown ha continuato ad essere un'occasione di gioco d'azzardo;
- tra i giocatori nessuno ha dichiarato di essere passato al gioco d'azzardo illegale;
- i familiari si sono liberati dell'angoscia vissuta ogni qualvolta il loro congiunto si allontanava, sfuggendo al loro controllo visivo (Foschini, 2020);
- i giocatori sono tornati ad essere normali, capaci di dipingere casa, di andare al lavoro senza perdersi altrove, dedicarsi al giardinaggio, giocare con i figli, riappacificarsi con i coniugi e finanche offrirsi per attività di volontariato sociale (Foschini, 2020);
- mentre le richieste d'aiuto per DGA si sono letteralmente bloccate, il servizio di consulenza economica ha continuato nella sua operatività con un leggero incremento (Caroni, 2020).

Perché non c'è stato viraggio dal gioco d'azzardo fisico a quello online?

- In generale i giocatori d'azzardo patologici sono abbastanza fedeli alla tipologia di gioco d'azzardo che li ha fatti vincere anche se solo all'inizio della «carriera».
- Sono poco abili nell'uso delle tecnologie, anche se durante il lockdown hanno

imparato molto.

- Sono stati a casa con familiari conviventi per cui non hanno avuto la possibilità di farlo.
- Sono virati verso altre forme di passatempo durante l'enorme quantità di tempo libero: lavori di casa, televisione, videogames.
- Grazie al divieto di pubblicità del gioco d'azzardo anche su internet come rilevato da Rolando De Luca (Mira, 2020).

Conclusioni

Nessun paziente guarisce per poche settimane di lockdown. Al massimo si può avere sollievo da un problema che ti ha preso da anni, stare meglio anche in famiglia mentre le relazioni erano sul filo del rasoio da tempo, ma questa malattia ha bisogno di cure e di molto tempo per guarire. Il laboratorio innescato dalla malattia COVID-19 ha permesso di valutare adeguatamente l'importanza che avrebbe la prevenzione ambientale nei confronti del DGA, e quindi rende merito alle Leggi Regionali che vanno nella direzione di ridurre la capillare diffusione dei luoghi in cui è possibile giocare d'azzardo con il giusto obiettivo di migliorare la salute dei già malati e di ridurre il numero di quanti vengono troppo facilmente messi a rischio. Durante il lockdown «i giocatori patologici avevano ripreso a respirare, riconquistato vita e salute. Perché a danneggiarle non c'è solo il virus del COVID-19, ma anche quello dell'azzardo» (Mira, 2020). Comunque, il lockdown ha aiutato i malati di gioco d'azzardo a stare meglio (Stella, 2020).

Intanto ringraziamo per la prevenzione ambientale portata avanti dalla Legge italiana che vieta la pubblicità del gioco d'azzardo (decreto-legge n. 87 del 2018, art.9 e convertito nella legge 9 agosto 2018, n. 96). Infine, bisogna trovare il modo di permettere ai malati di dipendenza da gioco d'azzardo di curarsi, impedendo loro di tornare a giocare poiché in quanto addicted sono capaci di intendere ma non di volere. Istanza oltremodo importante da sottoporre ai decisori politici.

Bibliografia

- ADM (1), (2020). Dati di spesa ed erario, suddivisi per comune, relativi al gioco fisico 2019. Agenzia delle Dogane e dei Monopoli. https://www.adm.gov.it/portale/documents/20182/4721625/2019+-FISICO++Ripartizione+Giocato+-Vincite+Erario+Tipo+Gioco+comuni_02032020.pdf/a3e8ecaf-b690-411a-bfe4-b73d266fbf53
- ADM (2), (2020). Dati di spesa ed erario nazionale relativi al gioco telematico 2019. Agenzia delle Dogane e dei Monopoli. <https://www.adm.gov.it/portale/documents/20182/4721625/2019+TELEMATICORipartizione+Giocato-Erario-Vincite+Nazionale.pdf/47aee43f-eb77-420a-a894-94a4b5df4e8e>
- ADM (3), Libro Blu 2019 Appendice: 61. (2020). Agenzia delle Dogane e dei Monopoli. <https://www.adm.gov.it/portale/documents/20182/6061302/Libro+blu+2019+-+Appendice.pdf/82fb7edb-87e6-4d74-8e2e-afdf1e1f18b2>
- Cappa, C., Avanzi, M., Imbesi, M., Paglia, C., Rossetti, M., & Chiesa S. (2020). Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali. Percorsi sicuri attraverso l'epidemia nel DSM-DP di Piacenza. *Sestante*, 10, 37-40. <https://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale/documentazione/la-rivista-sestante/i-numeri-pubblicati-dal-2015/attraverso-il-covid-19-linvisibile-visibile-nei-servizi-dsm-dp>
- Caroni U. (2020). Gambling con COVID-19: mercato dell'azzardo, giocatori, impoverimento e indebitamento durante e dopo il lockdown. *Alea Bulletin*, VIII, 3.
- Fiasco M. (2020). Gioco d'azzardo, quarantena, terapie e scenari. *Alea Bulletin* VIII, 1, 3-5.
- Foschini V. (2020). Lockdown, quarantena e giocatori d'azzardo. *Alea Bulletin* VIII, 1, 6-8.
- Jarre P. (2020). Gli effetti del lockdown per il COVID-19 sui consumi dell'azzardo e sull'accesso ai Servizi per DGA (Disturbo da Gioco d'Azzardo); "smart gambling" o tramonto dell'abbuffata? *Dal Fare al Dire*, 2, 27-30.
- Mira, A.M. (2020). Coronavirus. Il lockdown aiuta i malati d'azzardo. «È stato come disintossicarci». *Avvenire*, 27 ottobre: 10. <https://www.avvenire.it/attualita/pagine/il-lockdown-aiuta-i-malati-dazzardo-per-noi-stato-come-disintossicarci>
- Stella G.A. (2020). Effetti positivi del lockdown sui malati di gioco d'azzardo: l'82% è riuscito a resistere. *Corriere della Sera*, 2 novembre, 23.

Gambling con Covid-19: mercato dell'azzardo, giocatori, impoverimento e indebitamento durante e dopo il lockdown

Umberto Caroni, Educatore Professionale

Area Azzardo Point del Centro Sociale Papa Giovanni XXIII S.C.S. Onlus di Reggio Emilia

A marzo 2020 si è assistito alla progressiva chiusura di tutte le attività commerciali legate al gambling, così come si sono interrotte le richieste di aiuto alle strutture sanitarie di pubblico e privato sociale dedicate alla cura del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA). I contatti con utenti e familiari sono proseguiti con gli strumenti della telefonia e del web, videochiamate e WhatsApp. Tratto saliente e ovvio è stata la rarefazione dei contatti a fronte del precedente strutturato incontro settimanale. Dal 19 giugno 2020 il mercato dell'azzardo è stato riaperto pur con una serie di limitazioni dovute al rischio di contagio COVID-19 e prevedibilmente con un calo, momentaneo o strutturale, di

avventori di sala, slot-VLT, Bingo, Centri raccolta scommesse, tabaccherie e bar. Così a giugno/luglio 2020 le attività territoriali sono riprese, seppur con ritmi blandi in termini di richieste d'aiuto pre-COVID-19 per DGA per quel che concerne il territorio di Reggio Emilia, sia presso i servizi del pubblico che del privato sociale. Attualmente dopo un periodo di breve ritorno verso la normalità, con la fine di ottobre stiamo ancora rientrando in varie forme di restrizione lontane dalla normalità. L'Azzardo Point da anni si occupa di gioco d'azzardo e dintorni, patologia compresa, cross addiction, shift, sovra indebitamento e usura. Ora, il giocare d'azzardo, nella sua essenza, altro non è che un:

- investimento finanziario speculativo,
- accessibile a tutti,
- ad alto rischio di perdita del capitale

investito.

Dove le pratiche di tale investimento possono causare effetti disturbanti in alcuni soggetti, i cosiddetti giocatori patologici o persone affette da DGA. La prospettiva del Servizio Azzardo Point è quella che il gioco d'azzardo è, e dovrebbe essere, solo un pretesto per parlare del sistema sociale ed economico nel suo insieme. Parlare di civiltà del denaro, brama di ricchezza, credito al consumo, indebitamento, povertà estrema, nulla ha a che fare con la patologia DGA e con pericolose forme di indebitamento, poiché: i poveri sono poveri e basta.

Il mercato dell'azzardo offline e online

Il mercato dei giochi d'azzardo ormai da anni è in regime di Monopolio, e buona parte dei venti miliardi di euro persi al gioco d'azzardo finiscono nelle casse del MEF (Ministero dell'Economia e delle Finanze). Diversi milioni di persone praticano l'azzardo e alcune decine di migliaia persone hanno effetti collaterali disturbanti: il DGA. Si immagina che al termine della pandemia di COVID-19 ci possano essere le condizioni perché i volumi di gioco aumentino ancora, anche se non nell'immediato: "il gioco d'azzardo visto come succedaneo della speranza", proprio come avveniva con il lotto e le schedine dopo la II° guerra mondiale (Sisal, uno dei primi atti del primo governo repubblicano presieduto da De Gasperi), a cui la modernità

di oggi unisce la moltiplicazione e capillare diffusione territoriale delle offerte di gioco. A questa considerazione, si deve aggiungere la funzione sociale secondaria indiretta del gioco d'azzardo nel tenere sedati conflitti sociali, che senza il ricorso alla "speranza di vincere denaro" avrebbero ben altra intensità, specie nei momenti di crisi. Giuseppe Imbucci, docente di storia, di scienze sociali e di filosofia all'Università di Salerno, attento osservatore di politiche sociali rivolte ai meno abbienti, dopo numerosi anni di osservazioni sul gioco d'azzardo pubblico in Italia affermava che nei momenti di crisi economica i volumi di gioco aumentano. E, le di allora crisi economiche erano nazionali e non globali come avviene ora. Finita la crisi i volumi di gioco si stabilizzano, ma non diminuiscono (Imbucci, 1997; Imbucci, 1999), e nessuna crisi economica ciclica ha nei fatti smentito le sue ricerche e osservazioni. Il gioco d'azzardo online è in costante crescita ed è arrivato a coprire circa il 30% della raccolta negli anni 2018-2019. Non esistono a tutt'oggi dati che confermino o smentiscano una migrazione verso l'online dovuta al blocco del gioco fisico. Le stesse dichiarazioni che circolano, a seconda dell'osservatorio o dell'impressione di chi fa dichiarazioni, ci dicono tutto e il contrario di tutto. Gli esperti tra virgolette dicono varie cose, a volte contrastanti tra di loro, ma sarà probabilmente l'anno 2022 a dare le prime indicazioni chiare su evidenti variazioni di tendenza.

Una citazione per tutte, la dichiarazione datata 18 giugno 2020 dell'onorevole M5S Massimo Enrico Baroni (Baroni, 2020) favorevole alla restrizione del mercato dell'azzardo e che dovrebbe essere ben informato: "Quello che oggi dobbiamo analizzare con attenzione, è il dato relativo agli effetti del lockdown sul gioco d'azzardo e il fatto che non ci sia stato un aumento del gioco d'azzardo online". Il riferimento è alla proposta in seguito ritirata di modificare la legge regionale Piemonte. Con le limitazioni imposte al gioco fisico il Piemonte è un buon osservatorio perché avrebbe dovuto vedere di molto aumentati i volumi di gioco online. Tutti gli addetti ai lavori si aspettavano un trasferimento sull'online. Continua l'Onorevole Baroni: "Bisogna capire le ragioni per cui gli italiani hanno deciso di giocare meno: cosa si è riattivato". La lettura è semplice: per gli amanti del gioco fisico la chiusura di sale gioco e scommesse, divieto di distribuzione di gioco in tabaccherie, bar, edicole, chiusura unita alle limitazioni all'uscire di casa, hanno portato gli italiani a non poter accedere a tali pratiche ad eccezione del gratta e vinci su cui diremo dopo. Non è ancora possibile verificare se il lockdown abbia o meno incentivato shift (migrazione) o switch (commutazione, termine economico) dei giocatori dall'offline all'online, e se sì, vedremo se questa tendenza permarrà nel tempo. Vero è che, dati alla mano, l'online anno dopo anno si è incrementato in volumi ma

senza andare più di tanto a discapito dell'offline. Il CNR-IFC di Pisa (Istituto di Fisiologia Clinica e Consiglio Nazionale delle Ricerche), ad inizio lockdown, ha proposto un'indagine sulle pratiche di gioco, ricerca un po' anticipatoria come tempistica e rivolta non solo al gioco d'azzardo ma anche all'uso di alcool e sostanze psicoattive. Secondo quanto segnalato dall'equipe della Dr.ssa Molinaro, la ricerca, che si è conclusa il 28 giugno, indica che non c'è stato un travaso nell'online (Benedetti et al., 2020) L'unico gioco fisico (offline) che non ha subito interruzioni di sorta è il Gratta e Vinci. In teoria i volumi di gioco del 2020 dovrebbero essere rimasti stabili per non dire aumentati, e sarebbe però interessante verificare se nei primi 6 mesi, gennaio-giugno 2020, vi sia stato o meno un vistoso incremento di tale pratica. Ad ogni buon conto il mercato dell'azzardo i suoi affari li sa fare bene, a febbraio 2020 Lottomatica ha messo online 2 nuove tipologie di Gratta e Vinci. Secondo Marco D'Angelo della rivista Jamma nel primo semestre 2020 il mercato dei giochi d'azzardo ha perso il 30% della raccolta (D'Angelo, 2020). "L'emergenza COVID-19 e la conseguente chiusura fino al giugno scorso delle attività commerciali che offrono servizi di gioco legale hanno ridotto fortemente il volume delle giocate. Secondo le stime elaborate da Jamma sulla base dei dati degli operatori autorizzati, la riduzione

del volume della raccolta (spesa + vincite) è pari al 29,5% rispetto al primo semestre 2019. Il volume di gioco (lotterie, lotto, concorsi a pronostici, scommesse, slot, bingo e online) è di circa 38,9 miliardi di euro, e il decremento è da attribuirsi in particolar modo al calo del canale retail, di circa il 55% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Si stima che nelle sale, negli esercizi commerciali e nei punti di gioco specializzati, siano stati giocati 17 miliardi di euro, contro i 37,5 del primo semestre. È andata meglio all'online dove si registra un incremento delle giocate (al lordo delle vincite) del 25,4%, per complessivi 22 miliardi di euro contro i 17,6 miliardi del 2019 (D'Angelo, 2020)".

Indebitamento, sovra indebitamento

L'Area Azzardo Point del C.S. Papa Giovanni XXIII offre un'abatteria completa di opportunità di cura del DGA (psicoterapia, trattamento di gruppo, residenzialità, gruppo familiari, ecc.) Da 10 anni a questa parte esiste anche un "Servizio (gratuito) di assistenza e consulenza per usura e sovra indebitamento" rivolto alla popolazione in generale, patologie o meno, in collaborazione con la Fondazione antiusura San Matteo regione E-R e in collegamento con i Servizi Sociali delle Associazioni dei Comuni della Provincia di Reggio Emilia. Secondo i dati diffusi dall'Osservatorio Compass il totale dei finanziamenti erogati tramite gli esercizi convenzionati è salito

a 19 miliardi nel 2017, con un incremento del 7.8% rispetto al precedente anno (Puledda, 2018): il credito al consumo, se non adeguatamente presidiato, può essere il pericoloso amplificatore della disponibilità di denaro dei giocatori d'azzardo problematici. Come sappiamo l'indebitamento e il sovraindebitamento sono ostacoli pesanti nel percorso di cura per DGA, che necessitano di forme di consulenza e accompagnamento nel tempo. È interessante notare che mentre le richieste d'aiuto per DGA si sono letteralmente bloccate, il servizio di consulenza economica ha continuato nella sua operatività con un leggero incremento. Ora, se:

- il giocare d'azzardo dovrebbe rappresentare un succedaneo della speranza,
- il finanziamento non finalizzato/cash (il ricorso al credito) dovrebbe rappresentare una opportunità in caso di momentanea difficoltà economica.

Ma, nei fatti non è più così da anni, il credito al consumo finalizzato o cash ha una sua ragione d'essere nel sistema economico e la percezione è che il ricorso a tali pratiche è destinato ad aumentare ancora in futuro vista l'intensificazione dei segnali delle finanziarie per ottenere credito e dello snellimento delle procedure per accedervi. Lo spot della Compass "basta un giorno" assomiglia molto ad un gioco ad alta velocità.

COVID-19 e giocatori d'azzardo patologici

Come già sottolineato dal nostro osservatorio, con l'avvento del COVID-19 e le relative restrizioni si è assistito ad un pressoché totale azzeramento di nuove richieste d'aiuto per patologia DGA. Ma come si sono comportati i nostri giocatori patologici già in carico? Come hanno affrontato la crisi d'astinenza? Da sempre si parla forse impropriamente di crisi d'astinenza senza che sia mai stata dimostrata. Questo parlare di crisi d'astinenza è di derivazione diretta dal mondo delle tossicodipendenze e dell'alcolismo dove l'astinenza è facilmente osservabile e descrivibile, ma traslata "per simpatia" sul gambling patologico diventa una affermazione fine a sé stessa nonché poco professionale. Non ci è mai capitato di ricevere con urgenza una persona con DGA e osservarne i sintomi astinenziali. Se dalla osservazione e ascolto di chi ha il disturbo e dall'ascolto della osservazione quotidiana diretta da parte dei familiari, si può a volte osservare una pseudo-crisi astinenziale connotata da "depressione anergica situazionale acuta e transitoria" dovuta all'impossibilità sul momento di continuare a giocare... Un grave attacco di craving. Per semplificare possiamo dire che quando si sta giocando si finiscono i soldi e non si ha più la disponibilità economica per continuare a giocare, ci si rifugia in casa a rimuginare sul danno fatto, a darsi dell'idiota (idiota non è una diagnosi) e assumere un atteggiamento

silenzioso e cupo fatto di cattivi pensieri e false promesse a sé stessi (le false promesse fatte ai familiari hanno altre connotazioni). Questa fase depressiva dura mediamente l'arco di una nottata. Passata l'onda emotiva depressiva, la fase di non gioco può durare anche alcuni mesi. Questa osservazione può spiegare perché in fase COVID-19 nessun giocatore ha messo in atto agiti eclatanti o altro pur di giocare al suo gioco preferito, così come i familiari riferiscono di non aver osservato comportamenti anomali pur rimanendo perplessi sulla durata di questa posizione di non gioco specie dopo che il mercato aveva completamente riaperto. A conti fatti è il craving, con i suoi eventi trigger, la vera dannazione del giocatore unita alla convinzione di essere un giocatore adeguato durante le fasi di non gioco, convinzione che sparisce con la ripresa dell'attività di gioco d'azzardo e la conseguente perdita di controllo pressoché immediata. È sempre interessante osservare il passaggio dal sentirsi un "giocatore adeguato gioco forza" al ricadere in comportamenti compulsivi nel riavvicinarsi al gioco, anche se questo aspetto è ormai ben noto e a cui si sommano:

- l'indebitamento come evento trigger quotidiano per eccellenza;
- il vedere il gioco d'azzardo come un problema e contemporaneamente vederlo come la soluzione al problema.

Per concludere: una ipotesi poco medica e per

nulla scientifica che tuttavia descrive bene le persone con DGA: dal nostro osservatorio rileviamo che non si sono registrati casi di positività al COVID-19 di giocatori patologici in carico. Se come si sente affermare dagli specialisti la presenza di un virus attivo nell'organismo contrasta l'insediamento di altri virus i giocatori patologici possiedono una loro immunità di genere a fronte della pandemia di COVID-19, in quanto già affetti dal virus H5N1, la cosiddetta influenza aviaria che oltre ai polli colpisce persone assetate e allettate da facili guadagni che vengono in seguito regolarmente spennate.

Bibliografia

- Baroni, M. E. (2020). Baroni (M5S) su legge regionale gioco d'azzardo Piemonte: "La Regione ha abbandonato gli imprenditori, la Giunta Cirio non farà il bene di nessuno". <https://www.jamma.tv/politica/baroni-m5s-su-legge-regionale-giocodazzardo-piemonte-la-regione-ha-abbandonato-gli-imprenditori-la-giunta-cirio-non-fara-il-bene-di-nessuno-200199>
- Benedetti, E., Cerrai, S., & Molinaro, S. (2020). Gioco d'azzardo e lockdown: i risultati dello studio GAPS #iorestoacasa. *MDD Medicina delle Dipendenze*, 39, 55-56.
- D'Angelo, M. (2020). CORONAVIRUS, nel primo semestre 2020 il mercato dei giochi perde il 30% della raccolta. *Jamma*, 156, 30.
- Imbucci G. (1997). *Il gioco. Lotto, totocalcio, lotterie. Storia dei comportamenti sociali*. Marsilio, Venezia.
- Imbucci G. a cura di (1999). *Il gioco pubblico in*

Italia. Storia, cultura e mercato. Marsilio, Venezia.

- Puledra V. (2018). Credito al consumo, il 2017 è stato un anno boom. *La Repubblica* 10 maggio. <https://www.repubblica.it/economia/rapporti/osserva-italia/trend/2018/05/10/news/compass-195917711/>

“Prevenire è meglio che curare”.

Dati complessivi della ricerca sulla prevenzione primaria dell’azzardo su 1452 studenti delle classi di V elementare e di II e III media della Provincia di Ravenna

Gianni Savron^{°*}, Laura Casanova*, Ganna Ukrayinets^{°*},
Elisa Magnanensi*, Samuela Foschini*, Simonetta Guerrini*,
Michela Balestra*

[°]ALEA

*PUC (Psicologia Urbana e Creativa)

Introduzione

È ormai accertata la pericolosità dell’esposizione dei minori al gioco d’azzardo, e tanto è precoce tanto più aumentano i rischi di sviluppare un DGA in adolescenza e da adulti (Shead et al., 2010; King et. al., 2012, 2015; McBride & Derevensky, 2016; Newall et al., 2020; Calado et al., 2020). La giovane età; la mancanza di conoscenze sui rischi dell’azzardo; le regole implicite ed esplicite dei giochi di alea che sfruttano la piacevolezza provata nel gioco svolto per solo divertimento; i condizionamenti sociali nel vedere gli altri giocare o sapere che un familiare gioca e talvolta ha detto di avere vinto; la pubblicità, inclusi i messaggi dei media che orientano sempre più verso il divertimento a pagamento associati a un personaggio famoso che veicola un messaggio di gioia, allegria, spensieratezza; la possibilità ipotetica di guadagnare denaro

facilmente; la grande disponibilità di giochi on line, apparentemente a basso prezzo; orientano tutti verso la curiosità e il tentativo di sfidare la (s)-“fortuna”. Tuttavia, accettare il rischio affidandosi al “fato” può, in caso di vincita, incoraggiare l’idea di essere favorito dalla sorte o sviluppare la convinzione di possedere delle abilità particolari. Pertanto, un’azione preventiva precoce rappresenta l’aspetto più adeguato a contrastare il rischio di sviluppare un disturbo da gioco d’azzardo. L’obiettivo del progetto è stato quello di far partecipare studenti di varie scuole a cinque giochi con caratteristiche differenti (competitivo, abilità, collaborativo, creativo, d’azzardo) con lo scopo di favorire una maggiore comprensione delle proprie dinamiche di gioco e le numerose implicazioni negative insite nei giochi di alea con denaro. I nostri dati precedenti (Savron et al., 2017;

Savron et al. 2018a; Savron & Casanova, 2018b; Savron et al., 2019), avevano già evidenziato l'effetto negativo dovuto all'attribuzione di abilità/capacità a sé stessi nel gioco d'azzardo di una parte di studenti; inoltre, il gioco dei dadi, sebbene più frustrante e meno divertente, assumeva un ruolo specifico nel desiderio di gioco spingendo una parte degli studenti a volerlo ripetere. Infine, la presenza del premio esercitava una azione induttiva al gioco dei dadi, rispetto il gruppo di controllo senza premio, che riporta meno rabbia e desiderio di ripetere il gioco.

Materiale e metodo

I destinatari del progetto sono stati 1452 alunni, di cui 833 di V elementare, con 379 F e 454 M, di età media 10,17 (range 9-12), e 619 delle medie di cui 4 classi di II e il rimanente di III, con 301 F e 318 M di età media 12,77 (range 12-15). Il progetto si è svolto con modalità di interventi simili negli ultimi 5 anni scolastici (2015/16 – 19/20). Si è trattato di un laboratorio interattivo Esperienziale Razionale Emotivo Educativo (EREE) alla cui descrizione specifica si rimanda (Savron & Casanova, 2018; Savron et al., 2019), della durata di due ore, la prima di gioco e la seconda di riflessione-elaborazione e psico educazione, nella quale venivano analizzati i vissuti emotivi, cognitivi e comportamentali coerenti al tipo di gioco, la stimolazione emotiva, i pensieri erronei, le distorsioni cognitive, le aspettative di vincita, la noia, il divertimento, l'effetto pubblicità, accettazione sociale, e altro.

Il gioco con caratteristiche dell'azzardo (dadi) prevedeva la vincita di un premio (pizza e bibita), e al termine di ogni singolo gioco veniva somministrato un breve questionario con item relativi il divertimento, l'abilità/capacità, la rabbia provata. Alla loro conclusione ne è stato dato un altro sulle preferenze, e infine, dopo alcuni giorni è stata consegnata una lista per la valutazione complessiva dell'esperienza. Per l'analisi dei dati è stata utilizzato il programma Statistical Package for Social Science (SPSS v20).

Risultati

Nella Tab. I, vengono riportati i risultati dei due gruppi in percentuale dopo ogni singolo gioco, dai quali si può notare che gli alunni di V elementare tendono a divertirsi di più, a sentirsi più abili e capaci, e provano meno rabbia nella maggior parte dei giochi rispetto agli alunni delle scuole medie. Soffermandoci sul gioco dei dadi, che a noi più interessa, si constata in entrambi i gruppi di studenti una percentuale minore di studenti che si divertono, e allo stesso tempo la percezione di una minore capacità/abilità nel gioco dei dadi rispetto gli altri giochi. L'ipotesi esplicativa è che la maggior parte degli studenti sia meno interessata al gioco dei dadi e in grado di comprendere la mancanza di una loro diretta influenza sugli esiti di gioco. Il tasso di rabbia è notevolmente più alto con i dadi che negli altri giochi, a riprova che le sue caratteristiche e il premio in palio aumentino il desiderio di vincita e maggiore frustrazione della non vincita. Comunque, il doppio degli studenti

delle elementari percepiscono di essere più capaci e abili con i dadi di quelli delle medie, provando anche meno rabbia al termine del gioco rispetto le scuole medie; da attribuire probabilmente sia a un minore interesse per il

gioco che a una diversa maturità (esperienza) cognitiva negli alunni di V sulle capacità personali reali, a differenza della componente emotiva che frustra di più gli alunni delle medie, più consapevoli del risultato casuale del gioco.

Tab. I (Percentuali con punteggio abbastanza/molto nei rispettivi gruppi) al termine di ciascun gioco

Gruppi Numero studenti	Gruppo A elementari N = 833 alunni		Gruppo B medie N = 619 alunni
Femmine Maschi	F = 379 (45,5%) M = 454 (54,5%)		F = 301 (48,6%) M = 318 (51,4%)
Giochi	divertito in % abbastanza/molto	bravo/capace in % abbastanza/molto	arrabbiato in % abbastanza/molto
(Competitivo) Freccette, Bowling Freccette	A = 93,5 B = 95,0	A = 68,3 B = 54,8	A = 3,5 B = 4,0
(Abilità) Labirinto Rompicapo, percorsi, ecc.	A = 95,3 B = 80,9	A = 78,2 B = 50,9	A = 6,2 B = 21,3
(Collaborativo) Mini Scarabeo	A = 89,6 B = 80,3	A = 73,6 B = 50,9	A = 4,1 B = 6,0
(Creativo) Braccialetti, Collanine, Portachiavi	A = 87,9 B = 79,6	A = 76,5 B = 66,6	A = 5,4 B = 5,8
(Azzardo) Dadi	A = 78,2 B = 63,5	A = 48,3 B = 26,8	A = 18,5 B = 28,4

Invece, nella stima comparativa (Tab. II), al termine di tutti i giochi, si constata il cambiamento delle percentuali nei 5 criteri di auto valutazione utilizzati. Analizzando solamente il gioco dei dadi, risulta che è più divertente di due unità percentuale per gli alunni delle elementari in confronto alle

medie, mentre è il meno divertente per quasi un terzo di entrambi i gruppi. La percentuale del divertimento ai dadi è sovrapponibile a quelle di sentirsi bravi/capaci. Il 50% di entrambi i gruppi riconosce nei dadi il gioco che fa più arrabbiare, e circa un quarto di loro lo vorrebbe comunque ripetere.

TAB. II (Risultati al termine prima ora sulla valutazione di tutti i giochi in comparazione espresso in %)				
	% Gruppo A – V elementari		% Gruppo B – medie	
	N = 833		N = 619	
Il gioco più divertente	Bowling/freccette	Dadi	Freccette	Dadi
	41,9	9,2	58,6	7,0
	93,5 (I mis.)	78,2 (I mis.)	95,0 (I mis.)	63,5 (I mis.)
Il gioco meno divertente	Port. Bracc. Coll.	Dadi	Port. Bracc. Coll.	Dadi
	27,5	29,9	25,4	29,4
	87,9 (I mis.)		79,6 (I mis.)	
Bravo/capace	Bowling/Freccette	Dadi	Freccette	Dadi
	31,2	9,3	38,7	6,3
	68,3 (I mis.)	48,3 (I mis.)	54,8 (I mis.)	26,8 (I mis.)
Arrabbiare di più	Port. Bracc. Coll.	Dadi	Mini scarabeo	Dadi
	18,6	55,2	25,0	53,0
	5,4 (I mis.)	18,5 (I mis.)	4,1 (I mis.)	28,4 (I mis.)
Preferito ripetere	Bowling/Freccette	Dadi	Freccette	Dadi
	34,2	26,0	49,6	23,9

La seconda ora, nell'ambito della discussione sui vissuti e considerazioni relative ai 5 giochi, si è lavorato sul significato di azzardo, probabilità, premio, fortuna, rinforzo, accettazione del rischio, casualità, vincita e pubblicità; momento di intervento attivo sulle credenze e abitudini erranee e distorsioni cognitive. Sono emerse le azioni, gli atteggiamenti, gli stati d'animo positivi e negativi, la minore competitività e maggiore tranquillità nei giochi collaborativo e creativo, rispetto alla maggiore attivazione in altri giochi, e si è parlato anche di ticket redemption. Inoltre, sono affiorati riferimenti a giochi d'azzardo di familiari e amici. Al confronto delle percentuali le femmine hanno provato meno rabbia dei maschi in tutti i 5 giochi sia alle elementari che medie.

Utilizzando la regressione lineare passo-passo (SPSS v20), i predittori della variabile dipendente – gioco che vorrei ripetere –, per l'intero campione di studenti sono stati rispettivamente: 1) il gioco che ha divertito meno ($B = -.29$; $\beta = -.22$; $t = -8,1$; sig., 0.000), in qualità di correlazione negativa; 2) il gioco che ha divertito di più ($B = .18$; $\beta = .15$; $t = 5,4$; sig., 0.000); 3) il gioco in cui ci si sente più capaci ($B = .15$; $\beta = .12$; $t = 4,43$; sig., 0,000 e 4) rabbia ai dadi ($B = .34$; $\beta = .09$; $t = 3,44$, sig., 0,001).

In merito al gradimento dell'esperienza per singolo item, i valori delle elementari ($N = 705$) e delle medie ($N = 405$) espresse in percentuale di studenti sono stati rispettivamente: risultata importante per 87,9 e 90,1; qualità dell'esperienza 90,9 e 90,8; utilità esperienza 75,7 e 81,8; interesse incontro 93,3 e 92,7;

piaciuto il modo 92,8 e 91,9; informazioni utili 85,4 e 80,7; coinvolto 79,0 e 81,5; annoiato 4,8 e 4; deluso 3,3 e 3,7; giusta durata 77,0 e 73,0; piacevolezza dei giochi 95,5 e 93,6; chiarezza spiegazioni 95,5 e 95,4; gradevolezza globale 91,9 e 93,6; utilità futura 81,1 e 82,0.

Discussione

Tutti i giochi attivano delle componenti giocose, emotive, affettive, razionali e comportamentali, e il gioco dei dadi viene percepito, da una parte di alunni, essere influenzato dalle proprie abilità (bravo/capace) a conferma di una interpretazione distorta della casualità. Le diverse percentuali fra la prima misurazione (Tab. I) e quella effettuata al termine di tutti i giochi (Tab. II) nella quale veniva chiesto di scegliere fra i 5 criteri, implicano una rivalutazione del valore attribuito ai giochi, non più nell'immediatezza emotiva, ma a seguito di raffronto d'insieme e successiva scelta più consapevole, che di fatto modifica il valore attribuito ai singoli giochi compreso quello d'azzardo. Si osserva un incremento della percentuale di soggetti che provano rabbia nel gioco dei dadi dalla prima alla seconda misurazione. Circa un quarto degli studenti desidera ripetere nuovamente il gioco dei dadi, il trenta per cento lo considera meno divertente, e il cinquanta dichiara di aver provato più rabbia che con gli altri giochi. Tuttavia, il calo nella percezione di capacità/abilità ai dadi dalla I misurazione alla II, che rispecchia una maggiore consapevolezza sull'azione della casualità (1 probabilità su 216 di vincita ai dadi per lancio) e il calo

dell'intensità dell'eccitazione dovuta alla fine dei giochi, si associa all'aumento di rabbia per la non vincita. Tutto questo sottolinea che il raffronto non è sufficiente per azzerare la distorsione cognitiva né a gestire la frustrazione emotiva, che spinge a desiderare di ripetere il lancio oltre i tre stabiliti. Nel gioco dei dadi, i valori delle percentuali del divertimento e la percezione di essere bravi/capaci porta ad affermare che questo campione di studenti sovrappone il gioco esclusivamente aleatorio con il piacere del divertimento e l'essere bravo/capace, e viceversa, (Tab. II). Queste osservazioni e deduzioni sottolineano l'importanza di una azione informativa preventiva nelle scuole. Difatti, le variabili correlate a: divertirsi di più, divertirsi meno con i dadi, la rabbia (dadi), sentirsi bravi/capaci, giovane età, in percentuali diverse sono predittive del desiderio di ripetere il gioco. Tutti questi aspetti e atteggiamenti rappresentano elementi importanti nella sensibilizzazione all'azzardo. Infine, la fase di elaborazione della seconda ora ha consentito di valutare: i vari vissuti, pensieri e comportamenti nei giochi e nell'azzardo che per brevità non vengono elencati; i giochi conosciuti dagli studenti (es: gratta e vinci, slot, poker, scommesse, giochi online, ecc.); l'impatto avuto su di loro del gratta e vinci, poiché a differenza di 5 anni fa quando il numero che aveva provato l'esperienza era veramente esiguo, ora pressoché tutti hanno grattato. Conclusioni: Il divertimento, la rabbia e la frustrazione della non vincita, la percezione di abilità, l'eccitazione e la gradevolezza dei

giochi, l'assenza di informazioni corrette e le distorsioni cognitive indirizzano verso l'azzardo. La sovrapposizione bravura/capacità con divertimento, nel gioco dei dadi, pone una percentuale di studenti in condizioni di maggior pericolo poiché viene sottovalutato il rischio, maggiormente gli alunni delle elementari. I dati esposti farebbero anche dedurre che il primo fattore che si attiva è "la mancata vincita", dato che i ragazzi non impegnano alcun valore in palio, e solo in seguito si innesca la non accettazione della perdita e la rincorsa al gioco. Tali dati sono allarmanti se applicati ad alcuni giochi la cui componente aleatoria è prevalente o totale e i fattori condizionanti (isolamento, velocità di gioco, stimoli visivi e uditivi, ticket immediati, presenza di jackpot, impressione di abilità e di poter influire sul gioco, non percezione di spesa, fidelizzazione, ecc.) sono in grado di influenzare l'agire dei minorenni. Nonostante il limite dell'indagine dovuto alla mancanza di dati sull'effetto della fase rielaborativa e rieducativa della seconda ora e il follow up successivo, riteniamo che questi dati abbiano fornito un contributo alla comprensione delle dinamiche di gioco nei minorenni, e aver svolto una azione formativa di prevenzione nei loro riguardi. Formativa anche per noi, avendo toccato con mano durante gli incontri l'influsso esercitato dalla famiglia, amici, società e media.

Bibliografia

- Calado, F., Alexandre, J., Rosenfeld L., Pereira, R., & Griffiths, M. D. (2020). The Efficacy of a Gambling Prevention Program Among High

- School Students. *Journal of Gambling Studies*, 36, 573–595. <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09908-2>.
- King, D. L., Ejova A., Delfabbro, P. H. (2012). Illusory control, gambling, and video gambling: An investigation of regular gamblers and video game players. *Journal of Gambling Study*, 28, 421-435.
 - King, D. L., Gainsbury, S. M., Delfabbro, P. H., Hing N., & Abarbanel B. (2015). Distinguishing between gaming and gambling activities in addiction research. *Journal of Behavioral Addiction*, 4, 215-220.
 - Ladouceur, R., Goulet, A., & Vitaro, F. (2013). Prevention programmes for youth gambling: a review of the empirical evidence. *International Gambling Studies*, 13, 141-159.
 - McBride, J., & Derevensky, J. (2016). Gambling and video game playing among youth. *Journal of Gambling Issues*, 34(34), 156-178.
 - Savron, G., Ukrayinets, G., Casanova, L., Magnanensi E., & Guerrini, S. (2017). “Prevenire è meglio che curare”; Un progetto di prevenzione dell’azzardo nelle classi V delle scuole di primo grado di Ravenna. Seconda parte. *ALEA Bulletin*. 5(1), 11-14.
 - Savron, G., Ukrayinets, G., Casanova, L., Magnanensi, E., Guerrini, S., & Balestra, M. (2018a). “Prevenire è meglio che curare”; Un progetto di prevenzione dell’azzardo nelle classi V delle scuole di primo grado di Ravenna. Parte terza. *ALEA Bulletin*. 6(1), 16-17.
 - Savron, G., & Casanova, L. (2018b). “Gioco, emozioni e prevenzione all’azzardo” Uno studio sugli effetti del gioco e dell’azzardo in alcune classi V delle scuole di primo grado di Ravenna. 2018. www.gambling.it (<http://www.gambling.it/images/ALEA/Comune-di-Ravenna---SAVRON-2018.pdf>)
 - Savron, G., Ukrayinets, G., Casanova, L., Guerrini, S., Magnanensi, E., Balestra, M., & Foschini, S. (2019). “Prevenire è meglio che curare”; Prevenzione primaria nelle classi II e III delle scuole secondarie di primo grado di Ravenna. *ALEA Bulletin*. 7(1), 10-11.
 - Shead, N. W., Derevensky, J. L., & Gupta R. (2010). Risk and protective factors associated with youth problem gambling. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 22, 39-58.
 - Newall, P. W. S., Russel, A. M. T., Sharman, S., & Walasek, L. (2020). Associations between recalled use of legal UK youth gambling products and adult disordered gambling. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(3), 863-868.
 - DOI: <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00048>.

Ringraziamenti

Si ringraziano gli studenti, il Dirigente Scolastico e gli insegnanti della scuola Don Minzoni (Comprensorio scolastico S. Biagio di Ravenna); della Scuola E. Mattei (Istituto Comprensivo del Mare) di Marina di Ravenna; della Scuola Media Ressi - Gervasi di Cervia; delle Scuole C. Viali di S. Alberto e G. Rodari di Mezzano (Istituto Comprensivo Manara -Vagimigli); della scuola G. Pascoli e G. Novello (Istituto Comprensivo Novello di Ravenna); della scuola G. Garibaldi (Istituto Comprensivo Darsena); e l’Assessorato delle Politiche Sociali e Sanità delle Politiche Giovanili del Comune di Ravenna con l’inserimento del progetto all’interno dei Piani di Zona.

Terapia Metacognitiva Interpersonale di Gruppo per il Disturbo Da Gioco d’Azzardo

Flaviano Canfora, Psicologo, Psicoterapeuta, Ambulatorio Dipendenze Patologiche “Toniolo” del Ceis Modena, referente progetto “Scommetti su di Te”.

Nuovi approcci terapeutici al DGA

Le ricerche epidemiologiche degli ultimi anni tendono a mettere in risalto in modo sempre maggiore la concomitante presenza per i pazienti con Disturbo da Gioco d’Azzardo (DGA) di un Disturbo di Personalità (DP), rimarcando un dato già consolidata per i pazienti con Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) (Casciani & De Luca. 2018). Si rinforza quindi l’esigenza di una presa in carico integrata, che partendo dal disturbo di asse I (DGA), contempra un trattamento per le strutture di personalità sottostanti, al fine di migliorare la qualità della vita del paziente, riducendone la sofferenza emotiva e la conflittualità interpersonale, nell’obiettivo di promuovere l’astinenza e prevenire le ricadute (Coriale, Ceccanti, et al. 2015). Diversi studi centrati sulla cura dei disturbi di personalità in pazienti con DUS hanno riportato un concomitante miglioramento

sintomatico. Tra questi alcuni riguardanti pazienti trattati con la Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI). La TMI è un approccio cognitivo comportamentale di terza ondata vocato al trattamento dei disturbi di personalità sviluppato negli ultimi anni (Dimaggio et al. 2019). Alcuni studi su caso singolo hanno evidenziato miglioramenti in termini di prevenzione della ricaduta, in presenza di un concomitante sviluppo delle funzioni metacognitive, spesso disfunzionali in questo tipo di pazienti (Dimaggio et al. 2015; Pasinetti, Dimaggio et al. 2014). In particolar modo nel DGA la promozione delle relazioni interpersonali e della consapevolezza del disturbo emergono come caratteristiche fondamentali nel processo di cambiamento (Roger, Dimaggio et al. 2019).

Trattamento di gruppo per pazienti con DGA

I trattamenti clinici riportati in letteratura che evidenziano risultati più efficaci per il DUS sono quelli che integrano il lavoro fatto in terapia individuale con uno specifico lavoro di gruppo. Il gruppo in particolare fornisce uno spazio nel quale il paziente può rispecchiarsi e sviluppare un sentimento di corralità e di partecipazione collettiva. Nello specifico per il DGA, tra i percorsi di cura più efficaci, di sicuro figurano quelli a matrice cognitivo comportamentale (Cognitive Behaviour Therapy o CBT), dove viene affiancata ad una forte componente comportamentale di controllo del sintomo, una analisi approfondita delle credenze alla base anche del DGA. I trattamenti di gruppo CBT per gambler sviluppati fino ad oggi hanno rispecchiato il lavoro svolto in terapia individuale sulle credenze del giocatore, al fine di far riflettere i pazienti rispetto alla percezione della casualità del gioco d'azzardo ed affrontare i problemi di prevenzione delle ricadute (Laudacer et al., 2003). L'aggiunta di tecniche quali l'esposizione e la prevenzione della ricaduta (CBT + ERP) non sembra aver portato benefici aggiuntivi in termini di ricadute e la sola CBT sembra garantire una maggiore compliance al percorso (Jimenez et al., 2012). Altri studi hanno verificato la validità di ulteriori tecniche cognitive, quali il lavoro sul problem solving, l'approccio motivazionale e

l'equilibrio decisionale (Sam Wook et al., 2016). Tra i trattamenti di gruppo di CBT maggiormente utilizzati in clinica del DGA, quello di Ladouceur e Lachance (in Ladoucer & Lachanche 2007) include quattro componenti principali: (1) interventi motivazionali, (2) interventi comportamentali, (3) interventi cognitivi e (4) prevenzione delle ricadute. Il protocollo consiste in una sessione individuale iniziale e 11 sessioni di gruppo a cadenza settimanale, ciascuna della durata di 90 minuti. Anche questo tipo di trattamento rappresenta un adattamento del percorso individuale ideato da Ladouceur, con l'obiettivo di dare l'opportunità a ogni paziente di avere un ambiente di discussione, circa i pensieri e le emozioni intercorse durante la settimana, al fine di astenersi dal gioco d'azzardo. Tutti i tipi di percorsi ideati sembrano mancare però di una attenzione specifica ai DP, che come detto prima rappresentano un elemento cruciale per la riuscita del percorso in termini prevenzione della ricaduta e consolidamento del risultato terapeutico. In entrambi i protocolli, sia individuale che di gruppo, si evidenzia la mancanza di un'attenzione specifica per qualcosa che non sia solo attinente al gioco, ma ad aspetti personali, che possano essere a volte temperamentali, relativi a quadri di disturbi dell'umore ed ai disturbi di personalità. I trattamenti CBT per il DGA tendono ad integrare il lavoro individuale sulle

credenze, con quello di gruppo, basato sulla normalizzazione dei sintomi e sull'autoriflessività. La fase di psico educazione nella CBT non offre al giocatore d'azzardo l'aspetto di analisi del piacere legato al gioco: al paziente viene chiesto di privarsi del piacere del gioco, esponendosi alla frustrazione della privazione. Considerando inoltre che spesso i pazienti provano piacere soltanto giocando e senza il gioco si sentono affettivamente appiattiti (alessitimici), crediamo sia necessario affrontare i core belief delle credenze del giocatore. "Perché gioca per vincere, per regolare le emozioni che vengono attivate da cosa?" La nostra ipotesi di fondo, infatti, concorda sull'idea che il paziente con DGA usi l'attività di gioco come meccanismo di regolazione emotiva, ovvero come strategia di coping disfunzionale, che risente molto degli aspetti temperamentali, quali impulsività e compulsività. Al fine però di favorire il consolidamento della remissione sintomatica, non possiamo pensare che il paziente regoli per "sempre" le emozioni, evitando di affrontare le dimensioni che ne sono alla radice e che portano il paziente ad attivarsi emotivamente ed a ricorrere alla strategia di coping disfunzionale.

Gruppo TMI-GAP

Nell'ultimo decennio i programmi di trattamento di gruppo finalizzati ad aumentare la mentalizzazione e la metacognizione

stanno registrando un notevole successo nel trattamento dei pazienti con disturbi di Personalità. L'idea di fondo di questo tipo di programmi è che i pazienti con DP vivano gli scambi interpersonali in maniera problematica, secondo schemi maladattivi consolidati nel tempo, a partire da bisogni ripetutamente frustrati. Guidati dagli schemi, i pazienti agiscono in modo automatico e le loro azioni impediscono di soddisfare i propri desideri nucleari. La scarsa metacognizione impedisce loro di rendersi conto di cosa li porti ad avere problemi relazionali ed a correggere la rotta. In questa ottica il gruppo terapeutico può essere uno spazio in cui riconoscere le proprie modalità di funzionamento schema-dipendenti, aumentare l'abilità metacognitiva ed allenarsi a comportarsi in modo più flessibile e adattivo grazie alla migliore comprensione del proprio mondo interno e quello degli altri. Ipotizziamo quindi che il disturbo di personalità sottostante sia causa e soprattutto fattore di mantenimento del DGA. Il trattamento dell'assetto di personalità acquisisce sempre più un ruolo comprimario, al fine di garantire il consolidamento della remissione del sintomo. Ci muoviamo quindi su due dimensioni:

1. il gioco inteso come strategia di coping disfunzionale schema dipendente;
2. il malfunzionamento metacognitivo come impedimento all'accesso a scopi e piaceri ed al riconoscimento e regolazione delle emozioni, dell'impulsività ecc.

Ipotizziamo di poter strutturare un percorso di gruppo a termine per pazienti DGA già in trattamento in terapia individuale, che preveda sia aspetti sintomatici che di funzionamento metacognitivo. Come detto sopra proponiamo un approccio che non sia CBT standard, considerando comunque il gioco come strategia di coping disfunzionale (risposta del se alla risposta dell'altro) messa in atto dal paziente frustrato nel raggiungimento dei propri scopi, all'interno di uno schema interpersonale maladattivo ed accompagnato da aspetti di disregolazione emotiva ed impulsività. Il formato di gruppo rappresenta un adattamento della Terapia Metacognitiva interpersonale di Gruppo (TMI-G), sviluppata per il trattamento dei disturbi di Personalità, che ha ricevuto risultati incoraggianti su studi di efficacia internazionali. La TMI-G è un trattamento misto psicoeducativa ed esperienziale, basato sulla teoria dei Sistemi Motivazionali Interpersonali. Focalizza l'intervento sul miglioramento del funzionamento metacognitivo e sull'identificazione degli schemi che si attivano in determinati momenti di bisogno. L'adattamento al DGA offre il vantaggio di trovarci in presenza di un gruppo omogeneo per disturbo. Includiamo all'interno della fase psicoeducativa (oltre l'illustrazione del SMI) le dimensioni caratterizzanti il gioco d'azzardo patologico:

- coping e problem solving

- regolazione emotiva
- impulsività
- credenze
- metacredenze

Lo scopo dell'intervento psicoeducativo ovviamente non è quello di fornire un vero e proprio trattamento terapeutico sulle dimensioni indicate, ma di contestualizzare l'intervento su argomenti e dimensioni comuni per il paziente, al fine di favorire il lavoro sulle funzioni metacognitive. Anzi, se il paziente dovesse presentare delle gravità accentuate per quanto riguarda ad esempio impulsività o regolazione emotiva, lo si invierà a seguire protocolli specifici.

La parte del protocollo di gruppo esperienziale invece è mirata all'allenamento vero e proprio delle funzioni metacognitive. Prevede la rievocazione da parte dei pazienti di episodi narrativi relativi alla dimensione trattata. L'episodio narrativo rappresenta il copione per la messa in scena mediante la tecnica del role playing. In particolare, viene promossa l'autoriflessività (primo incontro su ogni dimensione) e la promozione di strategie nuove e più efficaci, a partire dalla promozione della comprensione della mente altrui (secondo incontro). Terminato il role playing viene introdotta la discussione in cui tutti i partecipanti si confrontano sulle esperienze vissute e le riflessioni compiute durante e dopo il role playing. Il conduttore

del gruppo ha il compito di stimolare l'autoriflessività, favorendo nei partecipanti il ragionamento mentalistico e la scoperta di interpretazioni diverse per ogni situazione.

Il formato della TMI-G

TMI-G adotta il formato di un gruppo chiuso della durata di 26 sedute (10 sulle dimensioni sintomatiche del DGA e 16 specifiche sui SMI). Sottolineiamo che il modello di intervento che proponiamo può essere introdotto nella routine clinica di diversi contesti istituzionali, dai Centri di Salute Mentale al Ser DP alle Comunità. I pazienti durante la parte psicoeducativa saranno seduti di fronte al conduttore che utilizzerà materiale audiovisivo. Invece durante il role-play e la discussione partecipanti e terapeuti saranno disposti in circolo. Come descriveremo più avanti, durante la parte psicoeducativa i conduttori utilizzeranno materiale audio, video, scritto per illustrare cosa pensano e provano gli esseri umani quando sono guidati dai vari sistemi motivazionali.

Bibliografia

- Casciani, O., & De Luca, O., (a cura di) (2018). Il trattamento Psicologico e Psicoterapeutico del Disturbo da Gioco d'Azzardo in una prospettiva multidisciplinare. Edizione Publiedit, Cuneo, 2018.
- Choi, S.-W., Shin, Y.-C., Youn, H., Lim, S.-W., & Ha, J. (2016). Pharmacotherapy and group cognitive behavioral therapy enhance follow-up

treatment duration in gambling disorder patients. *Annals of General Psychiatry*, 15, Article 20. <https://doi.org/10.1186/s12991-016-0107-1>

- Coriale, G., Ceccanti, M., De Filippis, S., Caravasso, C., & De Persis, S. (2015). Gambling Disorder: epidemiology, diagnosis, interpretative models and intervention. *Rivista di Psichiatria*. 2015; 50(5); 216-227 227. doi: 10.1708/2040.22162
- Dimaggio, G., D'Urzo, M., Pasinetti, M., Salvatore, G., Lysaker, P., Catania, D., & Popolo, R. (2015). Metacognitive Interpersonal Therapy for Co-Occurrent Avoidant Personality Disorder and Substance Abuse. *Journal of Clinical Psychology*. 2015 Feb; 71(2), 157-66. doi: 10.1002/jclp.22151.
- Dimaggio G., Ottavi P., Popolo R., & Salvatore G (2019). *Corpo, immaginazione e cambiamento. Terapia Metacognitiva Interpersonale*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Jimenez-Murcia, S., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Santamaría, J.J., Alvarez-Moya, E., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Penelo, E., Bueno, B., Moragas, L., Gunnard, K., & Menchón, J.M. (2012). Does exposure and response prevention improve the results of group cognitive-behavioural therapy for male slot machine pathological gamblers? *British Journal of Clinical Psychology*. 2012 Mar; 51(1), 54-71. doi: 10.1111/j.2044-8260.2011.02012
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., & Leblond, J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: a cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*. Volume 41, Issue 5, May 2003, Pages 587-596. doi: 10.1016/s0005-

7967(02)00036-0

- Ladouceur R., & Lachance S. (2007). *Overcoming Pathological Gambling. Therapist Guide*. Oxford University Press, New York.
- Pasinetti, M., D'Urzo, M., Catania, D., & Dimaggio, G. (2014), *Personality and metacognition in substance users*. Conference: 3rd International Conference on Novel Psychactive Substances At: Rome Volume: Research and Advances in Psychiatry.
- Rogier, G., Caputo, A., Langher, V., Lysaker, P., Dimaggio, G., & Velotti, P. (2020). *Giving a Voice to Gambling Addiction: Analysis of Personal Narrative*. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, volume 44, pages 159–174 (2020). doi: 10.1007/s11013-019-09644-7
- <http://www.politicheantidroga.gov.it/media/1295/gambling-bassa.pdf>

Facciamo chiarezza sul Canadian Problem Gambling Index-CPGI

Graziano Bellio, Psichiatra Psicoterapeuta, Treviso

Il **Canadian Problem Gambling Index-CPGI** è un questionario utilizzato per individuare i giocatori problematici nella popolazione generale. Esso è costituito da item cui viene assegnato un punteggio e altri item che invece non lo ricevono. Le ricerche scientifiche in cui è impiegato il CPGI riportano solitamente i risultati ottenuti con l'uso della sola parte quantitativa, che a rigore dovrebbe essere denominata **Problem Gambling Severity Index-PGSI**. Purtroppo, l'uso di diverse denominazioni nelle pubblicazioni scientifiche può aver contribuito a confondere i lettori. Inoltre, in Italia circolano differenti traduzioni della scala, il che non facilita il raccapazzarsi. Con gli anni è stato sempre più evidente che attorno al CPGI/PGSI si stavano creando malintesi tra gli operatori dei servizi che, pur usando strumenti testistici, non hanno il tempo di valutare approfonditamente

tutti gli aspetti relativi alle scale. Inoltre, come spesso accade anche con altre rating scale, il campo di utilizzo del CPGI tende ad ampliarsi includendo anche il contesto clinico. In questo breve contributo si cercherà quindi di fare un po' di chiarezza sulle sue principali caratteristiche, i vantaggi e le avvertenze.

Lo sviluppo del CPGI/PGSI

Il CPGI nasce sotto la spinta a superare alcuni problemi derivati dall'uso del **South Oaks Gambling Screen-SOGS** di Lesieur & Blume (1987) nelle ricerche epidemiologiche sulla popolazione generale. Il SOGS è probabilmente il questionario più conosciuto e utilizzato nella clinica del disturbo da gioco d'azzardo (DGA). Ispirato ai criteri della terza edizione del Manuale Diagnostico Statistico (DSM-III e III-R), era stato sviluppato per supportare i clinici nella diagnosi di Gioco d'Azzardo Patologico. Successivamente il

SOGS è stato impiegato anche in ricerche epidemiologiche nella popolazione generale, sia adulta che adolescente. In questi casi però si evidenziava che esso tendeva a sovrastimare significativamente i dati di prevalenza, e inoltre si mostrava per varie ragioni inadatto allo studio della popolazione adolescente. Nel tentativo di superare questi problemi, i ricercatori canadesi Ferris e Wynne (2001) svilupparono un nuovo questionario, il **Canadian Problem Gambling Index-CPGI**, a partire da una visione più olistica in grado di leggere meglio il fenomeno del gioco d'azzardo problematico (GP) nel contesto sociale. Quindi gli autori non guardarono al GP da un punto di vista unicamente clinico, in termini di comportamenti e cognizioni della persona, bensì come fenomeno a valenza sociale, costituito sia dai comportamenti che dalle conseguenze dannose per l'individuo e per il suo ambiente. Sulla base di tale concezione ne è risultato un questionario di 31 item, 9 dei quali ricevono un punteggio atto a misurare la prevalenza del gioco problematico nella popolazione, mentre i rimanenti 22 item rappresentano degli indicatori di coinvolgimento del soggetto nell'azzardo, in grado di arricchire la descrizione e consentire di individuare differenti profili di giocatore d'azzardo. Si tratta quindi di un questionario originariamente non destinato alla clinica e che non individua una diagnosi, bensì un

livello di problematicità. In questo senso era obiettivo degli Autori che gli item del CPGI riuscissero a intercettare anche quei giocatori d'azzardo che non rispondono al profilo prototipico del paziente in carico ai servizi.

La struttura del CPGI

Il CPGI è formato da 3 sezioni: 1) coinvolgimento nell'azzardo, 2) valutazione del GP, 3) correlati del gioco d'azzardo, cui può essere aggiunta una ulteriore sezione di tipo anagrafico, secondo necessità. Nella prima sezione (4 item) vengono raccolte informazioni sul tipo di gioco d'azzardo preferito, la frequenza, il denaro e il tempo speso per giocare negli ultimi 12 mesi. La seconda sezione è composta da 12 item, di cui i primi 9 ricevono un punteggio da 0 a 3 a seconda della risposta ottenuta (mai, a volte, spesso, quasi sempre). Gli item con punteggio costituiscono lo strumento quantitativo in grado di misurare il livello di problematicità del gioco d'azzardo del soggetto: con la denominazione di Problem Gambling Severity Index ci si riferisce unicamente a questa porzione di 9 item. Il PGSI parametrizza il comportamento di gioco in crescenti livelli di rischio: giocatore non problematico (0 punti), giocatore a basso rischio (1-2 punti), giocatore a rischio moderato (3-7 punti), giocatore problematico (8 punti o più, con un massimo di 27 punti). Su questa

sezione quantitativa torneremo tra poco. La terza sezione (15 item) indaga i correlati del comportamento di gioco d'azzardo: si tratta di un insieme di item che esplorano conseguenze avverse, personali e sociali, errori cognitivi, problemi familiari, esperienze di vincita o perdita precoci, comorbilità, stress, depressione e pensieri suicidari.

Le proprietà psicometriche

Il PGSI ha dimostrato di possedere buone caratteristiche psicometriche. In termini di validità, ad esempio, ha mostrato una buona correlazione con le misure del SOGS, dei criteri DSM, e con la valutazione clinica. Il PGSI misura effettivamente una unica dimensione (il gioco problematico) sia nei maschi che nelle femmine. L'affidabilità nel retest è soddisfacente, pur se non elevatissima. Il punteggio di cut off è tale da minimizzare i falsi positivi e massimizzare i veri positivi (sensibilità). La specificità (esclusione dei veri negativi) è risultata ancora migliore. La validità classificatoria appare più solida per quanto riguarda l'individuazione dei due estremi del continuum di gravità, ovvero dei giocatori problematici (8 punti o più) e di quelli non problematici (zero punti). Al contrario, essa è più incerta per i livelli intermedi (rischio basso e moderato). Currie e Coll. (2013) hanno rilevato infatti che tra giocatori a basso rischio e a rischio moderato non vi sono differenze

significative in molte variabili. Per migliorare la capacità discriminatoria del PGSI gli Autori suggeriscono due vie: A) unificare le due categorie intermedie, individuando un unico livello di rischio, con un punteggio del PGSI di 1-7; oppure B) modificare le fasce intermedie di punteggio: gioco a basso rischio (1-4 punti), gioco a rischio moderato (5-7 punti), ipotesi questa preferita dai tre Autori. Nonostante queste puntualizzazioni, la maggioranza dei ricercatori sembra continuare a far riferimento ai cut off tradizionali. Nelle principali ricerche epidemiologiche condotte nel nostro Paese è stato utilizzato il PGSI, ad esempio dall'Istituto Superiore di Sanità e dal CNR. Quest'ultimo ha provveduto a pubblicare la versione validata in italiano (Colasante et al., 2013). Va citata infine, per completezza, una versione breve a 3 item della PGSI (PGSI Short Form) (Volberg & Williams, 2012) la quale dovrebbe essere utilizzata solamente nelle ricerche sulla popolazione generale.

L'utilizzo del PGSI nel contesto clinico

Negli anni più recenti è stato osservato un progressivo ampliamento dell'uso del PGSI in ambito clinico. Se da un lato è ormai generalmente accettato che esso sia uno strumento affidabile per valutare i diversi livelli di gravità dei comportamenti di gioco d'azzardo a livello di indagine di

popolazione, più discutibile è la scelta di estenderne l'uso nelle popolazioni cliniche. Non è detto infatti che lo strumento abbia sensibilità e specificità sufficienti per discriminare differenti sottogruppi di giocatori problematici in base alla loro gravità. In altri termini, non è scontato che i punteggi superiori agli 8 siano in grado di individuare condizioni di gravità clinica crescente. Merkouris e Coll. (2020) hanno studiato il comportamento del PGSI in un campione di giocatori che avevano richiesto aiuto attraverso una piattaforma online e il cui punteggio era superiore a 8. Rilevarono, mediante una analisi delle classi latenti (LCA), che la migliore soluzione classificatoria era ottenuta con 2 classi, ciò stando ad indicare che i giocatori problematici potevano essere ulteriormente distinti in due sottogruppi a gravità crescente. Il nuovo cut off in grado di discriminare tra gioco problematico a bassa gravità e gioco problematico ad elevata gravità risultò eguale a 19, valore su cui convergevano diverse metodologie di stima. Questa classificazione inoltre appariva coerente con la gravità misurata con il G-SAS (Gambling Symptom Assessment Scale, Kim et al., 2009). Uno studio più qualitativo è quello di Young e Wohl (2011) che confronta direttamente il CPGI (la versione completa del questionario!) con il SOGS. Un campione di 44 giocatori che richiedevano un trattamento furono

testati all'ingresso con entrambi i questionari e successivamente visti da un clinico esperto nel campo dell'azzardo patologico. Furono quindi valutati i risultati dei due test e il parere degli esperti. La correlazione tra la valutazione dell'operatore e i punteggi dei due test risultò moderata. L'accordo dei clinici con il CPGI sulla classificazione dei pazienti era superiore rispetto a quella ottenuta con il SOGS: quest'ultimo in particolare tendeva a sovrastimare la gravità. In generale i clinici ritennero che la classificazione ottenuta con i test non fosse utile al fine di programmare un trattamento. Ciò nonostante giudicarono vantaggioso, per varie ragioni, avere una misurazione standardizzata. Valutarono infine che gli item senza punteggio del CPGI erano più informativi rispetto a quelli del SOGS.

Conclusioni

Aggiungerei alcune considerazioni finali relative all'uso del CPGI/PGSI.

- L'uso clinico del CPGI non è supportato da molte ricerche empiriche e pertanto richiede prudenza. Per le stesse ragioni una ancor maggiore attenzione va poste nell'uso clinico del solo PGSI.
- Va ricordato che il questionario NON è diagnostico: pur se la correlazione con la classificazione DSM è elevata, il PGSI non restituisce una diagnosi. Va detto comunque che l'ICD 10 dell'OMS prevede criteri meno

stringenti per fare diagnosi rispetto al sistema DSM. Nel caso si desideri un test a supporto della diagnosi clinica secondo i criteri DSM, sarebbe meglio utilizzare altri strumenti più specifici: si veda ad esempio il lavoro di Bellio (in corso di stampa), per alcuni suggerimenti.

- La determinazione della gravità del quadro clinico è un compito complesso che deve tener conto di molte variabili, non solo quelle relative al paziente. Intendiamo qui per gravità, quell'insieme di fenomeni e situazioni che condizionano il programma e i setting di trattamento, la durata della presa in carico, la compliance e la prognosi. Va quindi tenuto presente che la quantificazione della gravità, ottenuta con l'uso di strumenti psicometrici agili e rapidi, è un dato parziale.

- Suggestirei di porre attenzione alla terminologia utilizzata quando si restituisce il valore ottenuto con il PGSI a persone non esperte, come ad esempio gli amministratori locali e la popolazione. Il questionario infatti, al di là della individuazione dei casi problematici, restituisce categorie di "rischio", basso o moderato. In una indagine di popolazione, a mio giudizio, a parlare di rischi si potrebbe venir fraintesi. Il termine, appunto, farebbe pensare a una potenzialità di danno più che a un danno effettivo. Al contrario, diverse ricerche hanno dimostrato che anche a bassi livelli di rischio sono evidenziabili danni (si veda ad esempio Delfabbro et al., 2020).

Alcuni Autori addirittura sostengono che, anche nel caso dei comportamenti d'azzardo, è applicabile il cosiddetto paradosso della prevenzione, secondo cui a livello di comunità i più bassi livelli di gravità comportano un maggiore carico di danno complessivo. Ciò è dovuto al fatto che il pur modesto valore dei danni correlati al basso livello di gravità va moltiplicato per l'elevato numero di persone che rientrano in questa categoria di giocatori. Pur se le modalità di calcolo dei danni siano discusse, resta associato che un punteggio non zero al PGSI comporta spesso la presenza di effettivi danni azzardo correlati. A questo proposito vale la pena di notare che Ferris e Wynne definiscono il giocatore con punteggio zero "non problem gambler", il che farebbe pensare che anche a punteggi immediatamente superiori qualche problema già ci sia.

Bibliografia

- Bellio, G. (in corso di stampa). La valutazione in ingresso nella clinica del disturbo da gioco d'azzardo. In: O. Casciani. & C. Primi (Eds), *Gambling Pathways Questionnaire (GPQ): manuale d'uso per il clinico*. Publiedit, Cuneo.
- Currie, S.R., Hodgins, D.C., & Casey, D.M. (2013). Validity of the Problem Gambling Severity Index interpretive categories. *Journal of Gambling Studies*, 29, 311–327.
- Delfabbro, P., Georgiou, N., & King, D. L. (2020). *Measuring Gambling Harm: The Influence*

of Response Scaling on Estimates and the Distribution of Harm Across PGSI Categories. *Journal of Gambling Studies*, Advance online publication.

scale and its accompanying profiler software in a clinical setting. *Journal of Gambling Studies*, 27, 467–485.

- Ferris, J., & Wynne, H. (2001). *The Canadian Problem Gambling Index: User manual*. Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa.
- Kim, S.W., Grant, J.E., Potenza, M.N., Blanco, C. & Hollander, E. (2009). The Gambling Symptom Assessment Scale (G-SAS): a reliability and validity study. *Psychiatry Research*, 166, 76–84.
- Lesieur, H.R., & Blume, S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Merkouris, S.S., Greenwood, C., Manning, V., Oakes, J., Rodda, S., Lubman, D. & Dowling, N.A. (2020). Enhancing the utility of the problem gambling severity index in clinical settings: Identifying refined categories within the problem gambling category. *Addictive Behaviors*, 103:106257.
- Colasante, E., Gori, M., Bastiani, L., Siciliano, V., Giordani, P., Grassi, M., & Molinaro, S. (2013). An assessment of the psychometric properties of Italian version of CPGI. *Journal of Gambling Studies*, 29, 765–774.
- Volberg, R.A., & Williams, R.J. (2012). *Developing a Short Form of the PGSI. Report to the Gambling Commission*. January 2012.
- Young, M. M., & Wohl, M. J. (2011). *The Canadian Problem Gambling Index: an evaluation of the*

Presentazione del libro-diario “*Terapia di gruppo ai tempi del COVID. Centosessanta sedute via Skype da marzo a giugno 2020*”

di Rolando De Luca

Sabato 31 ottobre 2020, mi accingo a scrivere per questo Bulletin la presentazione del mio libro-diario “Terapia di gruppo ai tempi del COVID, centosessanta sedute via Skype da marzo a giugno 2020”. Ciò che mi viene in mente è che, se avessi sospeso la terapia di gruppo per quattro mesi senza continuarla via Skype, oggi quei dieci gruppi avrebbero perso probabilmente il 40% dei partecipanti. Questa era la convinzione del mio supervisore che ha trovato conferma in alcune esperienze di chi invece i gruppi li ha sospesi. E allora comincio riportando l’epilogo che chiude questo libro-diario, seppur di questo esito finale non ne sia proprio certo: “Martedì 10 novembre 2020 alle ore 17.00 sarebbero ricominciate le sedute via Skype. Questa volta non per ordini esterni ma in previsione di una seconda chiusura. I dieci gruppi terapeutici erano diventati

più forti del mondo esterno e anche questa volta ce l’avrebbero fatta.” Quando leggerete questo testo saprò se sarà andata proprio così oppure se ci saranno state complicazioni che da marzo a giugno 2020 non si sono verificate. Non mi riferisco ai problemi tecnici esterni ma, pur rimanendo ottimista, alle difficoltà di collegamento “interno” che, se durante la prima chiusura erano state ben gestite, in questa seconda fase potrebbero far emergere problematiche di difficile previsione. Certo stiamo parlando di gruppi di terapia che storicamente viaggiano da un minimo di 800 a un massimo di oltre 1.200 sedute per singolo gruppo. Gruppi coesi e probabilmente pronti alle sfide più impegnative. In questi ultimi mesi ho sentito parlare di piattaforme più o meno valide, di difficoltà di collegamento, di privacy, di aspetti legali ... tutti problemi esterni che in un modo o nell’altro con un duro lavoro tecnico si riescono a risolvere.

Ciò che non si ottiene in qualche settimana è il clima interno di un gruppo, la sua lunga storia, la sua coesione. Ed è per questo che, perlopiù, i gruppi terapeutici e i gruppi di auto-aiuto sono stati sospesi o in limitati casi portati avanti a singhiozzo. E probabilmente lo saranno anche nei mesi a venire. La casa grupppale per essere resistente ai tifoni esterni deve essere costruita con materiali solidi, messi a punto in anni e anni di turbolenze interne ed esterne, altrimenti, è chiaro, viene spazzata via dagli tsunami arrivati da oriente. Quando leggerete questo testo, potrete trovare questo libro-diario disponibile gratuitamente sull'homepage del sito www.sosazzardo.it. Si tratta di quasi cento pagine, ventisette capitoletti, scritte al termine delle sedute di terapia, verso le 23.30, nel buio e nel silenzio esterno accompagnato dalla musica di Ennio Morricone. Dopo oltre sei ore di sedute, la scrittura mi attirava a sé e mi dava la possibilità di dipingere, a modo mio, lo schermo del computer con i colori dei gruppi, facendo emergere gli arcobaleni gruppalì nelle notti con o senza luna. Per chi vorrà apprestarsi alla lettura (che già ringrazio): saranno molto graditi feedback negativi e stroncature che, scrivendo da una vita e volendo continuare a farlo, sono le sole considerazioni fruttuose in tal senso (come l'analisi personale che continuo, pur con terapeuti diversi, a portare avanti ininterrottamente dal 1996 e che, pare,

dovrò continuare fino al 9 novembre 2040 al compimento dei miei 86 anni). Vi lascio con un estratto del primo capitoletto: *“A settembre 2019 i gruppi di terapia che Luigi conduceva dal 1997 erano sempre dieci, il totale delle sedute settimanali aveva superato quota diecimila e da mesi aveva comunicato ai gruppi che le sedute sarebbero passate da settimanali a bisettimanali. E ciò avvenne in quella prima settimana di ottobre 2019, iniziando con i gruppi del martedì, con il primo alle ore 17. Oramai i sessantacinque anni lo attendevano a novembre e fu così che per la prima volta si trovò a vivere una settimana nei gruppi e una senza ai gruppi. Cominciò ad ascoltare dentro di sé il profumo di una settimana a Venezia, delle mostre d'arte che si aprivano dentro di lui senza il pensiero del rientro in studio quasi immediato, e un po' alla volta iniziava, non senza qualche difficoltà, ad abituarsi a quella nuova vita. Dapprincipio anche un senso di colpa, una carezzevole depressione che, per la mancanza dei gruppi, lo toccava in qualche sogno notturno. Ne parlava anche col suo analista ma un po' alla volta si adattava alla nuova vita, alternata ora tra il lavoro e le aspettative di novità senza tempo. E poi c'era la donna dagli occhi dell'est che giocava con i suoi giorni come i semi giocano con la melagrana. Passò del tempo e giunsero i primi mesi del 2020, quando il COVID-19 cominciò a muovere i primi passi in Lombardia. A febbraio inoltrato Luigi dotò di salviette e detergente la sala a Basaldella, nonostante la preoccupazione*

della pandemia paresse ancora lontana. Alle 8 di mattina iniziò il primo gruppo e poi alle 10:15 il secondo, per chiudere alle 12:15, quando riprese la strada in direzione Faedis come sempre, soddisfatto perché anche quella settimana i gruppi ce l'avevano fatta senza registrare particolari disastri. In auto, dove la strada usciva da Povoletto centro e si lanciava ad incontrare le colline e le montagne in quella giornata splendidamente colorata, ecco che squillò il telefono. "Buongiorno dottore sono Michele, devo darle una brutta notizia". Luigi pensò subito a qualche problema familiare. "Oggi entro in quarantena. L'ho saputo dieci minuti fa: mia moglie venerdì ha pranzato con una signora che è positiva al COVID". Luigi accolse la notizia rassicurandolo, ma con lui ricostruì la disposizione dei partecipanti alla seduta. Entrambi concordarono che le distanze erano state mantenute e che anche Michele aveva fatto uso del detergente prima e addirittura durante la seduta. Si salutarono con l'accordo di sentirsi per eventuali novità. Appena chiusa la telefonata si ritrovò davanti al cancello di casa e cominciò a sentirsi invadere dalla preoccupazione: da una parte si rassicurava perché erano state rispettate tutte le disposizioni, ma dall'altra era preoccupato per i partecipanti al gruppo e anche per se stesso. Chiamò un amico virologo di Piacenza che, sentito il tutto, lo rassicurò, poi considerò che aveva quasi quindici giorni di tempo per organizzare le sedute in un altro modo.

Come sempre, quando affrontava un problema, ci si buttava dentro, se ne lasciava fagocitare e trascinare giù nel vortice, come fosse un imbuto che lo inghiottiva per poi risputarlo fuori, ma solo a problema risolto, e mentre girava in quel vortice aumentava l'ansia che gli avrebbe consentito di trovare l'idea, la soluzione che lo avrebbe portato fuori, sciogliendo quel nodo alla gola, quel cappio di tensione che si era fatto sempre più stringente. Succedeva sempre così, da una vita: erano sempre ore faticose e angoscianti, perciò una volta uscito dall'imbuto, doveva al più presto giungere all'acquietamento. Pensò che i suoi gruppi, dopo oltre vent'anni, potevano rischiare una lunga chiusura, e gli si configurò anche lo spettro di una chiusura definitiva: un disastro dopo tutto il lavoro fatto. Ma ecco che, a pomeriggio inoltrato, nella sua testa frullò una parola: "Skype".



Collabora con il *Bulletin!*

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

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

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



Comitato di redazione

Graziano Bellio
Mauro Croce
Claudio Dalpiaz
Beatrice De Luca
Gianni Savron

Presidenza ALEA
E-mail: presidenza.alea@gmail.com

www.gambling.it

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



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