

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA  
SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

Dipartimento di Neuroscienze (DNS)

Direttore Prof. Edoardo Stellini

Corso di Laurea in

EDUCAZIONE PROFESSIONALE

PRESIDENTE PROF.SSA ELENA TENCONI



Tesi di Laurea

**Gioco d'azzardo patologico:**

**esposizione del fenomeno e strategie per prevenirlo**

*Relatore:* Dott.ssa Patrizia Bricca

*Laureando:* Giovanni Mazzon

*Matricola:* 2012234

Anno Accademico 2022-2023





## ABSTRACT:

Il disturbo da gioco d'azzardo è descritto sia all'interno del DSM 5, sia nel ICD 10 come dipendenza comportamentale. È contraddistinto da un pattern persistente e ricorrente di gioco problematico che causa l'aumento progressivo della somma di denaro scommessa e la sensazione di perdita di controllo, che si collega indubbiamente alla difficoltà ad interrompere il comportamento di gioco, nonostante le perdite siano sempre più ingenti. Nel primo capitolo della tesi, attraverso una ricerca bibliografica, si è descritto il concetto di dipendenza in generale, per poi passare a descrivere nello specifico cosa si intendesse per dipendenza comportamentale e quindi quali fossero i criteri diagnostici che permettono di diagnosticare un disturbo da gioco d'azzardo; successivamente la ricerca ha cercato nella letteratura i dati presenti riguardanti la diffusione del gioco d'azzardo tra le fasce d'età più giovani della popolazione (adolescenti e giovani adulti); ha raccolto la legislazione italiana in merito al gioco d'azzardo e a conclusione di questo capitolo lo studio ha evidenziato delle interessanti scoperte in merito alla neurobiologia cerebrale dell'adolescente, che dimostrano l'esistenza di fattori predisponenti allo sviluppo di pattern di gioco problematico, i quali necessitano degli interventi di prevenzione *Evidence-Based*. A partire da questa considerazione, nel secondo capitolo lo studio analizza l'evoluzione del concetto di prevenzione nel corso della storia, porta una panoramica generale degli interventi di prevenzione ideati dai Servizi per le Dipendenze nazionali e internazionali e approfondisce due progetti: il progetto PRIZE sviluppato in Toscana e il progetto "Chiama&Vinci" ideato e sviluppato in Veneto. In conclusione, è presente una riflessione in merito al ruolo dell'Educatore Professionale all'interno dell'ambito delle dipendenze comportamentali e su come questa professione abbia il dovere professionale di intervenire quotidianamente nel processo di prevenzione e nella riabilitazione del disturbo da gioco d'azzardo.

Parole chiave: Disturbo da gioco d'azzardo, adolescenti, prevenzione, dipendenza comportamentale, legislazione

Key-words: gambling disorder, adolescents, prevention, addiction, legislation



## INDICE

<b>INTRODUZIONE</b> .....	2
<b>CAPITOLO 1 Gioco d’azzardo: analisi e definizione del fenomeno</b> .....	4
1. Inquadramento del fenomeno delle dipendenze .....	4
2. Definizione e descrizione delle dipendenze comportamentali, uno sguardo critico sul gioco d’azzardo .....	9
3. Analisi dei dati riguardanti il gioco d’azzardo.....	15
4. Approfondimento sulla legislazione vigente in Italia per contrastare il Gioco d’Azzardo .....	20
5. Principi di eziopatogenesi del gioco d’azzardo ed analisi dei fattori di vulnerabilità e resilienza .....	25
<b>CAPITOLO 2 La prevenzione</b> .....	33
2.1. Evoluzione del concetto di prevenzione .....	33
2.2. Tipologie di prevenzione.....	37
2.3. Strategie preventive nel panorama internazionale e in Italia .....	40
2.3.1 progetti italiani di prevenzione al gioco d’azzardo .....	44
2.3.1.1. Il progetto prize .....	48
2.3.1.2 progetto chiama & vinci .....	53
<b>CAPITOLO 3 Il ruolo dell’Educatore Professionale</b> .....	57
<b>CONCLUSIONI</b> .....	60
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	62

## INTRODUZIONE

Il gioco d'azzardo fa parte della storia umana fin dall'antichità ma, negli ultimi decenni, il disturbo da gioco d'azzardo è diventato, in maniera sempre crescente, oggetto d'interesse da parte della comunità scientifica e più in generale del mondo della salute pubblica. Molti degli studi internazionali presenti nella letteratura hanno dimostrato come il gioco d'azzardo oramai faccia parte dell'esperienza di vita della maggior parte degli adolescenti. A dimostrazione di ciò ci sono i dati ESPAD del 2021, dai quali emerge che circa il 42% degli adolescenti nella fascia d'età tra i 15 e i 19 anni abbia giocato d'azzardo con una frequenza regolare nel corso del 2020.

Le motivazioni per le quali con questa ricerca si è voluto approfondire la tematica del gioco d'azzardo e le varie forme di prevenzione predisposte dai Servizi sono molteplici:

- La comprensione del processo che ha portato il gioco d'azzardo ad essere un fenomeno talmente esteso all'interno della società attuale da venire normalizzato come attività quotidiana, pubblicizzato nelle campagne di marketing e considerato, da buona parte della popolazione giovanile, come un'occasione di riscatto o rivincita;
- L'analisi approfondita della dipendenza da gioco d'azzardo, la prima e unica dipendenza comportamentale presente all'interno del DSM-5, con degli specifici criteri diagnostici e definibile attraverso i vari livelli di gravità, in un continuum da lieve a grave;
- La conoscenza e l'analisi di progetti di prevenzione presenti all'interno dei Servizi per le Dipendenze.

Il mio personale interesse per questo argomento è aumentato in seguito all'esperienza di tirocinio professionalizzante svolta presso il Ser.D di Dolo (VE), all'interno dell'Ulss 3 Serenissima, Regione Veneto, durante il quale ho potuto assistere al progetto "Chiama&Vinci", il quale propone un'ampia serie di interventi, quali: *peer education*, banchetti informativi, gruppi di auto-aiuto, interventi di prevenzione con diverse fasce d'età, dagli anziani agli adolescenti. Tutti questi interventi erano volti a prevenire l'insorgere di problematiche collegate al gioco d'azzardo nei giovani e l'eventuale aggravarsi di

comportamenti a rischio, dando ai ragazzi degli strumenti utili per aumentare la consapevolezza e per migliorare l'autoregolazione emotiva negli adolescenti.

Inoltre, si è ritenuto utile inserire un capitolo dedicato appositamente alla figura sociosanitaria dell'Educatore Professionale, così come definita dalla legge L.520 del 1998, all'interno della prevenzione del disturbo da gioco d'azzardo: non solo da un punto di vista meramente clinico, ma tenendo anche in considerazione le varie implicazioni a livello psicologico, giuridico ed economico.

Questo studio si basa sulle ricerche svolte in tre banche dati differenti, quali: Pubmed, Google Scholar e PsycInfo ed inoltre nella pagina web del progetto "Chiama&Vinci" dell'Ulss 3 Serenissima. Dalla ricerca "*Gambling Addiction*" si sono riscontrate 34.600 corrispondenze complessive e si sono considerati gli studi nell'intervallo temporale compreso tra il 1995 e il 2024. Si è poi reso necessario un processo di scrematura, all'interno del quale sono stati eliminati gli articoli doppi oppure non considerati inerenti alla ricerca. Infine, sono stati definiti gli articoli eleggibili per la stesura dell'elaborato sulla base di 3 criteri: primo di questi la lingua di redazione dell'articolo, considerando solamente quelli scritti in italiano e inglese; il secondo criterio ha riguardato gli articoli che contenessero un approfondimento sulla prevenzione del gioco d'azzardo riguardante i giovani; ed infine, il terzo ha preso in considerazione gli articoli che analizzavano i dati raccolti da articoli di carattere biologico, sanitario e sociale. Una volta completata questa scrematura il numero degli articoli considerati è stato di 155.



# CAPITOLO 1

## **Gioco d'azzardo: analisi e definizione del fenomeno**

### **1. Inquadramento del fenomeno delle dipendenze**

Il tema delle dipendenze è da tempo oggetto d'interesse per clinici e ricercatori di tutto il mondo. Quali meccanismi possono trasformare una comune abitudine in una schiavitù dominata dalla coatta ricerca del piacere dato dell'oggetto della propria dipendenza? Cosa fa sì che una sostanza o un comportamento possa diventare il centro della vita di una persona portandola ad escludersi della società, a danneggiare sé stessa fisicamente, mentalmente o psicologicamente?

Per rispondere a queste domande occorre comprendere innanzitutto i complicati meccanismi che causano una dipendenza. L'essere umano nasce dipendente; infatti, il neonato deve avere qualcuno che si prenda cura di lui e la stessa cosa vale per l'anziano; in questo senso l'evoluzione umana, da un punto di vista ontologico, corre lungo un *continuum* che unisce due poli: da un lato collochiamo la dipendenza infantile e dall'altro l'autonomia adulta. Il processo di separazione-individuazione è un compito evolutivo fondamentale che si riferisce al processo di sviluppo psicologico attraverso cui il neonato si riconosce come entità psicologica separata dalla madre: questo riconoscimento di sé sarà alla base della maturazione psicologica, della fiducia nelle proprie capacità e sarà un processo fondamentale per lo sviluppo dell'io. Infatti, secondo il pensiero di Freud, sviluppato nel suo saggio "L'Io e l'Es" del 1923, possiamo sinteticamente affermare che la psiche è suddivisa in tre regni: Io, Es e Super-Io. Io è la parte cosciente della psiche, le sue principali funzioni sono l'autoconservazione e la capacità di adeguamento alla realtà; l'Es è il luogo dove hanno sede tutte le pulsioni dell'individuo, viene definito anche come la parte primordiale; il Super Io, infine, rappresenta la coscienza morale, l'istanza che governa i nostri impulsi e li censura.

Quindi, quando nel modello di Freud predomina la parte pulsionale si arriva all'area patologica, in quanto non si ha più un equilibrio tra le istanze. Dunque, è necessario fare una prima distinzione tra dipendenza normale e dipendenza patologica. Considerando la dipendenza normale, durante l'adolescenza si ha lo sviluppo dell'io

attraverso apprendimenti e riaggiustamenti continui volti ad una progressiva strutturazione e maturazione dell'istanza psichica, che funge da mediazione fra mondo interno ed esterno. Più l'io cresce e si organizza proporzionalmente all'esperienza, più l'individuo sarà in grado di occuparsi di sé e del suo essere nel mondo, quindi, sarà meno dipendente e più autonomo. Nella dipendenza patologica, invece, se l'io non si struttura correttamente, la mediazione tra mondo interno ed esterno non sarà adeguata; quindi, in certe situazioni, è possibile che prenda il sopravvento la parte pulsionale: il principio di piacere domina e ne determina anche il comportamento, vengono meno il controllo e la capacità di modulazione del piacere, la cui ricerca diventa coattiva, assoluta, irrinunciabile ed improcrastinabile.

L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità)<sup>1</sup> ha definito la dipendenza patologica come «una condizione psichica e talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo vivente e una sostanza tossica, e caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni, che comprendono sempre un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione.»

Si possono classificare due tipi di dipendenza: fisica e psicologica<sup>2</sup>. La prima è definita anche *dependence* ed è la situazione in cui l'organismo necessita di una determinata sostanza per funzionare e la richiede e quando non riesce ad ottenerla va incontro a una serie di alterazioni psico-socio-neuro-fisiologiche. La dipendenza fisica è sempre accompagnata da un certo grado di tolleranza, che si instaura quando un comportamento o una sostanza di abuso è assunta per un congruo periodo di tempo con concentrazioni ematiche costanti per giorni e/o settimane. Nelle cellule che sviluppano dipendenza l'effetto che produce la sospensione della sostanza è di solito opposto a quello derivante dall'assunzione cronica della sostanza stessa. Nel caso in cui l'assunzione venga sospesa bruscamente si manifesta la sindrome da astinenza. La seconda è chiamata *addiction* e definisce la condizione generale in cui la dipendenza psicologica spinge alla ricerca dell'oggetto senza il quale l'esistenza persiste, ma

---

<sup>1</sup> Organizzazione mondiale della sanità- OMS (2001), ICF international classification of functioning, disability and health, world Health Organization, Geneva

<sup>2</sup> Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A. & Gorelick, D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36,233-241

diventa priva di significato. Questo tipo di dipendenza viene definita come uno “stato di disagio” prodotto dall’acuta sottrazione di una sostanza chimica ad un soggetto che vi è stato esposto cronicamente. È comune a tutte le sostanze d’abuso, è contemporanea alla dipendenza fisica ed è sempre presente anche in assenza di *dependence*.

Quando si parla di dipendenze un concetto fondamentale da prendere in considerazione è sicuramente quello di tolleranza. Il fenomeno si riscontra quando una data dose di sostanza, dopo somministrazioni ripetute, produce un effetto minore rispetto alla prima volta che viene assunta oppure, quando si devono utilizzare dosi maggiori per ottenere gli effetti iniziali. Non è un fenomeno esclusivo delle sostanze d’abuso e non è presente per tutte le droghe, ad esempio anticolinergici e i nitroderivati sono farmaci che possono generare tolleranza, mentre la cocaina e le anfetamine non sembrano essere associate a questo fenomeno.

In letteratura, possiamo trovare descritti casi di *addiction* senza *dependence*, ossia il bisogno imprescindibile di mettere in atto dei comportamenti significativi in assenza di una dipendenza fisica vera e propria: è il caso delle forme di dipendenza senza sostanze ma rivolte nei confronti di attività come, ad esempio, il gioco d’azzardo patologico. Allo stesso tempo, però, risulta possibile anche la *dependence* senza *addiction*, cioè senza sviluppare una forma patologica che conduca alla completa autodistruzione e all’isolamento dei soggetti: un esempio di questa circostanza è sicuramente la dipendenza da nicotina, nella quale l’organismo richiede la sostanza e sviluppa anche una dipendenza psicologica, ma difficilmente degenera in azioni illegali o comportamenti gravemente antisociali.

Si possono osservare tre dimensioni dell’*addiction*, nell’ordine: acuta, quando il soggetto è sotto l’effetto dell’uso della sostanza; cronica nel momento in cui il soggetto, pur continuando ad abusare della sostanza, è al contempo desensibilizzato; ed infine il *craving*, vale a dire quando la sostanza non è presente ma il soggetto ne avverte fortemente la mancanza.

Per *craving* o appetizione patologica si intende anche il desiderio irrefrenabile di assumere una sostanza, che, se non soddisfatto, provoca sofferenza fisica e psichica, accompagnata da sintomi come: astenia, anoressia, ansia e insonnia, depressione o

iperattività. Il modello chiamato “Condizionamento Operante”, ideato da Burrhus Skinner a partire dagli anni '50 del Novecento, sostiene che l'essere umano impari ad associare lo stare bene a una ricompensa; pertanto, l'individuo è portato a ricercare l'oggetto che lo fa stare bene e più lo ricerca più rinforza il bisogno di questo e quindi la dipendenza dallo stesso. Il problema nel medio termine è che la ricompensa ha un effetto benefico solo momentaneo e per fare in modo che il desiderio rimanga soddisfatto, la persona è continuamente obbligata a ricercare l'oggetto consolatorio, rendendo più forte il *craving*. Sul lungo periodo la ricerca della ricompensa non si basa nemmeno più sull'ottenimento di un benessere, ma sull'evitamento del malessere che la sua assenza provoca: infatti, la “bramosia senza piacere” è una costanza nelle forme più gravi. Il *craving* può essere misurato con diverse scale valutative, la più utilizzata è la scala Vas (*Visual Analogic Scale*) utile per due motivazioni: la prima è che permettere al paziente di darsi una valutazione da solo, mentre la seconda è che consente di osservare l'andamento della persona nel tempo; un esempio è raffigurato nell'immagine. (figura 1)

**5b. Intensità del craving per l'eroina**

Durante gli ultimi sette giorni, con quale intensità, in media, ha avvertito un bisogno urgente di fare uso di eroina?

- Quando voleva assumere eroina, con quale intensità, in media, avvertiva questa necessità?

Nulla in assoluto Estremamente intenso |—|

VAS	1	2	3	4	5
Punti	5	4	3	2	1

Figura 1 esempio scala VAS

Un elemento centrale della dipendenza è l'emivita, ovvero la durata: più l'effetto è breve più è rapido il disagio astinenziale e più intensa sarà la ricerca di una nuova assunzione. Il piacere comporta il desiderio, ma sono i circuiti dello stress, attivati dal disagio astinenziale, a creare dipendenza e perdita del controllo. Quindi, si può affermare che più velocemente agisce la sostanza e tanto più forte sarà il *craving*. Il piacere, la rapidità e la breve emivita sono le premesse per la dipendenza: un esempio di ciò può essere il gioco sotto forma di gratta e vinci.

Secondo uno degli esperti più autorevoli in materia, Mark Griffiths<sup>3</sup>, le caratteristiche condivise da tutte le dipendenze sono sei:

- Alterazioni del tono dell'umore: sia la sostanza psicotropa che il comportamento, inizialmente offrono una sensazione oggettiva di piacere, con effetti che possono essere sia eccitanti aumentando le sensazioni positive, contrastando quelle negative; sia tranquillanti con un abbassamento della tensione e dello stress.
- La tolleranza: è il processo per cui un individuo ha bisogno di una sempre crescente quantità di sostanza o di tempo impiegato a svolgere il comportamento per ottenere lo stesso effetto di modificazione dell'umore iniziale.
- Sintomi di astinenza: quando il comportamento viene ridotto o cessato l'individuo sperimenta degli stati emotivi spiacevoli e/o effetti fisici, come malumore e irritabilità.
- Conflitti: Si sviluppano sia fra l'individuo e coloro che lo circondano ma anche all'interno dell'individuo stesso; gli effetti negativi di questi conflitti, provocati dall'uso cronico della sostanza o del comportamento, si ripercuotono non solo nella sfera sociale con effetti sull'occupazione e/o sull'istruzione, ma anche sulla sfera intima del soggetto.
- Ricaduta: tendenza a riprendere il comportamento o a ricominciare ad assumere la sostanza dopo un periodo di interruzione.
- Dominanza (o salienza): la sostanza in esame o il comportamento dominano continuamente il pensiero e le azioni del soggetto, il quale diventa impossibilitato a resistere all'impulso di eseguire il comportamento o di assumere la sostanza.

In conclusione, l'OMS considera la dipendenza una patologia cronica e recidivante, la riconosce cioè come una condizione che tende a durare a lungo nel tempo e a ripresentarsi periodicamente anche dopo fasi più o meno lunghe di remissione. Sia la "scivolata" che la ricaduta vanno trattate con attenzione perché possono portare allo

---

<sup>3</sup> Griffiths, M. D. (2009). *The psychology of addictive behaviour*. In M. Cardwell, L. Clark, C. Meldrum & A. Waddely (Eds.), *Psychology for A2 Level* (pp.436-471). London: Harper Collins.

scoraggiamento e all'abbandono del percorso terapeutico: il fatto di fare dei passi indietro nel percorso terapeutico produce l'effetto di Violazione dell'Astensione (AVE: *Abstinece Violation Effect*), costituito da vissuti depressivi, compromissione dell'autostima e convinzione di non farcela. La ricaduta è una regola più che l'eccezione ed è utile per imparare dall'esperienza. Circa l'80% delle persone trattate per problemi di alcol torna ad ubriacarsi almeno una volta, una percentuale compresa tra il 60 e il 90% di ex-fumatori si accende una sigaretta entro un anno da quando hanno smesso di fumare, e più del 90% dei giocatori d'azzardo che smettono faranno prima o poi qualche altra puntata: infatti, come sosteneva lo psicologo Alan Marlatt «un po' come quando si impara da andare in bicicletta, quasi tutti cadono almeno una volta».

## **2. Definizione e descrizione delle dipendenze comportamentali, uno sguardo critico sul gioco d'azzardo**

Negli ultimi decenni, le dipendenze comportamentali e il Disturbo da Gioco d'Azzardo sono diventati, in modo crescente, oggetto d'interesse della comunità scientifica e del mondo della salute pubblica. Le dipendenze comportamentali sono state concettualizzate come delle situazioni problematiche nelle quali gli oggetti di dipendenza non sono delle sostanze, ma bensì comportamenti leciti, socialmente accettati.<sup>4</sup> Secondo questa definizione, sono inclusi in questa categoria, oltre al Gioco d'Azzardo, la dipendenza da internet (*Internet Addiction*), lo shopping compulsivo, la dipendenza da smartphone (*Smartphone Addiction*), da lavoro (*Workaholism*), da sesso (*Sex-addiction*) e alcune devianze del comportamento alimentare come l'ortoressia, che consiste nella preoccupazione patologica per l'alimentazione sana<sup>5</sup>, o da allenamento sportivo, come la sindrome da *overtraining* definita come una condizione di perenne affaticamento fisico derivante da sforzi fisici continui e troppo ravvicinati.<sup>6</sup>

Numerosi studi internazionali hanno dimostrato come il gioco d'azzardo faccia parte delle esperienze di vita della maggior parte degli adolescenti e pertanto, essendo così diffuso, è necessario monitorare il suo utilizzo e indagarne le cause al fine di prevenire

---

<sup>4</sup> Alonso-Fernández, F. (1999). *Le altre droghe: alimentazione sesso televisione acquisti gioco lavoro*. Edizioni universitarie romane.

<sup>5</sup> Bratman, S., & Knight, D. (1997). *Health food junkie*. *Yoga J*, 136, 42-50.

<sup>6</sup> Urhausen, A., & Kindermann, W. (2002). *Diagnosis of overtraining*. *Sportsmedicine*, 32(2), 95-102.

l'uso problematico<sup>7</sup>. Per diverso tempo si è discusso se il gioco d'azzardo patologico andasse concettualizzato come un disturbo dello spettro impulsivo-compulsivo o come “dipendenza comportamentale”.<sup>8</sup> Le evidenze empiriche sembrano privilegiare questa seconda ipotesi, mostrando diverse somiglianze tra le dipendenze comportamentali e le dipendenze da uso di sostanze in molti domini, tra i quali i fattori di rischio, la tolleranza, la fenomenologia, l'insorgenza e il decorso del disturbo, l'efficacia del trattamento e il funzionamento neurocognitivo<sup>9</sup>. Un'altra argomentazione a sostegno di questa tesi è quella che riguarda gli elevati tassi di comorbidità, ossia la presenza contemporanea, nello stesso individuo, di due o più disturbi delle dipendenze comportamentali e dipendenze da uso di sostanze e viceversa.

Sebbene diverse dipendenze comportamentali, come per esempio lo shopping compulsivo, la dipendenza sessuale o da smartphone, sembrino essere maggiormente associabili a soggetti adulti, è stato dimostrato che l'insorgenza di molti di questi disturbi comportamentali si verifica durante l'infanzia, l'adolescenza<sup>10</sup> e/o la prima fase adulta.

La ormai sempre più veloce diffusione delle dipendenze comportamentali in ogni fascia d'età della popolazione ha indotto le più importanti organizzazioni che si occupano di salute mentale, come “*American Psychiatric Association*” (APA) e l'OMS, a introdurli all'interno dei loro manuali diagnostici. L'ufficiale riconoscimento nei manuali fornisce ai clinici un linguaggio comune per riuscire a comunicare in merito ai loro pazienti e a stabilire delle diagnosi coerenti e affidabili, inoltre consente ai ricercatori di studiare i fenomeni a partire da linee guida chiare, in modo da contribuire allo sviluppo di adeguati interventi di cura.

Per riuscire a comprendere l'evoluzione di questo fenomeno è utile aprire una piccola parentesi storica. Le implicazioni psicopatologiche del gioco d'azzardo avevano destato l'attenzione di studiosi quali Kraepelin<sup>11</sup>, che già nel 1883 ne

---

<sup>7</sup> Qian, T. Y., Zhang, J. J., Wang, J. J., & Hulland, J. (2020). *Beyond the game: Dimensions of esports online spectator demand*. *Communication & Sport*, 8(6), 825-851.

<sup>8</sup> Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012a). *Internet and gaming addiction: a systematic literature review of neuroimaging studies*. *Brain sciences*, 2(3), 347-374.

<sup>9</sup> Kuss, D. J., Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2018). *Neurobiological correlates in internet gaming disorder: a systematic literature review*. *Frontiers in psychiatry*, 9, 166

<sup>10</sup> World Health Organization (2019). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics*. Geneva: WHO.

<sup>11</sup> Kraepelin E., (1907) *Trattato di psichiatria*. Casa Editrice dottor Francesco Vallardi

descrisse le caratteristiche denominandole come mania, e Freud, che si occupò del tema all'interno del saggio "Dostoevskij e il parricidio"<sup>12</sup> del 1927. Tuttavia, l'interesse scientifico nei confronti del gioco d'azzardo, come già detto in precedenza, è stato riconosciuto dall'APA solamente nel 1980 ed inserito prima nel DSM III, poi nel DSM III-R (APA 1987), nel quale sono stati introdotti criteri diagnostici quali tolleranza, astinenza e ripetuti sforzi per smettere o ridurre il gioco tra le caratteristiche necessarie ai fini della diagnosi del disturbo denominato *Pathological Gambling*, facente parte della classe dei disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove. Successivamente, nel DSM-IV (APA 1994) e nell'edizione revisionata DSM-IV-TR (APA 2000), incorporando le teorie emerse da vari studi e ricerche, il "Gioco d'Azzardo Patologico" è stato classificato tra i "disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove" e definito come «un comportamento persistente, ricorrente e maladattivo che compromette le attività personali, familiari o lavorative». Rispetto alle classificazioni delle precedenti edizioni, nel DSM-5 (APA, 2013), cambia la denominazione da "Gioco d'azzardo Patologico" a "Disturbo da Gioco d'Azzardo", e viene collocato nell'ambito dei "Disturbi correlati a sostanze e disturbi da *addiction*" come dipendenza comportamentale. Nell'ultima edizione DSM-5-TR (APA 2022) vengono sostanzialmente confermati i criteri e la classificazione della precedente versione.

Il Disturbo da Gioco d' Azzardo<sup>13</sup> è definito attraverso due principi fondamentali e nove criteri:

- A. un persistente e ricorrente comportamento problematico di Gioco d'azzardo da cui derivano difficoltà o disagi clinicamente significativi, come riscontrabili in un soggetto che, nell'arco di un periodo di 12 mesi, presenta quattro o più tra i seguenti sintomi:
  - 1. Bisogno di giocare d'azzardo una quantità crescente di denaro al fine di raggiungere l'eccitazione desiderata;
  - 2. Stato irritabile o irrequieto nel momento in cui si tenta di ridurre o smettere di giocare d'azzardo;

---

<sup>12</sup> Freud, S. (1927). Dostoevskij e il parricidio, in Id., Opere, vol. X, Boringhieri, Torino, 1978

<sup>13</sup> American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author



3. Ha messo in atto ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;
4. Si sente spesso preoccupato per il gioco d'azzardo. Ad esempio, ha pensieri persistenti di rivivere esperienze passate di gioco d'azzardo, di problematiche o di pianificazioni future, pensando come ottenere denaro con cui giocare;
5. Spesso gioca quando si sente a disagio, per esempio quando prova sentimenti di disperazione, senso di colpa, ansia e depressione;
6. Dopo aver perso soldi nel gioco, spesso ritenta per cercare di vincere (per "rincorrere" le perdite);
7. Mente per nascondere il coinvolgimento nel gioco d'azzardo;
8. Ha messo a repentaglio o ha perso una relazione significativa, il lavoro, lo studio o un'opportunità di carriera a causa del gioco d'azzardo;
9. Si affida agli altri per cercare denaro per rimediare alle disperate situazioni finanziarie causate dal gioco d'azzardo.

B. Il comportamento legato al gioco d'azzardo non è meglio spiegato da un episodio maniacale

Inoltre, questa classificazione permette di definire il disturbo come:

- Lieve, quando sono soddisfatti quattro o cinque criteri;
- Moderato, quando sono soddisfatti sei o sette criteri;
- Grave, quando sono soddisfatte otto o nove criteri.

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha aggiunto il Disturbo da Gioco d'Azzardo nell'undicesima versione della classificazione delle malattie (ICD-11), all'interno della categoria "disturbi da dipendenza".

Per la maggior parte delle persone il gioco d'azzardo rappresenta un'attività ricreativa, una forma di intrattenimento, e addirittura un'occasione per riuscire a legare con gli amici intorno ad occasioni di interesse comune come eventi sportivi o una partita a poker nel fine settimana. La maggior parte di queste persone gioca senza mai provare alcuna conseguenza negativa ma, per altri, questa attività rischia di diventare un comportamento incontrollabile e una compulsione. Quindi, è fondamentale

comprendere la differenza tra un gioco responsabile e controllato e il gioco problematico che conduce al Disturbo da Gioco d’Azzardo.

Secondo lo studioso Derevensky<sup>14</sup> esiste un *continuum* nel gioco d’azzardo (vedi Figura 2) che va dal gioco d’azzardo come gioco sociale, dove rientrano i cosiddetti giocatori “non problematici”, i quali giocano per divertirsi, per trascorrere del tempo in compagnia, prediligono giochi più lenti e hanno la capacità di interrompere il gioco in qualsiasi momento; per poi passare ai giocatori “problematici o a rischio” i quali non presentano ancora una vera e propria patologia ma che aumentano il tempo trascorso a giocare, la frequenza e le somme di denaro investite nel gioco, mettendo in atto un comportamento pericoloso per la loro salute fisica, mentale e sociale; fino ad arrivare ai giocatori “patologici o compulsivi”, che si trovano in una fase del disturbo conclamato e con evidenti conseguenze individuali e sociali. Per quest’ultima categoria di giocatori il gioco ormai è quotidiano e intensivo, le spese elevate comportano la necessità di indebitarsi, ma soprattutto esperiscono il *craving*.

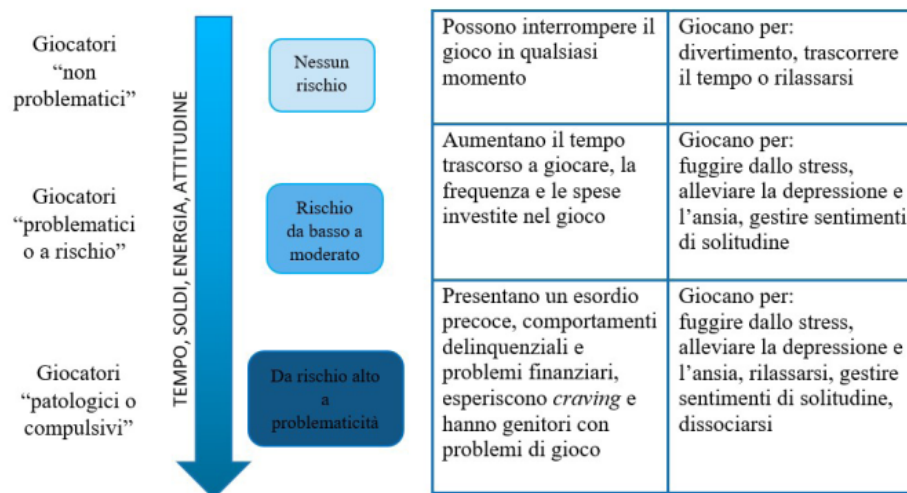


Figura 2. *Continuum* del Gioco d’Azzardo e caratteristiche associate. Fonte: rielaborazione di Derevensky, 2012

Blaszczynski e Nower<sup>15</sup> nel loro “*pathway model*” hanno individuato tre possibili strade in grado di portare allo sviluppo del Gioco d’Azzardo Patologico (figura 3).

<sup>14</sup> Derevensky, J. L. (2012). *Teen gambling: Understanding a growing epidemic*. Rowman & Littlefield Publishers

<sup>15</sup> Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). *A pathways model of problem and pathological gambling*. *Addiction*, 97(5), 487-499

- Giocatori problematici con comportamento condizionato. Sono quei giocatori che alternano un gioco regolare ad uno eccessivo a causa di carenti processi decisionali e una difficoltà nel controllo del comportamento. Tutte le caratteristiche (ad esempio, depressione, ansia, preoccupazione per il gioco d'azzardo) sono viste come una conseguenza e non come causa dell'eccessivo gioco d'azzardo. Questa tipologia di giocatori presenta un minor livello di gravità della condizione patologica.
- Giocatori con vulnerabilità emotiva. Questa tipologia inizia a giocare in età adulta e ha una storia personale caratterizzata da traumi evolutivi e disturbi d'ansia, depressivi o abuso di alcol. Questi giocatori tendono ad avere comportamenti evitanti o aggressivi-passivi ed utilizzano il gioco come mezzo di fuga emotiva attraverso la modifica dell'umore e la dissociazione. In questi casi, il gioco è motivato in gran parte dal desiderio di regolare gli stati di umore disforico e rappresenta il tentativo di soddisfare i propri bisogni psicologici.
- Giocatori con disturbi degli impulsi e comportamento antisociale. Sono la categoria che presenta il livello più alto di gravità, con tratti di impulsività e disfunzioni neurologiche e neurochimiche ed un Disturbo di Personalità Antisociale. Tendono a mostrare una serie di problematiche indipendenti dal gioco, come per esempio abuso di sostanze, ricerca di sensazioni forti (*sensation seeking*), attività criminali, scarse capacità relazionali. Molto spesso cominciano a giocare in età molto giovane.

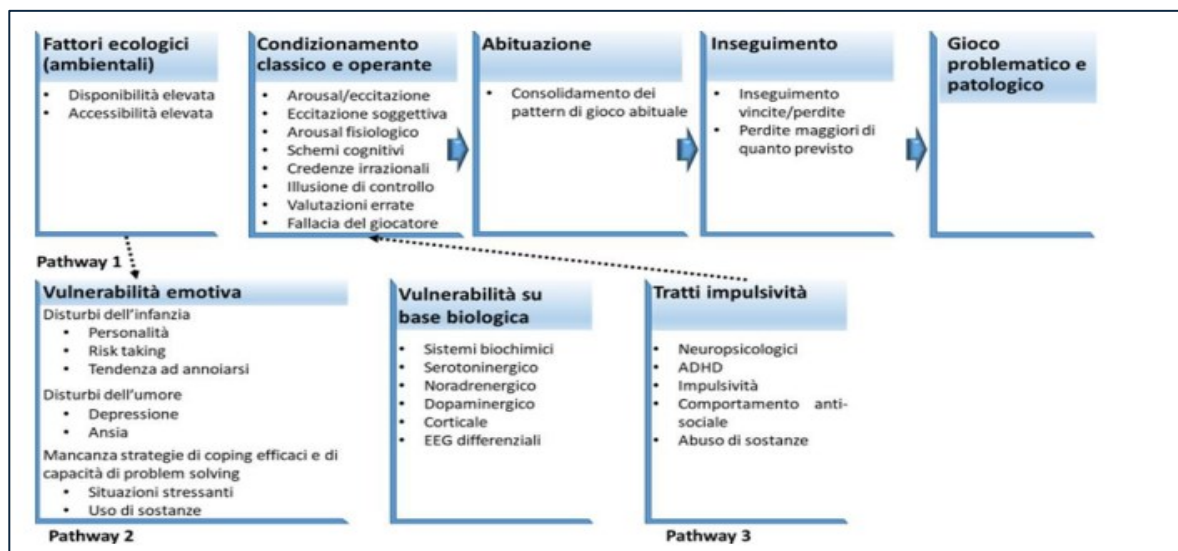


Figura 3. Modello patologico di Blaszczynski e Nower (2002).

### 3. Analisi dei dati riguardanti il gioco d'azzardo

La dimensione del fenomeno del gioco d'azzardo in Italia è difficilmente stimabile, in quanto la maggior parte delle ricerche epidemiologiche condotte riguarda soprattutto le dipendenze da sostanze. Secondo il Ministero della Salute (2023), la popolazione italiana totale è stimata in 59 milioni di persone di cui il 54% sarebbero giocatori d'azzardo. La stima di quanti tra questi sviluppino una patologia per il gioco d'azzardo varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale. Prendendo in considerazione alcune indagini condotte possiamo farci un'idea di quali siano i veri numeri che riguardano questo fenomeno. Un'indagine del DPA (Dipartimento Politiche Antidroga) eseguita su un campione totale di 34.328 soggetti, tra i 15 e i 19 anni attraverso il questionario LIE-BET Q<sup>16</sup>, ha mostrato la presenza di comportamenti problematici legati al gioco almeno una volta nella vita nel 21,4% dei maschi e nel 9,4% delle femmine. Un'altra indagine importante è quella condotta dall'IPSAD 2007-2008 del Cnr (Consiglio nazionale delle ricerche), la quale ha rilevato un rischio minimo nel 14,4%, un rischio moderato nel 4,6% e un gioco d'azzardo patologico nello 0,8% dei casi tra i soggetti nella fascia d'età compresa dai 15 ai 64 anni. Da alcuni autori (Rahman et al, 2012) è stata studiata la relazione tra età di inizio al gioco d'azzardo e il gioco d'azzardo patologico negli adolescenti, rilevando che le

<sup>16</sup> *Lie-bet questionnaire*, Johnson EE, Hamer R, Nora RM (1997); Johnson EE, Hamer R, Nora RM (1998)

persone che iniziano a giocare in giovane età sono attratte da giochi non strategici come le slot machines. Inoltre, da uno studio condotto dal Professor Raisamo nel 2012 sugli adolescenti, è emerso che il 40% di questi è un giocatore d'azzardo da almeno 6 mesi, il 32% è composto da giocatori occasionali con frequenza mensile o addirittura inferiore e il 12% da giocatori con frequenza giornaliera. Un'indagine molto utile per comprendere la complessità del fenomeno negli adolescenti è lo studio ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*)<sup>17</sup> che dal 1995 raccoglie, attraverso un questionario, informazioni relative ai consumi di sostanze psicoattive, alla loro disponibilità e alla percezione del rischio ad esse associato e restituisce una panoramica generale inerente alla diffusione di questi comportamenti, prendendo in esame un campione composto da studenti e studentesse di età compresa fra i quindici e i diciannove anni sui territori dei diversi paesi europei. Nel tempo il questionario si è arricchito di ulteriori domande evolvendosi ed adattandosi al comportamento degli adolescenti. Gli aggiornamenti apportati permettono di ottenere preziosi dati riguardanti le dipendenze comportamentali ed altre attività a rischio: in particolare, vengono raccolte informazioni relative al gioco d'azzardo e all'utilizzo di *internet* e dei *social media*.

Nel 2021, tramite i risultati della ricerca, è emerso che il gioco d'azzardo è stato praticato almeno una volta nel corso della vita da circa metà del campione (maschi 55,7%; Femmine 44,3%), e dal 42% nel corso dell'anno precedente la somministrazione del questionario (maschi 48,2%; femmine 35,8%). Dal 2009, anno della prima rilevazione, la quota di studenti 15-19enni che afferma di aver giocato d'azzardo nella loro vita è diminuita, passando dal 51,6% al 50,1% nel 2021. Tuttavia, dal 2018, la percentuale è in aumento, infatti, in quest'anno era pari al 43,2%, mentre nel 2021 è del 50,1% appunto. Per quanto riguarda la prevalenza del gioco su base annua, si evidenzia una tendenza in calo fino al 2017, seguita da un aumento momentaneo nel biennio 2018-2019 e risulta nuovamente in calo nell'ultima rilevazione. (vedi figura 4)

---

<sup>17</sup> Biagioni, S., & Molinari, S. (2021). *ESPAD #iorestoacasa 2020. I comportamenti a rischio durante il primo lockdown tra gli studenti dai 15 ai 19 anni*. Pisa: IFC.  
Disponibile in: [https://www.epid.ifc.cnr.it/wp-content/uploads/2021/01/ESPAD-iorestoacasa-2020\\_ISBN-22.02.2021-LEGGERO.pdf](https://www.epid.ifc.cnr.it/wp-content/uploads/2021/01/ESPAD-iorestoacasa-2020_ISBN-22.02.2021-LEGGERO.pdf) [29 gennaio 2021]

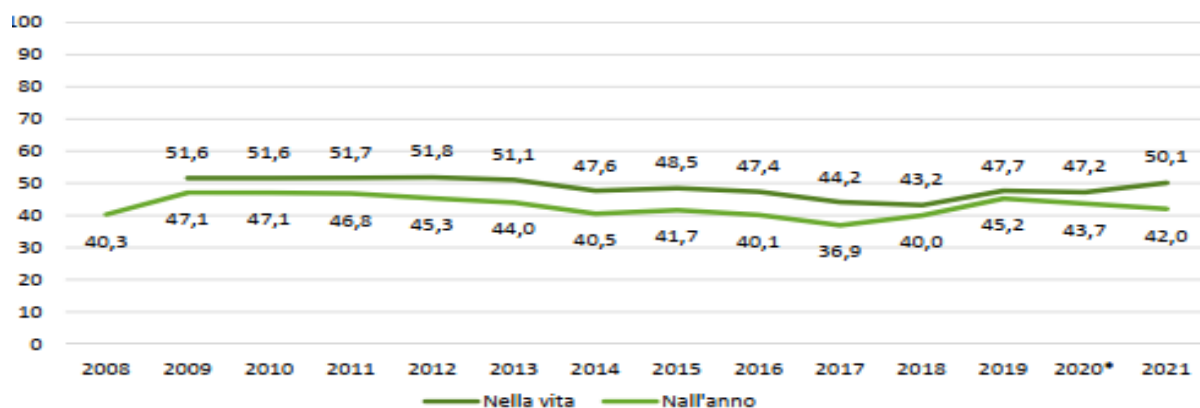


Figura 4. Espad Italia- anni 2009-2021- gioco d'azzardo nella vita e nell'ultimo anno: trend percentuale.

Questa ricerca riesce ad evidenziare come siano presenti delle sostanziali differenze legate al genere in tutte le fasi dello sviluppo della patologia: nell'età di esordio del disturbo, nelle motivazioni che spingono a giocare, nella scelta delle diverse tipologie di giochi d'azzardo e nelle problematiche associate al disturbo. (vedi tabella I)<sup>1819</sup>

	MASCHI	FEMMINE
<b>ESORDIO DEL DISTURBO</b>	In adolescenza	In età adulta (intorno ai trent'anni)
<b>MOTIVAZIONI</b>	Ricerca di emozioni positive (eccitazione) o di stimoli sensoriali	Fuga da stati emotivi negativi (stress, ansia, depressione)
<b>PREFERENZE DI GIOCO</b>	<b>Giochi strategici:</b> - Commesse sportive - Giochi da casinò	<b>Giochi non strategici:</b> - Gratta & Vinci - Slot machine
<b>PROBLEMATICHE FREQUENTI</b>	- Abuso di alcol e sostanze - Comportamento aggressivo - Impulsività	- Distress psicologico - Comorbidità psichiatrica - Disoccupazione - Ideazione suicidaria

Tabella I. differenze di genere

<sup>18</sup> Donati, M. A., Primi, C., Iozzi, A., & Boncompagni, J. (2020). Il gioco d'azzardo nelle adolescenti: analisi del comportamento e dei fattori di rischio attraverso la Gambling Behavior Scale-For Adolescents (GBS-A). *Il gioco d'azzardo nelle adolescenti: analisi del comportamento e dei fattori di rischio attraverso la Gambling Behavior Scale-For Adolescents (GBS-A)*, 97-119

<sup>19</sup> McCormack, A., Shorter, G. W., & Griffiths, M. D. (2014). An empirical study of gender differences in online gambling. *Journal of Gambling Studies*, 30(1),71-88

I risultati ottenuti analizzando la totalità del campione vengono confermati prendendo in considerazione i dati riguardanti i comportamenti dei singoli generi. Pur mantenendo esiti simili, le prevalenze maschili risultano sempre più alte di quelle femminili. Nell'ultima rilevazione, infatti, la percentuale di ragazze che ha giocato nell'ultimo anno risulta pressoché stabile rispetto a quanto osservato nel 2019, mentre, fra i ragazzi, la riduzione di tale comportamento risulta più marcata. (vedi figura 5)

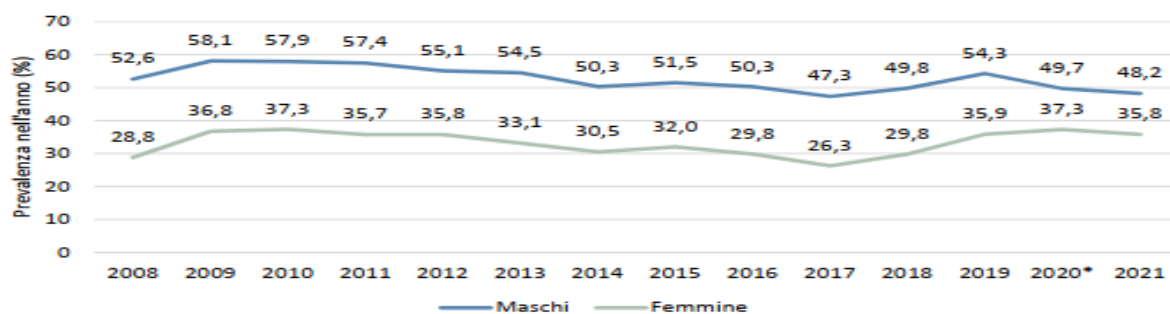


Figura 5. Espad Italia 2011-2021 gioco d'azzardo nella popolazione studentesca: trend per genere

Come osservato dalla precedente analisi, si notano quote maggiori di giocatori fra i ragazzi, e si evince che le percentuali maschili tendono a crescere con l'aumentare dell'età. Inoltre, si può notare come il gioco d'azzardo sia un comportamento praticato anche dagli studenti minorenni. Il 46,6% degli studenti nella fascia d'età 15-17 anni ha giocato almeno una volta nella propria vita e il 39,2% nell'ultimo anno. Tuttavia, oltre un terzo degli studenti, il 34,5%, afferma che da minorenni gli è stato impedito di praticare un gioco in denaro in quanto vietato. (vedi figura 6)

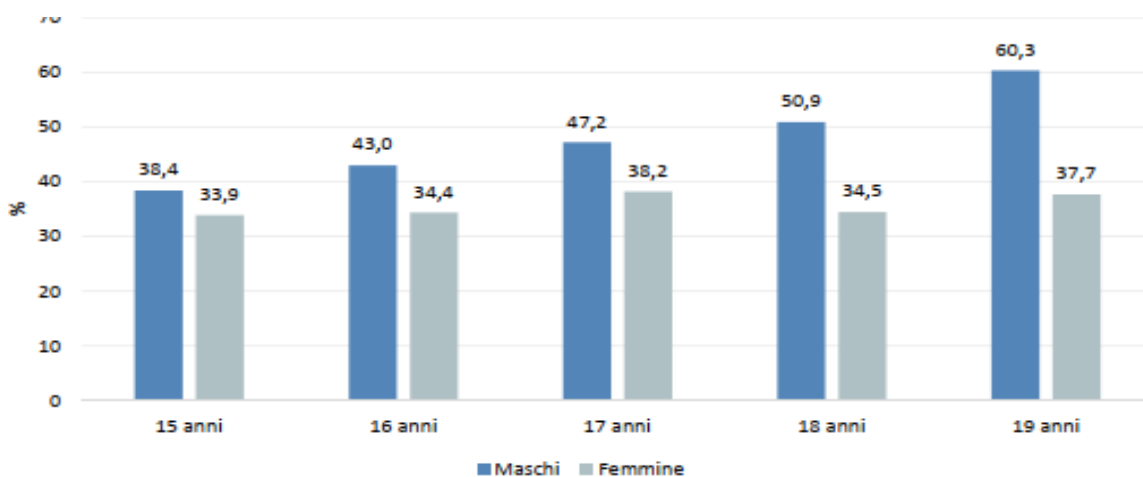


figura 6. ESPAD Italia Gioco d'azzardo nell'ultimo anno per genere ed età

Le stime indicano che gli adolescenti che si dedicano al gioco d'azzardo sono molti di più rispetto agli adulti e che circa un ragazzo su dieci manifesta comportamenti problematici.<sup>20</sup> Queste differenze osservate nei tassi di gioco problematico tra giovani e adulti hanno molteplici spiegazioni: in primo luogo, l'adolescenza è un periodo di transizione caratterizzato da comportamenti a rischio,<sup>22</sup> di conseguenza si osserva, nella maggior parte dei casi, una riduzione delle azioni e dei comportamenti a rischio (incluso il gioco d'azzardo) man mano che i soggetti crescono e assumono responsabilità da adulti, come avere un lavoro a tempo pieno, sposarsi o avere un figlio; in secondo luogo, l'attuale generazione di ragazzi è la prima a crescere in una società in cui il gioco d'azzardo è generalmente accettato e molto facilmente disponibile.

A sostegno di questa tesi ci sono i dati emersi dalla ricerca, nella quale si nota che i Gratta&Vinci risultano essere il gioco più popolare tra gli studenti giocatori (72%) e, in particolare tra le ragazze (80,9). Seguono le scommesse calcistiche come il totocalcio con il 34,8% e altri giochi d'azzardo come i dadi o la roulette con il 26,7%; in questo caso i giochi sono particolarmente comuni tra i ragazzi. Le differenze di genere più marcate si osservano nelle scommesse virtuali (maschi 26,8%; femmine 3%). (vedi figura 7)

---

<sup>20</sup> Calado, F., Alexandre, J., & Griffiths, M. D. (2017). *Prevalence of adolescent problem gambling: A systematic review of recent research. Journal of gambling studies, 33*(2), 397-424.

<sup>21</sup> Dowling, N. A., Merkouris, S. S., Greenwood, C. J., Oldenhof, E., Toumbourou, J. W., & Youssef, G. J. (2017). *Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Clinical psychology review, 51*, 109-124.

<sup>22</sup> Arnett, J. (1992). *Reckless behavior in adolescence: A developmental perspective. Developmental review, 12*(4), 339-373.



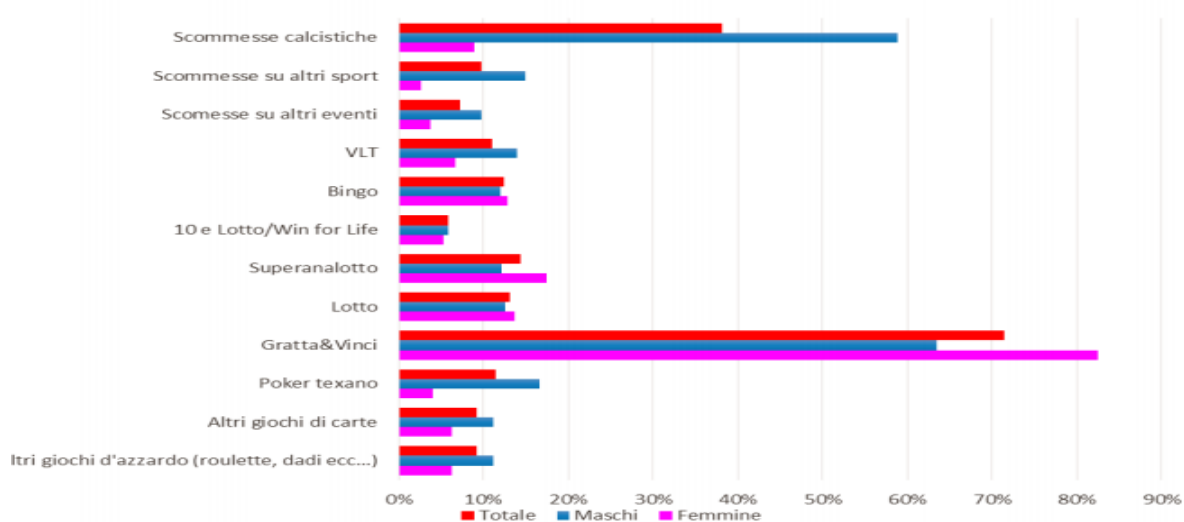


Figura 7. Fonte ESPAD,2020

#### 4. Approfondimento sulla legislazione vigente in Italia per contrastare il Gioco d’Azzardo

Il gioco pubblico è un settore di attività riservato allo Stato: infatti l’art. 1 del D.Lgs. n. 496/1948 prevede che «l’organizzazione e l’esercizio di giochi di abilità e di concorsi pronostici, per i quali si corrisponda una ricompensa di qualsiasi natura e per la cui partecipazione sia richiesto il pagamento di una posta in denaro, sono riservati allo Stato».

In particolare, i giochi d’azzardo sono definiti dall’art.721 del Codice penale come «quelli nei quali ricorre il fine di lucro e la vincita o la perdita è interamente o quasi interamente aleatoria». Quindi, il gioco è definito d’azzardo quando concorrono due elementi: l’aleatorietà della vincita o della perdita e il fine di lucro. I giochi d’azzardo, disciplinati dal Codice penale, sono vietati nella misura in cui essi mettano in pericolo la sicurezza e la dignità umana. Le condotte penalmente punibili sono sia quella dell’organizzatore di tali giochi, sia quella del giocatore stesso, purché colto nell’atto.<sup>23</sup>

<sup>23</sup> Inoltre, l’art. 723 c.p. stabilisce che esistono anche dei giochi che, pur non essendo qualificabili come giochi d’azzardo ai sensi dell’art. 721 c.p., sono comunque “vietati dall’Autorità”, in base a quanto stabilito dall’art. 110 del TULPS. Quest’ultima disposizione, detta una serie di precisazioni che consentono di individuare gli apparecchi da intrattenimento leciti, punisce chi gestisce, giochi in astratto leciti, ma con apparecchi non rispondenti alle prescrizioni della stessa norma (art. 110, commi 6 e 7, TULPS), e quindi, come tali, d’azzardo in luoghi pubblici o aperti al pubblico.

In Italia il mercato del gioco d'azzardo legale si articola in due filiere: la prima, del gioco pubblico, è gestito dall'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (AAMS) che controlla i giochi più diffusi: lotto, superenalotto, Gratta&Vinci, scommesse sportive, bingo e apparecchi elettronici da intrattenimento attraverso una rete di concessionari; la seconda filiera riguarda l'attività delle cosiddette "case da gioco" autorizzate o casinò. Si tratta di società per azioni il cui capitale è detenuto dalle amministrazioni concedenti. In Italia sono presenti e attive quattro strutture: Saint Vincent (AO), Venezia (VE), Sanremo (IM) e Campione d'Italia (CO) (Gandolfo e De Bonis 2011).

Al vertice della prima filiera, è posta la Pubblica amministrazione (AAMS), che disciplina la materia. Mentre al vertice dell'altra filiera si collocano i concessionari multiprodotto e quelli autorizzati a gestire in via esclusiva un determinato gioco come, per esempio, Sisal S.p.a. per il Superenalotto e Snai S.p.a. per le scommesse sportive e ippiche. Alla base della filiera troviamo gli esercenti e gli operatori che erogano il gioco al cliente finale (Gandolfo e De Bonis 2011)

Il modello di regolamentazione per i giochi e le scommesse adottato in Italia si fonda sull'affidamento in via esclusiva all'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, che nasce dall'accorpamento effettuato a partire dal 1° dicembre 2012 dell'AAMS nell'Agenzia delle Dogane del controllo del settore (Calvosa 2013). Storicamente, l'AAMS, istituita con r.d.l n. 2258/1927, esercitava la gestione dei monopoli sui Sali, i tabacchi e il chinino, mentre, dal 1948 in avanti, ha acquisito le competenze statali in materia di giochi e scommesse. Con il D.L. n.138/2002, all'Amministrazione sono demandate tutte le funzioni in materia di organizzazione ed esercizio dei giochi e delle scommesse. L'AAMS rilascia a soggetti terzi le concessioni per poter esercitare le singole tipologie di giochi e inoltre, controlla che vengano effettuati gli adempimenti che spettano a tutti gli operatori e concessionari, contrastando il gioco illegale.

Nell'ultimo decennio si è intensificata l'apertura del mercato dei giochi ai privati, creando così l'ampliamento dell'offerta e la conseguente crescita del numero di operatori. Il processo di apertura, iniziato già nel 2000, ha permesso la vendita di nuove tipologie di scommesse sportive e l'ingresso in questo mercato di nuovi operatori, ai quali è stata concessa la commercializzazione dei giochi in regime concessorio (Calvosa 2013). Inoltre, sono aumentati sia il numero che le specie di giochi offerti al

pubblico. La gamma dei giochi disponibili e offerti al pubblico si divide in: giochi tradizionali, introdotti precedentemente al 2000, e i giochi di nuova introduzione inseriti successivamente; altre distinzioni sono basate sulle abilità del giocatore o sulla prevalenza della componente fortuita (Gandolfo e De Bonis 2011). In merito, il decreto Bersani <sup>24</sup> ha previsto l'apertura del mercato a nuovi operatori mediante un nuovo bando per l'assegnazione delle concessioni, diminuendo così il potere delle agenzie di scommesse e ha inoltre regolamentato i giochi con partecipazione a distanza.

A tal proposito è interessante aprire una parentesi legata alla regolamentazione del fenomeno del gioco d'azzardo online. L'elaborazione della normativa sul tema è molto complessa, ma si possono individuare quattro provvedimenti che hanno segnato l'evoluzione del fenomeno: il decreto di "Inibizione dei siti di gioco non autorizzati", il decreto Bersani, il decreto Abruzzo e il decreto Balduzzi. Il primo volto a contrastare il gioco illecito è il decreto di "Inibizione dei siti di gioco non autorizzati", che vuole dare attuazione alle disposizioni presenti nel art.1 della legge finanziaria varata nel 2006, la quale prevede che l'AAMS stili periodicamente una sorta di "lista nera" di siti da oscurare<sup>25</sup>. Il secondo provvedimento è il decreto Bersani (L. 248/2006), che liberalizza il mercato del gioco eliminando la previsione delle concessioni per i giochi online, conservando, tuttavia, il rilascio delle licenze da parte dell'AAMS e regolarizzando le scommesse a quota fissa a distanza con interazione diretta tra giocatori. Il terzo provvedimento è il decreto Abruzzo (L.77/2009) il quale ha previsto l'introduzione dei giochi da casinò virtuali. Infine, si ricorda il decreto Balduzzi (l.189/2012) che ha introdotto importanti misure di prevenzione contro il gioco d'azzardo. La legge ha sancito l'obbligo di pubblicazione delle probabilità di vincita dei giochi, e per quelli ai quali non è stata indicata in modo univoco, questa si allinea alla probabilità per il corrispondente gioco in forma fisica. Per riuscire a comprendere nel miglior modo possibile la portata del fenomeno del gioco d'azzardo online è utile confrontarlo con il gioco d'azzardo fisico. (Vedi tabella II)

---

<sup>24</sup> D.l. n. 223 del 4 luglio 2006, convertito in legge n. 248 del 4 agosto 2006.

<sup>25</sup> Documento aggiornato al 27/10/2023 con validità dal 11/11/2023. Un elenco aggiornato è consultabile al link: [https://www.adm.gov.it/portale/documents/20182/109453590/elenco\\_siti\\_inibiti.pdf/4615c98e-a9c3-2098-2c66399c1f4996ae?t=1698411146547](https://www.adm.gov.it/portale/documents/20182/109453590/elenco_siti_inibiti.pdf/4615c98e-a9c3-2098-2c66399c1f4996ae?t=1698411146547)

**Tabella a IX.63 - Gioco fisico vs gioco a distanza**

Tipologia di gioco	Raccolta			Vincite			Spesa		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Gioco fisico	74.075,30	39.048,88	44.000,91	56.502,13	28.768,14	32.228,84	17.573,17	10.280,73	11.772,08
Gioco a distanza	36.388,88	49.206,00	67.178,77	34.542,64	46.534,38	63.452,99	1.846,36	2.671,59	3.718,61
<b>Totale</b>	<b>110.464,18</b>	<b>88.254,88</b>	<b>111.179,68</b>	<b>91.044,77</b>	<b>75.302,52</b>	<b>95.681,83</b>	<b>19.419,53</b>	<b>12.952,32</b>	<b>15.490,69</b>

Fonte: elaborazione dati ADM

Valori espressi in milioni di euro

Tabella II

Adesso prenderemo in esame le norme che lo Stato italiano ha introdotto per fronteggiare il disturbo da gioco d'azzardo. È un argomento complesso in quanto le leggi in materia di giochi e scommesse devono tenere in considerazione contemporaneamente le esigenze degli operatori del settore, (amministrazioni concedenti, concessionari e gestori) e la tutela degli interessi pubblici. Questi ultimi sono nell'ordine: la tutela dei consumatori dalle possibili derive problematiche del gioco, l'interesse fiscale dello Stato, e l'ordine pubblico. Considerando quest'ultimo, si riscontra come questo determinato settore sia soggetto a frodi e ad attività di riciclaggio di denaro sporco, per questo la legislazione italiana, come sottolineato dalla giurisprudenza di legittimità<sup>26</sup>, si «propone di canalizzare la domanda e l'offerta del gioco in circuiti controllabili al fine di prevenirne la possibile degenerazione criminale». Per quanto riguarda l'interesse fiscale, lo scopo dello Stato è duplice: da una parte fare cassa con i sistemi di prelievo dei giochi pubblici, dall'altra utilizzare una parte dei ricavi così ottenuti per la promozione e il finanziamento di attività culturali. Infine, a tutela dei consumatori, negli ultimi anni sono state approvate misure *ad hoc* per la protezione dei giocatori, soprattutto i minorenni e i soggetti più deboli.

Le principali misure di contrasto al gioco d'azzardo patologico sono state introdotte nel 2012 dal decreto Balduzzi e dalle disposizioni adottate in sua attuazione, ma in realtà già nel 2001 il Ministero della Sanità aveva previsto che la dipendenza da gioco

<sup>26</sup> Cassazione, 2004

d'azzardo rientrasse tra le sindromi che necessitano dei livelli essenziali di assistenza<sup>27</sup>. (tabella III)

Riferimento	Contenuto
Decreto P.C.M. 29 novembre 2001	Inserimento della dipendenza da gioco d'azzardo tra le sindromi che necessitano i livelli essenziali di assistenza (LEA) da parte del Ministro della Sanità <sup>19</sup> .
Legge n. 220/2010 Legge di stabilità 2011	Introduzione di una serie di misure per la prevenzione, il contrasto e il recupero di fenomeni di ludopatia conseguente a gioco compulsivo.
D.l. n. 98/2011	Rafforzamento del divieto di partecipazione ai giochi pubblici con vincita in denaro per i minori di 18 anni con conseguente inasprimento delle relative sanzioni.
D.l. n. 158/2012, convertito in Legge n. 189/2012 Decreto Balduzzi	Inserimento della prevenzione, della cura e della riabilitazione dalla ludopatia nell'ambito dell'attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria da assicurare alle "persone affette da dipendenze patologiche o comportamenti di abuso di sostanze" (art.5).
	Dal 1° gennaio 2013 <b>divieto di pubblicazione dei messaggi pubblicitari di giochi con vincite in denaro</b> nelle trasmissioni televisive, radiofoniche, e nelle rappresentazioni teatrali o cinematografiche rivolte prevalentemente ai giovani, nonché su giornali, riviste, pubblicazioni, , e via internet, laddove si rivolgano ai minori, senza avvertire del rischio di dipendenza dalla pratica del gioco (art. 7, co. 4).
	Introduzione di disposizioni <b>sull'individuazione di luoghi sensibili, quali istituti scolastici primari e secondari, strutture sanitarie ed ospedaliere, luoghi di culto, centri socio-ricreativi e sportivi e sulla ricollocazione dei punti della rete fisica per la raccolta del gioco</b> (art.7, co. 10).

Fonte: elaborazione Transcrime

Tabella III le misure di contrasto al gioco d'azzardo del legislatore italiano

Il D.L. n. 158 del 2012, noto come Decreto Balduzzi, ha istituito, presso le agenzie delle dogane e dei monopoli, un Osservatorio, di cui fanno parte esperti individuati dai Ministeri della Salute, dell'Istruzione, dell'Economia e delle Finanze, e anche degli esponenti delle associazioni rappresentative delle famiglie. L'Osservatorio ha il compito di individuare e valutare le più efficaci misure per contrastare la diffusione del GAP (gioco d'azzardo patologico). A tale scopo, il Piano d'Azione Nazionale GAP 2013-15, approvato dall'Osservatorio, indica le strategie da perseguire per le azioni di prevenzione del fenomeno.<sup>28</sup>

<sup>27</sup> Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket. Essi sono stati definiti con il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001, entrato in vigore il 23 febbraio 2002. I LEA sono organizzati in tre settori: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera

<sup>28</sup> Le azioni di prevenzione sono classificate in a) Prevenzione universale (PU), indirizzata alla popolazione generale (non target specifico), ad impostazione informativa/comunicativa generale; b) Prevenzione ambientale (PA), indirizzata al territorio e agli ambienti dove si concentra il rischio (sale,

La legge del 11 marzo 2014, n.23 (c.d. delega fiscale), con lo scopo di realizzare un sistema fiscale più trasparente, ha conferito delega al Governo di disciplinare anche in materia di giochi, auspicando oltre alla raccolta sistematica della materia in un codice, l'attuazione di interventi volti a tutelare i minori. Essa dispone il divieto delle pubblicità dei giochi nelle trasmissioni radiofoniche e televisive e la creazione di un fondo anti-ludopatia.

## **5. Principi di eziopatogenesi del gioco d'azzardo ed analisi dei fattori di vulnerabilità e resilienza**

In letteratura sono presenti diversi studi che cercano di comprendere gli aspetti neurobiologici (Sharpe 1995, Potenza 2001), la genetica (Ibanez 2003) e l'eziopatogenesi del gioco d'azzardo patologico. Il comportamento compulsivo, riscontrabile nelle persone affette dal disturbo, ha basi neuro-fisio-patologiche ormai ben definite che caratterizzano soggetti, vulnerabili per fattori individuali, amplificati e slantentizzati da fattori socio-ambientali, che presentano importanti modificazioni dei sistemi cerebrali come la corteccia prefrontale responsabile del controllo dei comportamenti volontari, il nucleo accumbens, il sistema della gratificazione, e l'amigdala estesa.

Il comportamento manifestato dalla persona affetta da gioco d'azzardo patologico è l'insieme di fenomeni sostenuti da fattori neuro-fisio-patologici. L'azione del gioco viene innescato da differenti impulsi e stimoli sensoriali o da un'evocazione di memoria che può andare ad influenzare la percezione del soggetto e quindi attivare reazioni comportamentali. Dunque, l'impulso può essere sia esogenico, ossia proveniente dall'esterno, sia endogenico, cioè, proveniente da ricordi ed evocazioni di memoria elaborati dai soggetti stessi. In sintesi, si può considerare il gioco d'azzardo patologico come una conseguenza di una carente capacità di autoregolazione (Goudriaan 2010). Questi disturbi sono associati ad anomalie cerebrali coinvolte nel processo di autoregolazione e controllo dei comportamenti dipendenti dalla corteccia

---

ambienti di intrattenimento, bar, internet, ecc.), ad impostazione più specifica; c) Prevenzione selettiva e indicata (PS/I), indirizzata alle persone vulnerabili (che non abbiano ancora sviluppato un gioco problematico ma per caratteristiche individuali abbiano un rischio aumentato) le persone con gioco d'azzardo problematico (con rischio evolutivo verso il gioco patologico)

prefrontale (Jentsch 1999, Rogers 2001). L' amigdala, l'insula e il sistema noradrenergico svolgono una funzione di "guida" emozionale importante per l'impulsività e l'istintività: questi macrosistemi vengono influenzati dal sistema di *reward* (ricompensa) le cui strutture più importanti sono il nucleo accumbens e l'area ventro tegmentale (sistemi dopaminergici).

Una ricerca neurobiologica, condotta da Goldstein<sup>29</sup> nel 2002, indica un anomalo funzionamento del sistema di neurotrasmissione relativo al "processo di gratificazione" cerebrale nei soggetti affetti da questo disturbo: nel gioco d'azzardo patologico si manifesta con un'alterata sensibilità alla ricompensa da vincita e alla perdita. Un'altra importante ricerca ha evidenziato come i soggetti con gioco d'azzardo patologico esprimano una preferenza per una ricompensa minore ma immediata rispetto ad una ricompensa maggiore ma successiva (Petry 1999) associata anche ad un maggiore grado di impulsività.

Bisogna ricordare che oltre alla neuro struttura, il soggetto ha un sistema cognitivo che si modella e si adatta di continuo alle condizioni socio-ambientali, grazie allo sviluppo di credenze capaci di orientare il comportamento della persona. Queste credenze spesso degenerano in distorsioni cognitive che vengono sviluppate nel tempo e fissano il comportamento, rendendo così permanente la dipendenza con un effetto circolare dove la neuroplasticità delle strutture cerebrali permette che queste convinzioni cognitive assumano una valenza neurologica che rende molto complicato la possibile modifica. Le distorsioni cognitive sono delle modalità disfunzionali di interpretare la realtà non del tutto accessibili alla consapevolezza del giocatore. Alcuni esempi di distorsioni sono<sup>3031</sup>:

- Le illusioni di controllo, per cui i giocatori custodiscono numeri, formule, giornali su cui basare le loro strategie di gioco, affermando di aver trovato un metodo per vincere, attribuendo le vincite alle proprie capacità di programmazione;

---

<sup>29</sup> Goldstein RZ, Volkow ND (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis; neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am j Psychiatry* 159; 1642-1652

<sup>30</sup> Gilovich, T. (1983). *Biased evaluation and persistence in gambling. Journal of personality and social psychology*, 44(6), 1110.

<sup>31</sup> Toneatto, T. (1999). *Cognitive psychopathology of problem gambling. Substance use & misuse*, 34(11), 1593-1604

- Le correlazioni illusorie tra eventi, per cui il giocatore ritiene che tirare i dati in modo delicato serva a ottenere un numero inferiore;
- Le quasi vincite, per cui nella mente della persona la sensazione di aver sfiorato la vittoria diventa fonte di motivazione a insistere nel gioco;

Dopo aver analizzato brevemente le distorsioni cognitive, torniamo a concentrarci sulla neuroplasticità riscontrata nelle persone affette da gioco d'azzardo patologico: queste hanno una minor flessibilità mentale, in particolare nella riformulazione e nell'utilizzo di nuove strategie cognitive e nella capacità di formulazione dei concetti. Quindi, si può dire che questi soggetti abbiano un ridotto grado di apprendimento (Cavedini 2002).

Per spiegare nel migliore dei modi come gli stimoli positivi possano attivare un comportamento di ricerca, è necessario ricordare che la produzione di gratificazione, messa in atto dai sistemi di *reward*, produce ogni volta una memorizzazione a cui corrisponde a cascata la produzione di circuiti neuronali e il modellamento cognitivo su cui si basa l'apprendimento e di conseguenza la ricerca degli stimoli considerati gratificanti. L'uomo nelle prime fasi della vita ricerca una serie di stimoli gratificanti in base alla magnitudo di gratificazione ottenibile; questi stimoli vengono classificati come stimoli efficaci a produrre gratificazione, mentre gli stimoli che danno un basso livello di gratificazione non vengono memorizzati: pertanto, il soggetto non riprodurrà quel comportamento che non gli procura gratificazione. È importante ricordare che ogni persona risponde diversamente ai vari stimoli e quindi li percepisce diversamente rilevanti, di conseguenza la magnitudo di un effetto gratificante, e la rilevanza per uno stesso stimolo, possono essere diverse da persona a persona. Ciò dipende dal tipo e dalla struttura dei sistemi di ricompensa del soggetto e da una serie di fattori cognitivi in grado di creare aspettative ed emozioni diversificate per ogni singolo soggetto. I soggetti affetti da disturbo da gioco d'azzardo apprezzano maggiormente gli stimoli provenienti dal gioco rispetto alla popolazione normale, questo in relazione alla loro diversa strutturazione dei sistemi dopaminergici: perciò, essi saranno più propensi a reiterare la fruizione di questi stimoli. Se si associa questa disfunzione alle altre presenti a livello neurocognitivo, quali i disturbi del controllo degli impulsi (impulsività e compulsività), le difficoltà di *problem solving* e *problem*



*analysis* e la scarsa flessibilità cognitiva ne esce un quadro sintomatologico complesso che spiega il comportamento dei pazienti affetti da questo disturbo.

In passato sono stati effettuati diversi studi di *brain imaging* (Potenza 2002, Bechara 2003, Best 2002) che, utilizzando le tecniche di *neuroimaging*, hanno documentato che i pazienti affetti da questo disturbo, se sottoposti a stimolo visivo evocativo del gioco d'azzardo, presentavano un'attivazione di alcune aree cerebrali con una coesistenza di una diminuzione dell'attività della corteccia prefrontale ventro-mediale e un conseguente deficit del controllo degli impulsi. A questo proposito, De Ruiter (2009) ha documentato come nei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico vi sia una mancata attivazione della corteccia prefrontale ventro-laterale destra sia in condizioni di guadagno monetario che di perdita. (figura 8)

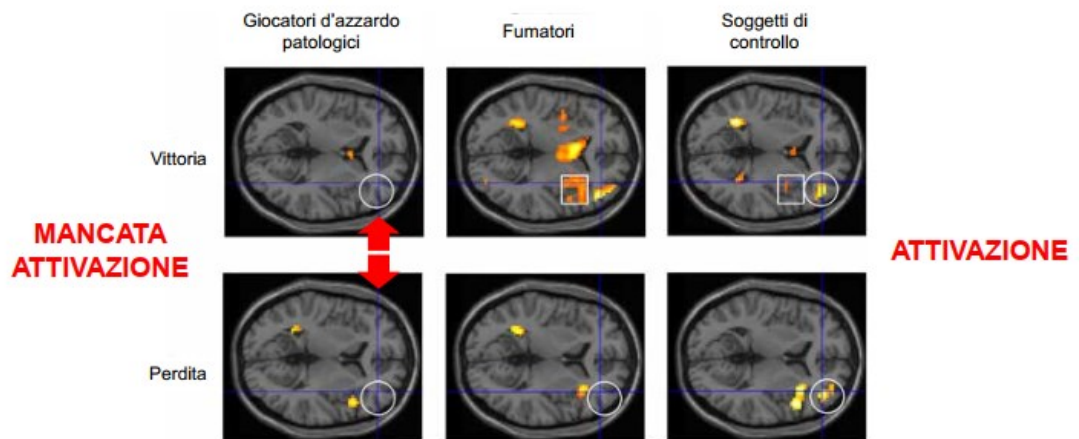


Figura 8 mancata attivazione della corteccia prefrontale ventro-laterale destra in una condizione di perdita e di vincita

Passando poi all'analisi dei fattori di rischio, questi ultimi vengono definiti come delle caratteristiche, individuali e contestuali, associate a un aumento della probabilità di sviluppare una condizione patologica. L'accesso a *Internet* costituisce un importante fattore di rischio: infatti, dei dati scientifici affermano che la partecipazione da parte degli adolescenti al gioco d'azzardo online è significativamente associata a una maggiore gravità del problema, e ancor più specificamente, che i tassi di gioco d'azzardo problematico adolescenziale sono ben cinque volte più alti tra giocatori on

line rispetto a quelli non on line.<sup>32</sup> Inoltre, è emerso che nella modalità on line vi è una tendenza a spendere una quantità maggiore di denaro.<sup>33</sup>

Tra i fattori di vulnerabilità individuale ci sono fattori biologici e psicologici. Con i primi si intende una predisposizione genetica a sviluppare problemi di salute mentale o dipendenze, dal momento che altre persone all'interno della famiglia hanno sofferto delle stesse condizioni. È importante, però, specificare che una storia familiare di dipendenza può aumentare il rischio<sup>34</sup>, ma questo non comporta automaticamente che un adolescente debba sviluppare comportamenti problematici. Un altro fattore di rischio biologico per lo sviluppo di comportamenti problematici è l'appartenenza al genere maschile<sup>35</sup>.

I fattori di rischio ambientali includono il contesto familiare, la relazione tra i pari e le politiche nazionali di *welfare*. Tra tutti, sembrano essere più importanti quelli legati alla relazione genitore-figlio. A tal riguardo è emerso che le condizioni patologiche si sviluppano più facilmente quando sono presenti diverse situazioni, quali problemi familiari, un abuso di sostanze da parte dei genitori, appartenenza a una famiglia monoparentale, degli stili genitoriali inadeguati inclusi mancata comunicazione e delle cattive pratiche disciplinari.<sup>36,37</sup>

A livello ambientale, soprattutto in adolescenza, ha un ruolo fondamentale il gruppo dei pari: infatti, relazionarsi con i pari che presentano dei comportamenti problematici sembra essere correlato ad una più elevata probabilità di sviluppare disturbi legati al

---

<sup>32</sup> Potenza, M. N., Wareham, J. D., Steinberg, M. A., Rugle, L., Cavallo, D. A., Krishnan-Sarin, S., & Desai, R. A. (2011). *Correlates of at-risk/problem internet gambling in adolescents*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(2), 150-159.

<sup>33</sup> Canale, N., Vieno, A., & Griffiths, M. D. (2016). *The extent and distribution of gambling-related harms and the prevention paradox in a British population survey*. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(2), 204-212.

<sup>34</sup> Slutske, W. S. (2019). *Genetic and environmental contributions to risk for disordered gambling*. In *Gambling disorder* (pp. 73-100). Springer, Cham

<sup>35</sup> Huggett, S. B., Winiger, E. A., Palmer, R. H., Hewitt, J. K., Corley, R. P., & Stallings, M. C. (2021). *The structure and subtypes of gambling activities: Genetic, psychiatric and behavioral etiologies of gambling frequency*. *Addictive Behaviors*, 113, 106662.

<sup>36</sup> Lussier, I. D., Derevensky, J., Gupta, R., & Vitaro, F. (2014). *Risk, compensatory, protective, and vulnerability factors related to youth gambling problems*. *Psychology of Addictive behaviors*, 28(2), 404.

<sup>37</sup> Lee, G. P., Stuart, E. A., Ialongo, N. S., & Martins, S. S. (2014). *Parental monitoring trajectories and gambling among a longitudinal cohort of urban youth*. *Addiction*, 109(6), 977-985

gioco d'azzardo.<sup>38</sup> Per quanto riguarda le politiche di *welfare*, indagini cross-culturali hanno evidenziato che gli adolescenti originari da paesi con politiche di *welfare* limitate hanno degli esiti sanitari peggiori. In modo analogo gli individui provenienti da paesi contraddistinti da un minore investimento sulla prevenzione sociale hanno evidenziato dei livelli inferiori di salute percepita<sup>39</sup>. Tuttavia, nonostante l'importante ruolo che le politiche di *welfare* sociale, a livello nazionale, con finalità preventive, possono avere nell'influenzare la salute dei giocatori, alcuni autori, in letteratura, hanno dimostrato come negli studi sia stata prestata scarsa attenzione all'analisi del loro contributo<sup>40</sup>.

Uno studio di Espad-Italia (2011)<sup>41</sup> condotto sul gioco d'azzardo ha evidenziato come il rischio di sviluppare il disturbo sia superiore per gli adolescenti che vivono in regioni più svantaggiate<sup>42</sup>. Infatti, è emerso che esiste una differenza tra Sud e Nord nella diffusione del gioco d'azzardo patologico in Italia, con una maggiore prevalenza nelle regioni del sud, nelle isole e al centro, con l'11% in Sicilia e Abruzzo. Nello specifico gli studenti adolescenti che vivono in regioni dove è presente un marcato gap socioeconomico hanno maggiori probabilità di diventare giocatori a rischio e problematici<sup>43</sup>.

Veniamo ora ai fattori protettivi, i quali vengono concettualizzati come condizioni legate ad una diminuzione della probabilità di sviluppare problemi di gioco, così come schematizzato nella figura 12 sottostante. (vedi tabella IV).

---

<sup>38</sup> Fröberg, F., Modin, B., Rosendahl, I. K., Tengström, A., & Hallqvist, J. (2015). *The association between compulsory school achievement and problem gambling among Swedish young people*. *Journal of Adolescent Health, 56*(4), 420-428.

<sup>39</sup> Sarti, S., Alberio, M., & Terraneo, M. (2013). *Health inequalities and the welfare state in European families*. *J. Soc. & Soc. Welfare, 40*, 103.

<sup>40</sup> Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., ... & Currie, C. (2012). *Adolescence and the social determinants of health*. *The Lancet, 379*(9826), 1641-1652.

<sup>41</sup> Molinaro, S., Chiellini, P., Scalese, M., ... & Doveri, C. (2011). ESPADITALIA®. INDAGINE SUL CONSUMO DI ALCOL E ALTRE SOSTANZE NELLA POPOLAZIONE SCOLASTICA. Pisa: IFC. Disponibile in: [https://www.epid.ifc.cnr.it/wpcontent/uploads/2016/10/images\\_downloads\\_MaterialeDivulgativo\\_opuscolo\\_EspadItalia\\_2011.pdf](https://www.epid.ifc.cnr.it/wpcontent/uploads/2016/10/images_downloads_MaterialeDivulgativo_opuscolo_EspadItalia_2011.pdf)

<sup>42</sup> Gori, M., Potente, R., Pitino, A., Scalese, M., Bastiani, L., & Molinaro, S. (2015). *Relationship between gambling severity and attitudes in adolescents: findings from a population-based study*. *Journal of Gambling Studies, 31*(3), 717-740.

<sup>43</sup> Canale, N., Vieno, A., Lenzi, M., Griffiths, M. D., Borraccino, A., Lazzari, G., ... & Santinello, M. (2017). *Income inequality and adolescent gambling severity: Findings from a large-scale Italian representative survey*. *Frontiers in Psychology, 8*, 1318.

Fattori di protezione del Disturbo da Gioco d'Azzardo	
Fattori individuali	Fattori ambientali
Genere femminile	Monitoraggio dei genitori
Buoni livelli di autostima	Coesione familiare
Strategie di <b>coping</b> adattive	Impostazione di regole precise e condivise
Intelligenza emotiva	Supporto familiare
Benessere psicofisico	Attaccamento genitoriale sicuro
Automonitoraggio	Protezione nei confronti dei figli
Resilienza	Sana comunicazione tra i familiari
Competenze interpersonali	Impegno scolastico
Comprensione della casualità e della probabilità	Relazioni supportive tra pari
	Migliore disciplina scolastica

Tabella IV sintesi dei fattori protettivi del gioco d'azzardo, in rosa sono descritti i fattori del contesto ambientale e in verde i fattori legati al rapporto tra pari

Da un punto di vista relazionale il sostegno sociale, la connessione con la scuola ma soprattutto il monitoraggio da parte dei genitori svolgono un ruolo protettivo.<sup>44,45</sup> Da differenti studi, presenti in letteratura, è emerso che la conoscenza da parte dei genitori, compreso l'utilizzo di strategie di controllo comportamentale come l'impostazione di regole, riducono nei giovani i comportamenti a rischio.<sup>46</sup> Inoltre, si è visto che il monitoraggio dei genitori è uno dei fattori protettivi più potenti per il gioco d'azzardo adolescenziale e che la cura dei genitori espressa come empatia, calore emotivo e affetto è stata associata a punteggi più bassi nei risultati del gioco d'azzardo<sup>47</sup>. Le relazioni strette, così come le connessioni con i gruppi religiosi, spirituali e culturali possono avere influenze positive sugli adolescenti ed essere fattori protettivi per i comportamenti problematici. Dunque, avere buoni rapporti con

<sup>44</sup> Dickson, L., Derevensky, J. L., & Gupta, R. (2008). *Youth gambling problems: Examining risk and protective factors*. *International Gambling Studies*, 8(1), 25-47.

<sup>45</sup> Sheard, 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(1), 39.

<sup>46</sup> Pettit, G. S., Laird, R. D., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Criss, M. M. (2001). *Antecedents and behavior-problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence*. *Child development*, 72(2), 583-598.

<sup>47</sup> Floros, G. D., Siomos, K., Fisoun, V., & Geroukalis, D. (2013). *Adolescent online gambling: The impact of parental practices and correlates with online activities*. *Journal of Gambling Studies*, 29(1), 131-150

coetanei, insegnanti, essere coinvolti in attività extrascolastiche possono essere importanti fattori protettivi.

## CAPITOLO 2

### La prevenzione

#### 2.1. Evoluzione del concetto di prevenzione

Nel corso degli ultimi decenni la prevenzione delle dipendenze si è estesa e affermata come una scienza multiprofessionale che, come requisito *sine qua non*, richiede l'integrazione di servizi e professionalità diverse e un approccio *science-based*, ossia un processo in cui vari professionisti, utilizzando criteri condivisi relativamente alle modalità di analisi di studio, giungano ad un consenso circa la credibilità e la sostenibilità dei risultati e la loro valutazione, mirando ad ottenere strumenti preventivi efficaci che possano restituire risultati valutabili empiricamente. (Orlandini, Nardelli e Bottignolo, 2002).

Prima degli anni '60, negli interventi preventivi non si riscontrava l'esistenza di un modello capace di evidenziare una base teorica, nonostante la diffusione crescente del consumo delle sostanze psicoattive soprattutto tra la popolazione giovanile, che avrebbe necessitato invece di sviluppare una risposta a questo bisogno in modo rapido ed efficace. In un primo momento, la prevenzione è stata affrontata con l'informazione, basandosi sul presupposto che la divulgazione basata sulle conseguenze negative del consumo fosse sufficiente per rendere le persone consapevoli dei rischi legati alle loro azioni, per convincerle ad interrompere il loro comportamento, quindi anche per limitare il contatto con il gioco o con le sostanze. La conoscenza era vista come l'unica possibilità capace di modificare l'atteggiamento verso il gioco, ma questo approccio risultava discutibile già all'epoca: un messaggio preventivo ben formulato può creare un impatto forte ed immediato nella persona, ma questo non comporta né il cambiamento dell'atteggiamento rispetto al comportamento patologico, né un mantenimento di lungo periodo della trasformazione e tanto meno che questa produca effettivamente una riduzione del consumo. È utile ricordare come parte di queste campagne preventive abbiano fatto ricorso a messaggi dal forte impatto emotivo negativo, con lo scopo di generare nelle persone sentimenti di angoscia e paura. Tali approcci, però, si sono dimostrati totalmente infruttuosi, in quanto tendono

a provocare emozioni negative che vengono associate all'informazione e, di conseguenza, cancellati.

In un secondo momento, il messaggio preventivo ha assunto una valenza maggiormente tecnica, basata su informazioni specifiche circa le particolarità delle diverse sostanze o dei comportamenti includendo, inoltre, le loro conseguenze: anche questa modalità, nonostante una comunicazione più equilibrata ed oggettiva, non si è dimostrata efficace, evidenziando ancora una volta come la sola informazione non sia sufficiente per portare un cambiamento nel comportamento a rischio (CSAP, 2001a,2001b,2001c). Infatti, sia nel caso del ricorso a degli esperti, sia nell'utilizzo di sussidi/ *depliant* informativi, sembra nascere l'idea per cui una maggiore oggettività dell'informazione dovrebbe corrispondere ad una maggior credibilità del messaggio informativo. Questa visione della realtà non prende in considerazione la soggettività che entra in gioco nel consumo di sostanze, quale ad esempio la ricerca di nuove emozioni e di autonomia. L'ingenuità sottesa a questa idea è stata rivelata da diversi studi (Smart e Fejer, 1974; Stock e Ruiz,1977; Colecchia 1995) che dimostrano come le persone prese in carico dai servizi dispongano di un patrimonio di informazioni oggettive molto superiori rispetto a coloro non interessati dal fenomeno.

In un terzo momento, la scuola è stata eletta come ente privilegiato per la trasmissione delle informazioni sulle sostanze e sui comportamenti a rischio: si è assistito allo sviluppo di una fase nella quale i professori sono stati eletti come protagonisti dell'intervento preventivo in quanto responsabili del passaggio dell'informazione, grazie alla possibilità di essere sempre in contatto con i giovani. La scuola, però, ha trovato grandi difficoltà ad apportare modifiche al modello didattico tradizionale, nel quale le informazioni vengono trasmesse in modo frontale, non permettendo né uno scambio reciproco di idee né l'integrazione e la partecipazione attiva dei ragazzi. In questo modo, anziché contrastare la tendenza alla passività, si alimentano la dipendenza e le scelte prese inconsapevolmente che oggi vengono riconosciute come dei potenziali fattori di rischio. Questa fase è risultata comunque importante poiché, coinvolgendo la scuola, ha permesso di aprire l'orizzonte a futuri interventi educativi.

Parlando di prevenzione non si possono non citare le campagne informative promosse prevalentemente in Italia. A partire dagli anni '90, l'attenzione delle suddette si è rivolta prima all'eroina, più o meno associata al problema dell'aids, poi si è concentrata sull'alcol e successivamente sulle "nuove droghe". Per campagna informativa s'intende un progetto di prevenzione rivolto a diversi *target*. In questo senso bisogna tener presente che esiste sempre un possibile rischio di arbitarietà e superficialità nell'utilizzare lo stesso messaggio pensando che questo possa essere efficace allo stesso modo per i ragazzi e per gli adulti, per uomini e donne, per coloro che giocano d'azzardo o chi non ha mai giocato. Le campagne informative sono strumenti utili e necessari per sensibilizzare l'attenzione pubblica sul problema delle dipendenze; tuttavia, non sono sufficienti a cambiarne i comportamenti. Come già visto precedentemente, è ormai noto che un'informazione calata dall'alto rischia di essere controproducente se fornita agli adolescenti, poiché può far nascere un rifiuto aprioristico, generato dalla differenza generazionale o anche dalla voglia di sfida e dalla pulsione a infrangere i limiti imposti dal mondo adulto. Questo è particolarmente vero per alcuni comportamenti patologici che non vengono percepiti come pericolosi in quanto inseriti nel tessuto sociale odierno.

All'approccio di carattere informativo, nel tempo, si sono susseguite altre tipologie di approcci. Una delle prime, influenzata dalla psicologia umanistica che ha introdotto l'importanza degli aspetti emotivi, si basava sull'importanza nello sviluppo della persona di bisogni quali l'auto-realizzazione ed il raggiungimento dei propri obiettivi (Maslow, 1968; Rogers, 1961). Questo modello afferma che per produrre cambiamenti negli atteggiamenti e nei comportamenti riguardo al gioco, sia necessario creare modificazioni negli aspetti affettivi ed emotivi, aspetti che negli adolescenti giocano un ruolo importante nell'uso di sostanze psicoattive. Le metodologie utilizzate da questo approccio richiedevano un alto grado di partecipazione da parte delle persone.

In seguito, durante gli anni '70, sono aumentati gli interventi che si concentravano sulla sfera emotiva con particolare attenzione alla crescita della persona nella sua complessità; si tratta di un approccio globale, che mira alla promozione dell'agio e alla prevenzione del disagio con azioni rilevanti per la prevenzione specifica delle dipendenze come, ad esempio, l'incremento delle capacità di *decision-making* e la costruzione di alternative al consumo di sostanze. Questo approccio teorico, dunque,



introduce due elementi che si possono considerare come due apripista per arrivare ai modelli attualmente utilizzati: di seguito ne verranno citati alcuni dei più importanti.

Il modello delle *life skills* riconosce, nell'adolescente che compie dei comportamenti problematici, la somma di alcuni mancati apprendimenti di abilità di vita, ed identifica nella promozione di questi un importante obiettivo della prevenzione. L'attenzione è rivolta al concetto di abilità sociali, definito come il repertorio di comportamenti verbali e non verbali che vanno a influire sul tipo di risposta che l'adolescente può ricavare dalla sua rete sociale di riferimento, e come queste possano fornire al soggetto delle strategie per affrontare le pressioni e lo stress proveniente da agenti sociali circostanti, quali ad esempio: i social media, il gruppo dei pari, la pubblicità. Gli interventi preventivi previsti da questo modello aspirano a produrre cambiamenti a livello comportamentale, riuscendo a sviluppare adeguate strategie di *coping* e abilità in grado di mettere in atto comportamenti salutari. Botvin nel 1987 ha applicato in modo operativo il noto programma "*Life Skills Training*" che punta a stimolare la crescita personale e le abilità sociali, concentrandosi soprattutto sullo sviluppo di competenze che riescano a fronteggiare le influenze verso gioco d'azzardo, alcol, fumo e altre droghe<sup>48</sup>. Questo programma è stato ideato per essere applicato in ambito scolastico per studenti tra gli 8 e i 14 anni e ha dimostrato efficacia rispetto alla riduzione del gioco d'azzardo, del consumo di alcol, cannabinoidi<sup>49</sup>, ma anche rispetto all'iniziazione a questi comportamenti dannosi.

La teoria del comportamento problematico di Jessor & Jessor (1977) è stata pensata e sviluppata nel tentativo di riuscire a spiegare alcuni comportamenti a rischio presenti fra gli adolescenti, come ad esempio il gioco d'azzardo e le esperienze sessuali precoci. Secondo il punto di vista di questa teoria questi comportamenti non si verificano mai in maniera isolata, ma è presente una disposizione costante a passare da una forma di comportamento problematico all'altro. In quest'ottica, l'assunzione di tali comportamenti a rischio da parte di un soggetto può venire compresa e affrontata solo all'interno dell'interazione dinamica fra l'individuo e il suo ambiente, relazione basata sulla loro influenza reciproca e per questo dinamica (Ravenna, 1997).

---

<sup>48</sup> [www.modelprograms.samhsa.gov](http://www.modelprograms.samhsa.gov)

<sup>49</sup> "construyendo salud" incluso nell'archivio dei progetti europei EDDRA in [www.emcdda.eu.int/](http://www.emcdda.eu.int/))

La teoria dell'apprendimento sociale si fonda sull'interconnessione tra individuo, comportamento e ambiente, dando importanza alla capacità della persona di elaborare dei modelli cognitivi utili per prendere decisioni e per agire attivamente. L'individuo, infatti, adatta i suoi comportamenti osservando e apprendendo quelli delle persone con cui entra in relazione.

I concetti più importanti di questa teoria sono quelli di *modeling* e di *self-efficacy*. Il primo si riferisce alla possibilità da parte del soggetto di apprendere qualcosa semplicemente osservando il comportamento della propria rete sociale; mentre il secondo è un termine coniato e definito da Bandura nel 1977 come il livello di autoconsapevolezza nei confronti delle proprie capacità di elevare i livelli di motivazione e di attivare delle risorse cognitive. L'autoefficacia è importante soprattutto in quanto si riferisce alle convinzioni che ognuno ha sulle proprie capacità di gestire, adeguare il proprio comportamento e di conseguenza determinare il successo delle proprie azioni. Nello specifico la *self-efficacy* ha un ruolo fondamentale nella difesa dal rischio psico-sociale. Inoltre, aiuta ad avere una maggiore capacità di resistere alle pressioni dei gruppi dei pari e di gestire nel miglior modo possibile le emozioni positive o negative, diminuendo così possibili esiti di disagio (Barbaranelli et al.1998).

## **2.2. Tipologie di prevenzione**

La prevenzione è sicuramente l'azione principale per evitare e ridurre i rischi e i danni alla salute legati al gioco d'azzardo patologico. Come per tutte le altre dipendenze patologiche si riscontrano delle persone più vulnerabili di altre e l'individuazione precoce di queste è la prima forma di prevenzione da attivare. Resta comunque necessario attivare parallelamente interventi socio-ambientali che rendano completo l'approccio all'individuo, altrimenti la proposta offerta dai servizi risulterebbe vana.

La prevenzione può essere definita come l'azione tecnico-professionale che punta a ridurre la mortalità, la morbilità o gli effetti dovuti a determinati fattori di rischio, cercando di promuovere la salute e il benessere prima individuale e poi collettivo. Questa ha come fulcro la protezione della salute dal punto di vista fisico, sociale e

psichico, e citando Caplan<sup>50</sup>, è possibile distinguere azioni di prevenzione primaria, secondaria e terziaria. La prevenzione primaria esprime il suo campo d'azione sul soggetto sano e si prefigge di non far emergere malattie e situazioni sociali che potrebbero danneggiare l'equilibrio psicologico della persona; dunque, viene applicata per soggetti che non hanno ancora mai giocato d'azzardo o in presenza di un gioco "sano". In particolare, è un insieme di attività ed azioni che, grazie al potenziamento dei fattori utili alla salute e la correzione dei fattori causali delle malattie, volge al conseguimento di uno stato di completo benessere psichico, fisico e sociale dei singoli e della collettività. La totalità di questi interventi è rivolta a ridurre la probabilità che si verifichi un evento avverso non desiderato. Per questo tipo di prevenzione la letteratura internazionale suggerisce di lavorare sulla popolazione generale per permettere a quest'ultima la comprensione dei reali rischi legati al gioco d'azzardo patologico e di informare più approfonditamente la popolazione di giocatori d'azzardo sugli aspetti che stimolano la compulsione, ovvero la possibilità di ripetizione delle giocate con eccessiva velocità e facilità delle stesse. La prevenzione secondaria è il passo successivo alla prevenzione primaria, interviene su soggetti già malati anche se in una fase iniziale, rappresenta tutti gli interventi che, attraverso una diagnosi precoce (programmi di *screening*), mirano ad ottenere la guarigione o a limitare la progressione della malattia. Questo tipo di prevenzione consente l'identificazione di una condizione di particolare rischio seguita da un immediato intervento terapeutico volto a rallentarne il decorso. La prevenzione terziaria, infine, si rivolge ai soggetti con un livello avanzato della malattia e coinvolge tutti gli interventi tesi a impedire il progredire di una malattia ormai conclamata mediante azioni di cura e riabilitazione in presenza di gioco patologico. Con la suddetta si intende anche riuscire a gestire possibili complicanze derivanti da uno stato patologico. Quest'ultima si svolge utilizzando delle misure riabilitative e assistenziali, con l'obiettivo di reintegrare la persona nella famiglia, nella società e nel mondo del lavoro creando un miglioramento significativo nella qualità di vita percepita dal soggetto. Nelle dipendenze da gioco d'azzardo o da sostanze stupefacenti questo tipo di prevenzione si può riscontrare nel momento in cui la persona esce da una comunità, un periodo molto complicato per l'individuo, in

---

<sup>50</sup> Caplan R.D. (1979), *Social support, person-environment fit and coping*. In L.F. Furman, J. Gordi (eds.) *Mental health and economy*. Kalamazoo: Upjohn Institute for employment Research, 200

quanto lascia uno spazio protetto tornando alla vita quotidiana che lo rimette di fronte alla possibilità di tornare a giocare o ad assumere sostanze.

Rimanendo nella letteratura, Serpelloni nel 2012, elencando i vari tipi di prevenzione, ha individuato: i principali obiettivi delle azioni di prevenzione, il target principale, le specifiche di ciascuna tipologia e gli indicatori di rischio. Le tipologie di prevenzione che Serpelloni individua sono:

- **Prevenzione Selettiva;** si concentra soprattutto su soggetti che non hanno ancora giocato d'azzardo ma che presentano un rischio specifico di sviluppare la malattia superiore rispetto alla media, legato principalmente alla presenza di fattori individuali e/o ambientali. Nella maggior parte dei casi i soggetti presentano dei disturbi comportamentali o dell'attenzione. I principali indicatori di rischio sono: gli insuccessi scolastici, essere figli di giocatori d'azzardo, l'iperattività, l'alta offerta di occasioni di gioco d'azzardo, la bassa presenza di interventi preventivi nel territorio. Gli obiettivi principali di questa tipologia sono focalizzati sull'individuazione precoce dei disturbi e dei fattori di rischio (*Early detection and Early intervention*).
- **Prevenzione Indicata;** si riferisce a quei soggetti che hanno già giocato d'azzardo e giocano ancora in modo "sperimentale" e discontinuo, ma senza aver sviluppato la dipendenza. Sono individui che giocano occasionalmente e/o assumono periodicamente sostanza (*weekend gamblers*) ma con un elevato rischio evolutivo verso la dipendenza. I macro-indicatori di rischio risultano essere: la comparsa di disturbi dell'umore, l'alterazione del ritmo sonno-veglia, l'inizio del gioco in età precoce, i pregressi disturbi comportamentali o dell'attenzione, l'alta offerta di gioco, il gruppo sociale dei pari a rischio. Questa tipologia di prevenzione mira a raggiungere la diagnosi precoce della possibile dipendenza, la riduzione del rischio evolutivo e il supporto educativo alla famiglia.
- **Prevenzione Universale;** si rivolge alla totalità della popolazione, orientata principalmente verso aspetti preventivi/informativi generali grazie all'uso di raccomandazioni generiche volte a elencare i pericoli e i rischi collegati al gioco d'azzardo e al successivo sviluppo della dipendenza. La prevenzione

universale mira a raggiungere una comunicazione generale basata sulla pericolosità del gioco e sulle bassissime probabilità di vincita; favorisce e struttura interventi orientati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute, sempre rivolti a tutta la popolazione

- **Prevenzione Ambientale;** mira a raggiungere tutti i soggetti, le amministrazioni e gli ambienti coinvolti nei processi di prevenzione. Dalla letteratura si riscontra un'assenza di campagne e di programmi preventivi ufficiali strutturati, coordinati e coerenti tra loro. L'obiettivo è cercare di rendere coerenti i messaggi e le caratteristiche ambientali con le strategie anti-gioco d'azzardo.

Emerge chiaramente come la prevenzione educativa non possa essere un atto isolato dal contesto in cui avviene: infatti, anche i migliori strumenti possono risentire di un ambiente sfavorevole per valutare i risultati di efficacia a lungo termine.<sup>51</sup>

### **2.3. Strategie preventive nel panorama internazionale e in Italia**

Prima di esaminare le strategie di prevenzione, bisogna tenere in considerazione alcune importanti implicazioni nella prevenzione del gioco d'azzardo patologico (Williams, West, e Simpson 2012). In primo luogo, l'efficacia di qualsiasi intervento preventivo dipende dalla sua capacità di cambiare e migliorare uno o più fattori di vulnerabilità, dando particolare attenzione a quelli collegati al gioco d'azzardo; in secondo luogo, il livello di gioco d'azzardo presente in una determinata popolazione di riferimento può essere ridotto ma difficilmente verrà completamente eliminato a causa dell'alto numero di fattori di rischio. Inoltre, le iniziative di prevenzione generale possono risultare efficaci e rappresentare componenti essenziali per la prevenzione del gioco d'azzardo patologico, ed infine la prevenzione dovrebbe possedere una matrice poliedrica, coordinata e sostenuta da iniziative educative.

In questo elaborato si separeranno il piano di analisi internazionale da quello italiano. Questa decisione deriva dalla constatazione di una carenza di analisi specifiche nel nostro paese rispetto alle misure preventive del gioco d'azzardo

---

<sup>51</sup> Capitanucci D., Smaniotto R. (2011). "Gruppi di auto aiuto e lavoro sul territorio nel gioco d'azzardo patologico". Itaca. "Gambling: dati, ricerca, interventi". N. 33/2011

patologic. Infatti, negli ultimi decenni sono numerose le iniziative che mirano a contrastare questo fenomeno, ma tuttavia sono mancate le azioni che debbano valutarne l'efficacia (Santiello e Cenedese 2002). Negli ultimi quindici anni, nel panorama internazionale, si riscontra un marcato interesse per il gioco d'azzardo problematico che ha permesso di sviluppare delle strategie di prevenzione. Ciononostante, l'implementazione e la valutazione di queste iniziative si è svolto secondo un processo disordinato e lacunoso. Molto spesso gli interventi non sono stati messi in atto sulla base di dati *Evidence-Based*, ma in quanto apparivano delle "buone idee" o perché erano stati utilizzati in altri contesti (Williams, West, e Simpson 2012). In ambito internazionale, si possono distinguere interventi con bambini e giovani, interventi formativi sul gioco d'azzardo e importanti campagne di informazione e sensibilizzazione. La prima tipologia di interventi si suddivide in tre aspetti: innanzitutto la creazione di uno sviluppo positivo nel bambino e nel giovane grazie alla promozione delle competenze sociali, emotive, cognitive e allo sviluppo dell'autoefficacia; in secondo luogo il rafforzamento delle famiglie e l'incentivazione di pratiche genitoriali efficaci attraverso lo sviluppo di uno stile genitoriale ed educativo autorevole ed infine la creazione di un clima positivo nell'ambito scolastico e nel gruppo dei pari. Interventi simili a questi sono già stati provati in altri contesti e hanno dimostrato la loro efficacia nel ridurre i comportamenti a rischio negli adolescenti, ma nel gioco d'azzardo questo approccio non è stato ancora scientificamente provato (Evans 2003).

La maggior parte delle misure preventive finora utilizzate per contrastare il gioco d'azzardo ha avuto come punti cardine la formazione e l'informazione degli uditori rispetto alle credenze errate sul gioco e alle reali probabilità di vincita. Questa tipologia di interventi è la più analizzata in termini di efficacia, anche se i risultati sono poco significativi e alle volte contraddittori (Turner et al. 2005; Williams, West, e Simpson 2012). È utile ricordare che in questi interventi sono stati coinvolti bambini, adolescenti e giovani universitari. (Gaboury e Ladouceur 1993; Lavoie e Ladouceur 2004; Takushi et al. 2004; Turner et al. 2005; Williams e Connolly 2006; Williams, Wood e Currie 2010). Nei suddetti solitamente sono stati utilizzati differenti strumenti, quali: discussioni sui problemi legati al gioco e ai fattori di rischio (Williams, Wood, e Currie 2010) e video creati ad hoc (Doiron e Nicki 2007, Ladouceur, Ferland, e Vitaro

2004; Ladouceur et al. 2005; Lavoie e Ladouceur 2004). A tali strumenti, specifici per il gioco d'azzardo, possono essere affiancate attività più generali, come ad esempio le strategie di *coping*, lo sviluppo di *life skills*, il *problem-solving* e la costruzione dell'autostima. (Ferland, Ladouceur, e Vitaro 2005; Turner et al. 2008).

Di seguito vengono esposti alcuni esempi di interventi formativi sul gioco d'azzardo nel panorama internazionale:

- Un programma creato dall'Illinois Institute for Addiction Recovery, chiamato "*Don't Gamble Away Our Future*", ideato da Rick Zehr, che a partire dal 2005 ha cominciato la fase pilota ed ha l'obiettivo di educare insegnanti, genitori e soprattutto studenti sui rischi collegati al gioco d'azzardo.<sup>52</sup> L'intento è quello di fornire informazioni apparentemente non importanti per gli adolescenti in quel momento, ma che potrebbero rivelarsi decisivi in futuro, quando questi entrano nella fase di maggior rischio di sviluppare la dipendenza.<sup>53</sup>
- Un intervento di prevenzione Canadese, fondato sulla realizzazione e l'utilizzo del video "*Le hasard, Lucky, on peut rien y changer*" di cui è responsabile il professore Robert Ladouceur, considerato uno tra i maggiori esperti mondiali sul tema del gioco d'azzardo. Questo video è indirizzato ed indicato per ragazzi tra i 13 e i 15 anni ed ha l'obiettivo di accrescere le conoscenze e correggere i pensieri erronei collegati all'attività del gioco d'azzardo. È stata eseguita una valutazione in tre differenti momenti ed in tre condizioni sperimentali e i risultati mostrano dei dati secondo i quali il video migliora in maniera significativa le conoscenze dei soggetti e modifica le loro idee e cognizioni errate<sup>54</sup>.

---

<sup>52</sup> *Problem gambling in youth- a hidden addiction. Brown University Child & Adolescent Behaviour Letter*. 2005 settembre: p. 1-7

<sup>53</sup> Capitanucci D. Strategie di prevenzione del gioco d'azzardo patologico tra gli adolescenti in Italia. L'utilizzo di strumenti *evidence-based* per distinguere tra promozione e prevenzione. *Italian Journal on Addiction*. 2012: p. 139-146

<sup>54</sup> Capitanucci D, Smaniotto R, Biganzoli A, Romito J, Ponticelli T, Ladouceur R, et al. Il caso, Lucky, non si può influenzare. Progetto di prevenzione e sensibilizzazione all'adozione di uno stile di gioco sano, rivolto a ragazzi della scuola primaria di secondo grado. Progetto realizzato in collaborazione con l'ASL di Sondrio su finanziamento della Regione Lombardia. 2006-2007

- Un progetto interessante è quello del gioco interattivo “*The Amazing Chateau*” ideato e sviluppato nel 2004 dal “*International Centre for Youth Gambling Problems and High-Risk Behaviours*” in Quebec. Le informazioni presenti in questo CD-Rom interattivo si fondano sul risultato di anni di lavori clinici con gruppi di persone di età diverse; l’impatto è stato valutato e gli esiti hanno mostrato un netto cambiamento dell’atteggiamento e delle conoscenze riguardo al gioco d’azzardo.<sup>55</sup>

Nel complesso queste misure dimostrano di avere efficacia nel breve e medio termine<sup>56</sup> nel ridurre le idee errate rispetto al gioco, nell’alzare il livello di conoscenza in merito al gioco d’azzardo conducendo così ad un cambiamento di mentalità nei confronti dello stesso ed infine nel migliorare il processo decisionale e di *problem solving*. Tuttavia, tranne in casi particolari<sup>57</sup>, il loro successo nel diminuire i comportamenti patologici è risultato abbastanza limitato. Infatti, l’aumento delle conoscenze sulle reali probabilità di vincita e la capacità di far fronte alle credenze erronee legate al gioco non sono associati a una diminuzione nel comportamento del gioco patologico (Ferland, Ladouceur, e Vitaro 2002; Turner et al. 2008). Invero le credenze illusorie sono molto complicate da modificare, in quanto spesso sono collegate al contesto in cui la persona vive ed è cresciuta. (Delfabbro 2004). In via generale, è riconosciuto dalla maggior parte della comunità scientifica che possedere delle conoscenze in merito ad una determinata questione non porta automaticamente a modificare il proprio comportamento; si pensi ad esempio ai fumatori o agli alcolisti. Dunque, si può desumere come la conoscenza sia un prerequisito fondamentale per prevenire comportamenti a rischio, ma allo stesso tempo come questa non sia sufficiente di per sé (Monaghan, Derevensky e sklar 2008; Williams, West e Simpson 2012).

---

<sup>55</sup> *International Centre for Youth Gambling Problems and High-Risk Behaviours. Youth Gambling (Online)*

<sup>56</sup> Al 21 ottobre 2014 sono 4895 i siti inibiti. Un elenco aggiornato è consultabile al link: <http://www.agenziadoganemonopoli.gov.it/wps/wcm/connect/internet/ed/lagenzia/monopoli+comunica/contrasto+illegalita/siti+soggetti+ad+inibizione>

<sup>57</sup> Si sottolinea che non esistono farmaci il cui scopo è curare la ludopatia. Si utilizzano farmaci che tendono a curare altre sintomatologie che possono avere degli effetti positivi anche sulla riduzione dell’impulso al gioco



Le campagne di informazione e sensibilizzazione focalizzate alla prevenzione del gioco d'azzardo si rivolgono ad un'ampia fetta di pubblico e hanno l'obiettivo di contrastare gli sforzi commerciali volti a promuovere tutte le tipologie di giochi. Abitualmente sono condotte e pubblicizzate dai servizi per la salute e dalle scuole. Gli elementi principali appaiono essere (Serpelloni 2013; Williams, West, e Simpson 2012): una attenzione al concetto- slogan di "giocare in modo responsabile", avvertenze circa la natura rischiosa del gioco d'azzardo e la possibilità di sviluppare una forma di dipendenza, delle indicazioni in grado di individuare i sintomi definiti "sentinella" e delle indicazioni sui servizi a cui rivolgersi per assistenza o anche semplicemente per avere delle informazioni per i familiari (centri di assistenza, *help line*). Di solito queste informazioni sono fornite attraverso dei manifesti, volantini oppure direttamente sul prodotto di gioco come ad esempio inviti a giocare "responsabilmente" su apparecchi di gioco, Gratta&Vinci, ecc. Questa modalità ha il pregio di richiedere poche risorse economiche per riuscire ad inviare dei messaggi preventivi ad un'ampia parte della popolazione, ma ha il difetto di avere un impatto e un'efficacia limitati: nonostante ciò, questo tipo di iniziativa risulta essere molto diffusa in diverse giurisdizioni. (Williams, West, e Simpson 2012). Dalle indagini svolte da Najavits, Grymala e George nel 2003, sembra che queste misure abbiano un impatto molto limitato in tutte quelle persone che non avevano un precedente interesse sull'argomento. Nonostante non esista nessuna prova diretta dell'efficacia di queste campagne come strumento di prevenzione primaria per il gioco d'azzardo patologico (Williams, West e Simpson 2012), si ritiene che possano essere importanti per riuscire a modificare gli atteggiamenti a rischio della popolazione; ciò vale soprattutto per il target giovanile e per comportamenti come ad esempio l'uso di droghe, comportamenti sessuali a rischio e appunto per quanto concerne il gioco d'azzardo patologico (Byrne et al. 2005; Messerlian e Derevensky 2006).

### **2.3.1 progetti italiani di prevenzione del gioco d'azzardo**

Dopo aver esaminato ed evidenziato l'efficacia delle varie proposte preventive a livello internazionale, l'analisi ora si concentra sul livello nazionale, con l'obiettivo di indagare attentamente lo stato di avanzamento rispetto alla prevenzione. Come già detto, in Italia, a causa di una mancanza di indagini scientifiche nazionali sul tema, non sono presenti dati istituzionali rispetto alle dimensioni del fenomeno e di

conseguenza sono carenti i programmi di prevenzione di scala nazionale, sia di tipo universale che selettivo<sup>58</sup>.

Esaminando la letteratura scientifica italiana in merito alle misure di prevenzione del gioco d'azzardo patologico messe in atto e alla valutazione d'efficacia delle stesse, non si può che riscontrare come il sistema mostri delle evidenti lacune. Infatti, negli ultimi anni sono stati attivati diversi interventi preventivi che hanno mirato a contrastare gli effetti del gioco d'azzardo negli adolescenti, ma sono stati sviluppati principalmente a livello locale, senza né una continuità e né un'adeguata valutazione dell'efficacia.

Sono comunque stati ideati dei progetti sperimentali, tra i quali citeremo i seguenti:

- Prendendo ispirazione dal progetto canadese, nell'anno scolastico 2006-2007 è stato utilizzato il video "il caso, Lucky, non si può influenzare" adattato in italiano da AND<sup>59</sup>. Il progetto è stato realizzato in collaborazione con l'ASL di Sondrio su finanziamento della regione Lombardia e con la supervisione scientifica del professore Ladouceur. Come visto in precedenza l'equipe del professore aveva già condotto e validato in Canada questo programma con lo scopo di cambiare le conoscenze degli adolescenti in merito al gioco d'azzardo, lavorando particolarmente sulle loro conoscenze erranee sul caso<sup>60,61</sup>. Tra gli strumenti privilegiati, vi è un video di 20 minuti che mira a evidenziare il concetto dell'indipendenza delle puntate e chiarisce altri frequenti errori cognitivi che contribuiscono a far perdere il controllo sul proprio comportamento portando così alla dipendenza. I risultati emersi dalla ricerca in Canada avevano già evidenziato i buoni risultati di questo

---

<sup>58</sup> Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie. Dipendenze Comportamentali/Gioco d'azzardo patologico: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi. 2008

<sup>59</sup> Azzardo e Nuove Dipendenze. Associazione di Promozione Sociale nata nel 2003, grazie ad un gruppo di professionisti del settore, con l'obiettivo di sensibilizzare operatori sociali, istituzioni e popolazione in genere sul tema delle dipendenze senza sostanze ([www.andinrete.it](http://www.andinrete.it)).

<sup>60</sup> Ferland F., Ladouceur R., Vitaro F. (2002). "Prevention of problem gambling: modifying misconceptions and increasing knowledge", *Journal of Gambling Studies*, 18, 19-30

<sup>61</sup> Ladouceur R., Ferland F. (2003), *Prevention of problem gambling among youths* (pp. 504-509). In T. P. Gullotta & M. Bloom (Eds.), *The Encyclopedia of primary prevention and health promotion*. New York : Kluwer Press

strumento nel cambiare le percezioni erranee degli adolescenti in merito al concetto di azzardo. Capitanucci et al.<sup>62</sup> hanno verificato come le differenze culturali non alterassero i risultati attraverso la somministrazione di 220 test agli studenti delle classi terze medie di Sondrio, in tre momenti distinti (pretest, post-test e follow-up dopo sei mesi) ed utilizzando tre differenti condizioni sperimentali (gruppo sperimentale video, gruppo sperimentale video con attivazione in classe, gruppo di controllo, senza alcun intervento).

- Il secondo progetto si chiama: “Scommettiamo che non lo sai?” ideato da Capitanucci ed al. nel 2009, ed applicato nella provincia di Torino. Il progetto ruotava intorno alla costruzione di una guida cartacea sui rischi collegati al gioco d’azzardo, rivolgendosi a 189 studenti delle classi terze di un istituto comprensivo e tre scuole superiori. L’iniziativa è stata condotta da A.N.D. all’interno del progetto “Prevenzione dei rischi connessi al gioco d’azzardo patologico in età evolutiva” commissionato dal MIUR nel 2008. La guida nasce dall’esigenza di cercare di correggere le cognizioni erranee ed incrementare le conoscenze sul gioco d’azzardo, è stata creata grazie ad un intenso lavoro con gli studenti e sottoposta ad una verifica d’efficacia con una metodologia sperimentale avvenuta in due momenti separati, pre-test e post-test, ed utilizzando differenti condizioni sperimentali, ovvero il gruppo sperimentale al quale viene sottoposta la guida e il gruppo di controllo.

Come su detto, gli interventi preventivi presenti nel nostro Paese sono un insieme variegato e molto eterogeneo sotto diversi aspetti (enti promotori, soggetti coinvolti, ecc). La maggior parte di queste esperienze non sono compatibili tra loro, per questo in seguito verranno esposti singolarmente.

Un esempio è il Progetto “Gioco on-line: rischi e pericoli”, ideato da AAMS nel 2012 in collaborazione con la Polizia di Stato, con il patrocinio del Dipartimento della Gioventù ed il supporto tecnologico di Google/Youtube. Il progetto ambiva a

---

<sup>62</sup> Capitanucci D., Smaniotto R., Biganzoli A. (2010). “La prevenzione del gioco problematico negli adolescenti attraverso l’adattamento del video Lucky”. *Quaderni Italiani di Psichiatria*. 29(1). pp. 30-39.

sensibilizzare circa i pericoli derivanti dal gioco on line<sup>63</sup> e porre l'accento sul divieto per i minori di partecipare a tutte le forme di gioco che prevedono vincite in denaro.

Nonostante il gioco d'azzardo sia un'attività consentita solamente alla popolazione maggiorenne, come sancito dal d.l. del 6 luglio 2011, n.98, comma 20, l'accrescere dell'espansione di forme di gioco d'azzardo patologico *land-based* e *online*, e la sempre maggiore facilità di accedervi, ha comportato che giocare, scommettendo denaro, sia divenuto uno tra i comportamenti più diffusi tra i giovani e le giovani in Italia. Lo studio Espad del 2020 ha evidenziato che su 6027 adolescenti italiani tra i 15 e i 19 anni, il 44% ha giocato almeno una volta nei 12 mesi precedenti. Molto rilevante anche il dato di minorenni ad aver giocato almeno una volta nell'ultimo anno, ovvero il 40% (IFC-CNR 2020).

Mediante la *Gambling Behavior Scale- For Adolescents* (GBS-A; Primi et al.,2015), strumento realizzato sfruttando l'approccio psicometrico dell'*Item Response Theory* (IRT;Embretson &Reise, 2000), e dotato di un sistema di *scoring* standardizzato per la popolazione giovanile italiana, è emerso come un 11% di giocatori adolescenti ha un comportamento a rischio ed invece l'8% di giocatori presenta un comportamento di tipo problematico (Primi et al., 2015).

A partire da questi dati, il *team* di ricerca dell'Università di Firenze ha portato avanti diversi studi con l'obiettivo principale di creare un modello esplicativo del comportamento di gioco d'azzardo patologico nella popolazione adolescenziale<sup>64</sup>. Il modello Eureka (figura 1), ha le sue radici nel modello detto del doppio processo applicato al gioco d'azzardo problematico (Toplak et al., 2007). Toplak e i suoi colleghi, sostengono che il comportamento del giocatore d'azzardo problematico sia influenzato sia da un *mindware gap*, cioè una limitata capacità di ragionamento, sia dalla contemporanea presenza di credenze erranee che vanno ad intaccare il corretto processo di ragionamento, definite anche come *contaminated mindware*. (Toplak et al., 2007). Quindi Eureka, prendendo spunto da questo modello, considera le distorsioni cognitive sul gioco d'azzardo l'elemento fondamentale per spiegare il comportamento

---

<sup>63</sup> <http://www.aams.gov.it/site.php?id=9683>.

<sup>64</sup> Donati et Al, 2013; Donati et Al, 2018; Donati et al, 2021)

patologico negli adolescenti. Secondo questo modello, le distorsioni cognitive nascono dall'interazione tra specifici fattori di rischio di tipo affettivo e fattori protettivi di tipo cognitivo, collegati in maniera negativa e dannosa per la persona: questi possono contribuire ad aumentare o diminuire la possibilità di incappare in pensieri erranei. I primi si riferiscono alla presenza di un pensiero superstizioso e all'aspettativa positiva in merito alla reale possibilità di guadagno economico (Donati et al., 2021; Gillespie et., 2007); mentre i secondi sono identificati dal possedere corrette conoscenze sul significato di gioco d'azzardo (Donati et al., 2019; Ladouceur et al, 2005) e dall'aver una comprensione sufficientemente adeguata del concetto di caso (Delfabbro et al.,2009; Turner et al.,2008). Degli elevati livelli di fattori di rischio ed una contemporanea mancanza di fattori protettivi agevola negli adolescenti l'emergere di distorsioni cognitive, che a loro volta possono contribuire a far sì che i giovani giochino sempre più frequentemente d'azzardo.

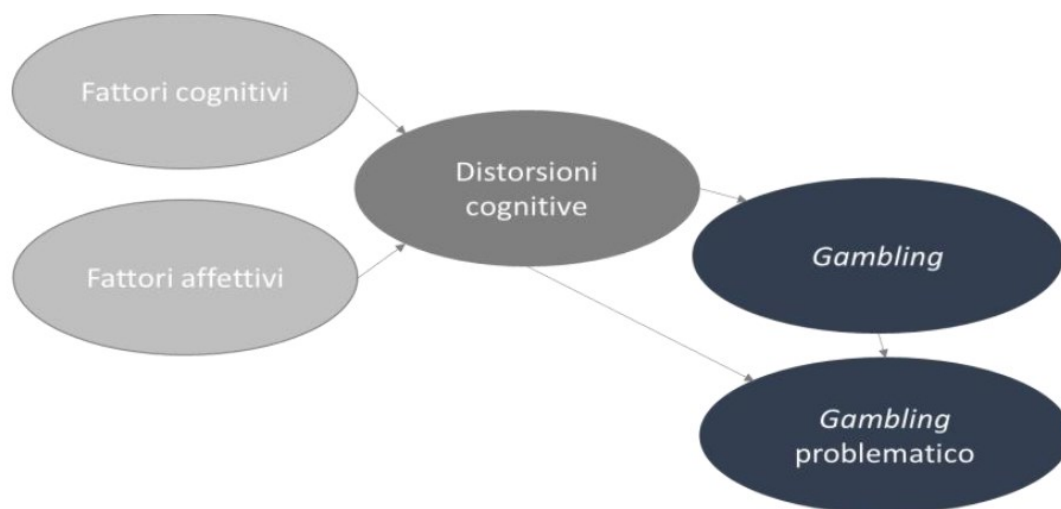


Figura 9. Modello esplicativo del comportamento di gambling problematico in adolescenza

Di seguito, verranno descritti in maniera dettagliata due specifici progetti realizzati negli anni recenti in Italia.

### 2.3.1.1. Il progetto prize

Questo progetto, il cui acronimo Prize significa- prevenzione dei rischi correlati al gioco d'azzardo negli adolescenti, nasceva da una proposta nell'ambito del Piano regionale di contrasto al gioco d'azzardo delle Regione Toscana del 2018<sup>65</sup>, del quale

<sup>65</sup> Delibera della giunta regionale toscana n.771 del 9 luglio 2018 avente ad oggetto Approvazione Piano regionale di contrasto al Gioco d'Azzardo- Modifiche e integrazioni alla DGRT 755/2017

l'ANCI (associazione nazionale comuni italiani) era l'ente adibito alla gestione. Tale progetto riguardava l'implementazione su scala regionale del modello Eureka, coinvolgendo tutte le classi II delle scuole secondarie di secondo grado della Toscana. Questo progetto ha vinto il bando di gara e ha preso vita nell'anno scolastico 2019/2020 in 34 istituti della Toscana, grazie alle tre aziende Usl e al laboratorio di Psicometria dell'Università di Firenze.

L'obiettivo generale di Prize era quello di promuovere la salute degli adolescenti della Regione: questo è stato possibile grazie a degli interventi di prevenzione di tipo universale del comportamento problematico di gioco d'azzardo. Nello specifico si cercava, nel breve periodo, di consolidare i fattori protettivi e ridurre i fattori di rischio; mentre, nel lungo periodo, si puntava a diminuire il comportamento di gioco d'azzardo e la relativa severità. Prima di poter compiere queste azioni il progetto ha dovuto identificare i fattori di rischio e di protezione evidenziati dal modello e definire il comportamento di gioco d'azzardo. All'interno del progetto si voleva coinvolgere anche il contesto familiare, attraverso un'intervista fatta dai figli ai genitori, visto che dalla letteratura si può evincere come il gioco d'azzardo problematico parentale è un notevole fattore di rischio per il gioco d'azzardo dei figli (Walters et al., 2020). Con questa intervista non si cercava solamente di seguire l'andamento del gioco d'azzardo degli adulti di riferimento, ma anche di valutare e analizzare la relazione tra il gioco d'azzardo dei genitori e quello dei figli adolescenti. Altri obiettivi utili per massimizzare l'efficacia dell'intervento sono stati rappresentati da una sensibilizzazione ambientale e territoriale: nello specifico, oltre a sensibilizzare i genitori, il desiderio era quello rendere partecipe anche la scuola, cioè il contesto specifico dove si svolgeva l'intervento. Di conseguenza il target di riferimento comprendeva tutta la popolazione studentesca e il personale scolastico (collaboratori scolastici, amministrativi, docenti) delle scuole secondarie di tutta la regione. Significativa è stata la creazione del concorso "PRIZE: vincere con la creatività e non con l'azzardo!" che mirava a creare delle opere d'arte aventi come tema il gioco d'azzardo.

## **METODOLOGIA DEL PROGETTO PRIZE**

Per raggiungere gli obiettivi desiderati, inizialmente, è stato cruciale reclutare e formare professionisti in grado di svolgere le attività in classe. Gli obiettivi della formazione consistevano nell'acquisire conoscenze teoriche e pratiche in riferimento al modello Eureka e al modello didattico-educativo di intervento in classe. Per riuscire a verificare l'efficacia dell'intervento di formazione è stato predisposto un intervento di valutazione *in itinere*. Hanno preso parte alla prevenzione educatori e psicologi, per un totale di 44 esperti.

Le attività psicoeducative svolte in classe nell'ambito del progetto erano concepite in modo da permettere di far emergere i preconcetti esistenti negli adolescenti, sottolineandole l'erroneità, e in seguito di spiegare e consolidare la corretta concezione con esempi ed attività sia singole che collettive. I due blocchi si sono svolti durante le ore curricolari e hanno coinvolto tutti i ragazzi con attività mirate all'area cognitiva riferita ai fattori protettivi e all'area affettiva relativa ai fattori di rischio. Per ottenere i dati in grado di poter valutare l'efficacia dell'intervento, il progetto prevedeva una fase di rilevazione: prima (*pre-test*) e dopo (*post-test*) l'intervento e a distanza di sei mesi (*follow up*). La rilevazione con gli studenti è avvenuta durante le ore scolastiche, ed utilizzando strumenti di misura creati appositamente per questa fascia d'età. Per quanto riguarda i fattori protettivi, le conoscenze sono state misurate con la *Gambling Related Knowledge Scale- For Adolescents* (GRKS-A; Donati et al.2019), una scala di valutazione *self-report*, composta da 9 *item* con formato di risposta Likert a 4 punti. Per quanto riguarda la valutazione della comprensione del concetto di caso è stata adottata la versione italiana (Donati et al., 2022) del *Random Events Knowledge Test- Youth version* (REKT-YV;Turner et al, 2008). La scala è costituita da 22 *item* con formato di risposta Likert a 4. Infine, per quanto riguarda la capacità di ragionamento probabilistico è stato utilizzato il *Non-Gambling Task* (NGT;Donati et al., 2015). In questo caso agli studenti veniva proposta una tabella con sei differenti sequenze di sei lanci della moneta (due possibili eventi: C= croce; T=testa); ad ogni sequenza veniva chiesto di calcolare la probabilità che uscisse C se fosse stato effettuato un ulteriore lancio.

Relativamente ai fattori di rischio, il pensiero superstizioso è stato misurato attraverso la versione italiana per adolescenti (Chiesi et al., 2010) della *Superstitious Thinking Scale* (STS;Kokis et al., 2002) una breve scala formata da 8 *item*, su scala

*Likert* a 5 punti, che permette di riscontrare la presenza o meno di pensieri superstiziosi; ed infine l'aspettativa positiva di guadagnare economicamente dal gioco d'azzardo è stata misurata con la sottoscala *Money* della versione adattata per adolescenti italiani (Donati et al., 2022) del *Gambling Expectancies Questionnaire* (GEQ, Gillespie et al., 2007). Si tratta di 3 domande con risposta in formato *Likert* a 5 punti, che mostrano le aspettative positive delle persone. Rispetto alla scala originale che si poteva somministrare solamente alle persone affette da disturbo, la versione modificata garantisce di far emergere aspettative di risultato in tutti gli adolescenti, senza considerare le loro esperienze di gioco.

Le distorsioni cognitive sono state analizzate sia dal punto di vista del processo decisionale che dal punto di vista dei pensieri (Donati et al., 2015). Per misurare le prime è stato utilizzato il *Gambling Task* (Gt; Donati et al., 2015). Nel *task* vengono illustrate sei diverse sequenze di lanci della moneta e per ciascuna di queste è richiesto di indicare una cifra di euro, da un minimo di 0 a un massimo di 10, scommettendo sull'uscita di Croce nel caso in cui venisse effettuato un ulteriore lancio. Ad esempio, si ritiene un pensiero fallace quando la persona scommette più soldi nelle sequenze che finiscono con Croce, ritenendo essere questo l'evento più probabile, visto che è uscito frequentemente: questo fenomeno viene chiamato *hot hand*. Per indagare a fondo le caratteristiche del gioco d'azzardo ed il corrispondente grado di severità, è stato impiegato la GBS-A (Primi et al., 2015). La sezione A della scala è formata da diverse domande atte ad indagare le diverse tipologie di giochi praticati, la frequenza con la quale si è giocato nell'ultimo anno, la modalità (*online* o *offline*) e i partner di gioco; mentre la sezione B consiste in una scala di 9 *item* con formato di risposta *Likert* a 3 punti (mai, qualche volta, spesso) che evidenziano i sintomi del gioco d'azzardo patologico presentati dal DSM 5.

## **RISULTATI EMERSI DAL PROGETTO**

Alle rilevazioni *pre-intervento* hanno preso parte 1894 studenti, di cui 61% maschi e 39% femmine, frequentanti il secondo anno delle scuole secondarie di secondo grado. Il 34% di questi risiedevano nell'area Usl Centro, comprendente le province di Firenze, Pistoia e Prato. Per quanto riguarda il gioco d'azzardo è emerso che il 75% dei partecipanti, ossia 1421 persone, aveva giocato d'azzardo almeno una volta nel



corso degli ultimi 12 mesi, e di questi, il 49% ha dichiarato di averlo fatto in maniera continuativa. Un altro dato molto interessante emerso dall'indagine è che l'età media del primo coinvolgimento nel gioco è di 12 anni.

Coerentemente al modello di riferimento, si ha avuto la conferma del ruolo fondamentale ricoperto dalle distorsioni cognitive e dei fattori di rischio e protezione presi in considerazione rispetto al gioco d'azzardo problematico. Infatti, gli adolescenti che presentano un comportamento a rischio o problematico tendono maggiormente a pensare superstiziosamente ed hanno delle maggiori aspettative economiche positive. Per quanto riguarda gli effetti a breve termine, i risultati hanno evidenziato un incremento statisticamente significativo della totalità dei fattori protettivi presi in esame quali conoscenze correlate sul gioco d'azzardo, comprensione del concetto di caso e abilità di ragionamento probabilistico; mentre per quanto riguarda i fattori di rischio, è stata riscontrata una diminuzione significativa a seguito dell'intervento del pensiero superstizioso, dell'aspettativa economica sul gioco d'azzardo così come delle distorsioni cognitive. Facendo un'analisi dei risultati ottenuti nel lungo termine invece, si scopre che si ha una riduzione significativa della frequenza, della versatilità e della problematicità del gioco d'azzardo patologico a tre mesi di distanza dalle azioni svolte in classe.

Infine, alle interviste fatte dagli studenti ai genitori hanno partecipato 809 genitori; di questi il 67%, cioè 535 persone, ha dichiarato di aver giocato d'azzardo almeno una volta nell'ultimo anno e tra questi, l'11% dichiara di averlo fatto in modo regolare. La modalità di gioco prevalente è quella *offline*, mentre per quanto riguarda la relazione tra comportamento di gioco d'azzardo dei genitori e quello dei figli, è emerso che la frequenza del gioco d'azzardo del genitore influenza in modo consistente e positivo quella del figlio/a.

## **CONCLUSIONI DEL PROGETTO**

La caratteristica chiave di questo progetto è sicuramente quella di riferirsi ad un solido modello teorico e ad un impianto metodologico accurato. I risultati ottenuti hanno fatto emergere la diffusione dei comportamenti di gioco d'azzardo negli adolescenti frequentanti la scuola di secondo grado. I risultati della ricerca del progetto hanno fatto emergere come essere maschi sia un fattore di rischio e che, in linea con

le ipotesi iniziali, coloro che presentano un comportamento problematico sono allo stesso tempo carenti di fattori protettivi. I risultati dimostrano come l'obiettivo sia stato raggiunto, in quanto le azioni proposte hanno portato ad un incremento dei fattori protettivi e ad una riduzione di quelli di rischio, oltre ad ottenere la riduzione delle distorsioni cognitive. Questo risultato permette di confermare l'efficacia dell'intervento in termini universali, cioè, rivolta a tutta la popolazione di ragazzi presente in classe. La verifica dell'efficacia a lungo termine rappresenta il più importante risultato ottenuto, in quanto permette di confermare l'efficacia delle azioni intraprese in termini di prevenzione. Infine, leggendo i risultati di questo progetto, emerge in maniera chiara ed evidente come sia fondamentale la creazione di una rete tra scuola e servizi, in modo da integrare le diverse competenze e prospettive.

### **2.3.1.2 progetto chiama & vinci**

Durante la mia esperienza di tirocinio presso il Ser.D di Dolo, all'interno dell'Ulss 3 Serenissima, Regione Veneto, ho avuto la possibilità di osservare il progetto di prevenzione al Gioco d'azzardo denominato "Chiama&Vinci" che ora brevemente verrà descritto.

Questo progetto ha avuto origine nel 2015 quando il Ministero della Salute ha istituito un finanziamento volto a creare dei progetti in grado di promuovere la prevenzione, la cura e la riabilitazione del gioco d'azzardo patologico: questa iniziativa ministeriale ha permesso a tutte le Ulss di ricevere dei fondi con i quali creare diversi progetti legati alle dipendenze. Il progetto "Chiama&Vinci", nato nel 2019, fa capo al Piano Aziendale di attività per il contrasto al disturbo da gioco d'azzardo dell'Azienda Ulss n.3 Serenissima. È stato promosso dalla Regione Veneto con la Legge Regionale n.38/2019 con la missione di "promuovere interventi finalizzati alla prevenzione, al contrasto e alla riduzione dei rischi da gioco d'azzardo e delle problematiche azzardo-correlate, nonché al trattamento e al recupero delle persone che ne sono dipendenti e al supporto delle loro famiglie".

Ma qual è la reale situazione Veneta? In Veneto i dati evidenziano la presenza di 32.500 giocatori ad alto livello di problematicità, ma di questi solamente 1900 persone sono seguite dai Servizi per le Dipendenze della Regione. Volendo entrare ancora più nello specifico, è possibile constatare che, all'interno del territorio dell'Ulss 3, durante

il 2020, i giocatori problematici seguiti dai Ser.D sono stati 230 di cui 188 uomini e solamente 42 donne.

Il progetto è stato ed è attualmente condotto da un'equipe multidisciplinare, composta da educatori professionali, psicologi psicoterapeuti e assistenti sociali e che si avvale, inoltre, della collaborazione di medici psichiatri impegnati in azioni concrete rivolte alle persone che entrano in contatto con il gioco d'azzardo e alle loro famiglie. L'obiettivo del progetto è quello di promuovere, attraverso la prevenzione, la sensibilizzazione, il supporto e la cura, il benessere personale dei soggetti coinvolti ed il rafforzamento delle *life skills*. Il gruppo di lavoro intende intraprendere specifiche iniziative di informazione, sensibilizzazione e cura delle problematiche legate al gioco d'azzardo patologico. All'interno del progetto sono state previste diverse iniziative in collaborazione con molteplici realtà del territorio, tra cui servizi sociosanitari, associazioni socioculturali e ricreative, di categoria e del privato sociale.

Il progetto "Chiama&Vinci" si sviluppa in tre aree: l'area della Governance, quella della Prevenzione e quella della Cura. La prima è sicuramente la parte più complessa del progetto, in quanto richiede un impegno a vari livelli: in primo luogo si occupa di coordinare, gestire e monitorare l'attuazione del piano aziendale, costituendo un tavolo di coordinamento scientifico; in secondo luogo coordina e amministra tutte le diverse aree del progetto e ne monitora le varie attività svolte, in merito ai traguardi raggiunti dal progetto stesso; ed infine promuove il progetto attraverso la rete e i social media definendone le strategie di pubblicazione. L'area della prevenzione si riferisce a tutte le attività dedicate alla cittadinanza che mirano a sensibilizzare sulla tematica del gioco d'azzardo e ad intercettare, il prima possibile, comportamenti a rischio e prevenire lo sviluppo del disturbo. Questa area attua interventi diversi in base ai differenti *target* a cui si rivolge: in primo luogo alla popolazione generale con lo scopo di informare e sensibilizzare sui rischi connessi al gioco d'azzardo patologico; in secondo luogo, a gruppi o intere fasce della popolazione caratterizzate da una maggior probabilità di sviluppare la dipendenza e infine a coloro che presentano una condotta di gioco problematico, intervento, questo, che si integra con le competenze dell'area della cura. Allo stesso tempo questa ala del progetto si concentra anche sulla formazione di lavoratori, operatori di comunità e insegnanti; e, infine, gestisce e produce il materiale informativo specifico per *target*, la cui pubblicizzazione sarà poi indirizzata dall'area

Governance attraverso i vari *social media*. Alcuni esempi di eventi, sviluppati nell'ambito del progetto, volti alla prevenzione al gioco d'azzardo, sono gli incontri, aperti alla cittadinanza, di sensibilizzazione e informazione, condotti da dei professionisti che hanno l'obiettivo di spiegare i meccanismi che permettano l'instaurarsi della dipendenza; gli incontri di informazione per i giovani residenti nelle comunità educative per minori; gli appositi incontri di formazione per i loro operatori e le diverse giornate *open day* presso i vari Ser.D del territorio. Inoltre, all'interno degli Istituti Secondari di I° e II° grado, il progetto ha contribuito a creare degli interventi di *Peer Education*. La *Peer Education* consiste in un approccio educativo che assume l'attività fra pari come un metodo per diffondere informazioni e sviluppare delle strategie efficaci mediante un processo di condivisione di pensieri e di assunzione di oneri condivisi che consente allo stesso tempo un atteggiamento di maggiore apertura nei confronti di nuove idee. L'educazione tra pari si muove in una duplice dimensione: una orizzontale, quella dei *peer educator* e dei ragazzi, i quali condividono età, cultura e interessi; ed uno verticale che è resa possibile da alcune figure professionali molto preparate come educatori, psicologi, ecc. La *peer education* riconosce i ragazzi come attori protagonisti della promozione del proprio benessere e della creazione di azioni di prevenzione contro i comportamenti a rischio. Infine, l'area della Cura e della Riabilitazione è quella parte del progetto legata strettamente al trattamento delle complicanze derivanti da disturbo da gioco d'azzardo. All'interno del servizio vengono offerte differenti tipologie di trattamento, quali: colloqui psicologici per giocatori e familiari, interventi di gruppo, trattamenti psicoterapeutici, consulenza medica. Oltre al trattamento, quest'area si adopera per ampliare la gamma delle possibilità di cura al fine di facilitare l'ingresso ai Servizi da parte dei giocatori.

Come visto precedentemente questo progetto è abbastanza recente e quindi non sono ancora disponibili i dati in merito all'efficacia di questi interventi nella prevenzione del gioco d'azzardo nella fascia adolescenziale. Come riportato nel *podcast* "Non T'Azzardare", ideato dai professionisti del progetto, quello che si può evincere dalle attività proposte è il cambiamento di prospettiva da parte della popolazione in merito al gioco d'azzardo e un aumento percentuale delle persone che si stanno rivolgendo ai Servizi, anche se ancora in maniera poco significativa statisticamente. Il progetto "Chiama&Vinci" è un progetto che sta impiegando molte

risorse sia in termini economici che in termini di professionisti impiegati per cercare di raggiungere gli obiettivi: nato con una durata annua, in questi anni il progetto è sempre stato riconfermato vista la bontà dei risultati che sta conseguendo.

## CAPITOLO 3

### **Il ruolo dell'Educatore Professionale**

La figura professionale dell'Educatore Professionale nasce nel secondo dopoguerra con l'obiettivo di accudire i bambini orfani e costretti a vivere negli istituti. Successivamente con la legge 180 del 1978, denominata Legge Basaglia, il parlamento italiano decise la chiusura dei manicomi e l'avvio di strutture dignitose per la vita delle persone con disagio psichico, decretando la conseguente espansione della professione e l'emanazione del profilo ministeriale nel 1984. Le mansioni della professione si legano al lavoro con le persone con disabilità fisica e cognitiva e nell'attività terapeutica delle persone con dipendenza patologica, poiché la professione fonda le sue basi sui concetti di "promozione della salute" e "qualità di vita" promossi dall'OMS, sui concetti sanciti dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità ed infine sugli aspetti messi in luce dalla Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.

Il definitivo riconoscimento normativo della professione, però, avvenne soltanto attraverso il decreto ministeriale dell'8 Ottobre del 1998 n. 520 ("decreto Bindi"), con il quale l'Educatore Professionale ha visto formalizzare il suo profilo specifico di professionista.

Questo decreto sancisce che:

- L'Educatore Professionale è l'operatore incaricato di mettere in atto specifici progetti educativi e riabilitativi, all'interno di un progetto terapeutico elaborato in collaborazione con un'equipe multidisciplinare, volti ad ottenere uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali, in un contesto di partecipazione alla vita quotidiana; è responsabile del positivo inserimento o eventualmente del reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà.
- L'Educatore Professionale programma organizza e verifica interventi volti allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti in difficoltà con l'obiettivo di raggiungere livelli di autonomia sempre maggiori; contribuisce attivamente

a promuovere strutture e risorse sociali e sociali, al fine di raggiungere gli obiettivi definiti nel progetto educativo.

- L'Educatore Professionale può svolgere la professione sia in servizi sociosanitari pubblici che privati, sul territorio, nelle strutture semiresidenziali e residenziali, come dipendente o come libero professionista.

Un ulteriore passo in avanti per la professione dell'Educatore Professionale si realizzò grazie al DM 29 marzo 2001 (G.U. del 23 maggio del 2001, n. 118) con cui l'Educatore Professionale entra a far parte delle figure sanitarie nazionali.

Il *Core Competence* dell'Educatore Professionale (AA.VV.2010) ha individuato diversi ambiti di lavoro di questa figura sui problemi sociosanitari delle seguenti popolazioni di riferimento: anziani, adulti, persone con problemi di dipendenza patologica, persone con disagio psichico o disabilità e minori. Il medesimo documento evidenzia sei funzioni chiave di questo profilo quali: la pianificazione dell'intervento educativo che può essere rivolto ai singoli come ai gruppi, la formazione e la ricerca, l'organizzazione e la gestione accurata di strutture e risorse, e soprattutto gli interventi di riabilitazione ed educazione.

La figura professionale dell'Educatore Professionale è entrata solamente recentemente all'interno dei servizi ambulatoriali per le dipendenze. Come già ampiamente sottolineato, i diversi tipi di dipendenze costituiscono un ruolo importante all'interno dei problemi della nostra società e dell'attività dei Servizi Ambulatoriali Pubblici per le Dipendenze (Ser.D). Di conseguenza i Servizi hanno dovuto adattarsi all'evoluzione dell'uso di queste sostanze: si è passati, infatti, dall'iniziale trattamento delle persone con problematiche di dipendenza, correlate principalmente all'eroina negli anni '80, al trattamento dei consumatori di cocaina e ai poliassuntori fino ai giorni d'oggi dove sono sempre maggiori gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione per le persone con dipendenze comportamentali come, ad esempio, il gioco d'azzardo patologico. Parallelamente si è assistito ad un cambiamento della cultura riguardante le patologie da dipendenza: infatti, oggi si parla di dipendenza come di un fenomeno multifattoriale, il quale necessita di un intervento multidisciplinare in grado di prendere in carico la persona in tutti i suoi aspetti. In

questo quadro, l'Educatore Professionale ha assunto sempre maggior rilevanza all'interno dei Ser.D e non è esagerato affermare che gli educatori abbiano avuto un ruolo importante nel far sviluppare la cultura dell'equipe di riferimento, apportando notevoli contributi alla *mission* e alla *vision* del servizio.



## CONCLUSIONI

Questo elaborato si è posto l'obiettivo di rispondere ai seguenti interrogativi: analizzare nello specifico, il complesso fenomeno delle dipendenze comportamentali e cercare di comprendere quanto questo fenomeno sia diffuso tra gli adolescenti italiani. Inoltre, la ricerca ha cercato di mettere in evidenza quanti e quali siano le tipologie di prevenzione impiegate nella lotta al gioco d'azzardo da parte dei Servizi Sanitari internazionali e nazionali e qual è il loro effettivo grado di efficacia sul *target* di riferimento.

Dallo studio svolto è emerso come il fenomeno delle dipendenze comportamentali e, più nello specifico, il disturbo da gioco d'azzardo si sia diffuso negli ultimi anni e di come stia diventando sempre più un problema sociale, che coinvolge direttamente le fasce giovanili della popolazione, nonostante le leggi dello Stato vietino qualsiasi forma di gioco in denaro ai minorenni. Dai dati rilevati da questo studio emergono delle differenze tra le tipologie di gioco tra i due sessi come per esempio: nell'età di esordio del disturbo, nelle motivazioni che spingono a giocare e soprattutto nella scelta delle diverse tipologie di giochi d'azzardo; infatti, le donne preferiscono giochi non strategici come i Gratta & Vinci e le Slot machine. Si evidenziano inoltre le modalità da parte dei giovani di vivere il gioco d'azzardo come qualcosa di normale, quasi addirittura come un elemento di convivialità, come una sorta di svago di divertimento sottostimando le conseguenze negative che questa attività può comportare. Inoltre, il focus è stato posto sulle tipologie di prevenzione in grado, a vari livelli, di rallentare, fermare e curare l'insorgenza del disturbo. Inizialmente il progetto ha esposto una rapida panoramica della storia della prevenzione all'interno dei servizi sanitari, successivamente si è focalizzato sullo studio delle diverse tipologie di prevenzione esistenti e sui vari progetti presenti nel panorama internazionale e nazionale, concentrandosi in particolari su due progetti: il progetto PRIZE il quale è stato sviluppato e condotto in Toscana e il progetto "Chiama&Vinci," promosso dall'Ulss 3 Serenissima, Regione Veneto, al quale ho assistito in prima persona durante il mio tirocinio; infine, ha voluto concentrarsi sul ruolo dell'Educatore Professionale nel contesto del gioco d'azzardo patologico.

Nell'ambito della dipendenza, questa figura professionale trova il suo maggior spazio d'azione cercando di cogliere i bisogni latenti all'interno della popolazione di riferimento, cercando di creare delle strategie preventive e comunicative sempre più efficaci. La ricerca ha evidenziato come l'Educatore Professionale, all'interno della sua professione, si trova a lavorare sia in ambienti significativi a livello di prevenzione per i giovani, creando una progettualità volta alla prevenzione del disturbo da gioco d'azzardo con gli adolescenti e i loro genitori, sia in strutture specifiche per la cura e riabilitazione delle dipendenze. In entrambe le situazioni gli educatori sono tenuti ad avere come obiettivo quello di rinforzare la conoscenza e portare alla coscienza della persona i danni causati da questa patologia. Questa attività preventiva deve essere rivolta anche, se non soprattutto, ai giovanissimi, che, come è emerso, possono essere attratti dal gioco d'azzardo, dando agli studenti strumenti per agevolare l'autoregolazione emotiva e ai loro genitori delle strategie comunicative educative efficaci.

Dalle ricerche fatte per riuscire a elaborare questo progetto è emersa una grande lacuna organizzativa nel campo degli interventi di prevenzione organizzati e gestiti dall'attore pubblico: infatti, in Italia, non è presente un unico progetto di prevenzione adottato da tutti i servizi per le dipendenze, ma ciascuna Ulss introduce dei singoli progetti. Questo fenomeno, anziché agevolare la lotta alla diffusione del fenomeno, paradossalmente, ne complica la limitazione, poiché, non essendo coordinati, non è possibile avere una stima precisa dei dati su scala nazionale.

## BIBLIOGRAFIA

“area progetto del progetto chiama&vinci “chiama&vinci, ultimo accesso: 5 Aprile 2024 <https://gap.aulss3.veneto.it/Il-DGA>

Alonso-Fernández, F. (1999). *Le altre droghe: alimentazione sesso televisione acquisti gioco lavoro*. Edizioni universitarie romane.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Association. Washington, DC: Author

Appendice Libro Blu 2021, ADM, L'agenzia delle accise, Dogane e Monopoli (2022)

Arnett, J. (1992). *Reckless behavior in adolescence: A developmental perspective*. *Developmental review*, 12(4), 339-373.

Azzardo e Nuove Dipendenze. Associazione di Promozione Sociale nata nel 2003, grazie ad un gruppo di professionisti del settore, con l'obiettivo di sensibilizzare operatori sociali, istituzioni e popolazione in genere sul tema delle dipendenze senza sostanze ([www.andinrete.it](http://www.andinrete.it)).

Bandura A., 1977, *Social learning theory*. Englewood Cliffs-New York: Prentice Hall; tradit Ericson Trento

Barbarenalli C., Regalia C., Pastorelli C., 1998, Fattori protettivi dal rischio psicosociale in adolescenza. In *Abilità prosociali e prevenzione del rischio*, 60, 93-99

Bechara A. (2003) *Risky business: emotion, decision making and addiction*. *J Gambi stud* 19: 23-51

Bellio G, Amelia. Fiorin, S. Giacomazzi- Azienda ulss n. 8 “VINCERE IL GIOCO D’AZZARDO, MANUALE DI AUTOAIUTO PER IL GIOCATORE CHE VUOLE SMETTERE”

Bellio G., Croce M.,(2014) “Manuale sul gioco d’azzardo. Diagnosi, valutazione e trattamenti” Franco Angeli

Bellio G., Fiorin A. (2015)“IL MODELLO DI VALUTAZIONE DIAGNOSTICA DELL’AMBULATORIO PER IL GIOCO D’AZZARDO PROBLEMatico DI CASTELFRANCO VENETO”

Bellio, G. (2016). I mille volti del giocatore d’azzardo impulsivo. *Dal Fare al Dire*, 3, 5-14.

Best M., Williams JM, Coccaro EF. (2002) Evidence for a dysfunctional prefrontal circuit in patients with an impulsive aggressive disorder. *Proc Natl Acad Sci Usa* 99: 8448-8453.

- Biagioni, S., & Molinari, S. (2021). *ESPAD #iorestoacasa 2020. I comportamenti a rischio durante il primo lockdown tra gli studenti dai 15 ai 19 anni*. Pisa: IFC. Disponibile in: [https://www.epid.ifc.cnr.it/wp-content/uploads/2021/01/ESPAD-iorestoacasa-2020\\_ISBN-22.02.2021-LEGGERO.pdf](https://www.epid.ifc.cnr.it/wp-content/uploads/2021/01/ESPAD-iorestoacasa-2020_ISBN-22.02.2021-LEGGERO.pdf) [29 gennaio 2021]
- Blaszczynski, A. (2000). Pathways to Pathological Gambling: Identifying Typologies. *Journal of Gambling Issues*, 1.
- Blaszczynski, A., Nower, L. (2002). A Pathways Model of Problem and Pathological Gambling. *Addiction*, 97: 487-499.
- Botvin G.J., Dusenbury L., (1987). Life skills training: a psycho-educational approach to substance abuse prevention In C.A. Maher e J.E. Zins (a cura di), *Psycho-educational interventions in schools: methods and procedures for enhancing student competence*. New York: Pergamon Press, 46-65
- Bratman, S., & Knight, D. (1997). *Health food junkie*. *Yoga J*, 136, 42-50.
- Byrne, Andrea M., Laurie Dickson-Gillespie, Jeffrey L. Derevensky, Rina Gupta, e Isabelle Lussier. (2005). “The Application of Youth Substance Use Media Campaigns to Problem Gambling: A Critical Evaluation”. *Journal of Health Communication* 10 (8) (dicembre): 681–700. doi: 10.1080/10810730500326658.
- Calado, F., Alexandre, J., & Griffiths, M. D. (2017). *Prevalence of adolescent problem gambling: A systematic review of recent research*. *Journal of gambling studies*, 33(2), 397-424.
- Calvosa L., Rossi S., (2013) Gli equilibri di genere negli organi di amministrazione e controllo delle imprese, in “osservatorio del diritto civile e commerciale, Rivista semestrale” 1/2013, pp 3-34, doi: 10.4478/74687
- Camporese A., slide del corso interventi riabilitativi nelle dipendenze patologiche, Università degli studi di Padova, 2022
- Canale, N., Vieno, A., & Griffiths, M. D. (2016). *The extent and distribution of gambling-related harms and the prevention paradox in a British population survey*. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(2), 204-212.
- Canale, N., Vieno, A., Lenzi, M., Griffiths, M. D., Borraccino, A., Lazzeri, G., ... & Santinello, M. (2017). *Income inequality and adolescent gambling severity: Findings from a large-scale Italian representative survey*. *Frontiers in Psychology*, 8, 1318.
- Caneppele S., Marchiaro. *Gioco d’azzardo patologico: Monitoraggio e prevenzione in Trentino*. Trento: - Università degli Studi di Trento, 2015. Joint Research Centre on Transnational Crime. 93-129
- Capitanucci D, Smaniotto R, Biganzoli A, Romito J, Ponticelli T, Ladoucer R, et al. (2007) Il caso, Lucky, non si può influenzare. Progetto di prevenzione e sensibilizzazione all’adozione di uno stile di gioco sano, rivolto a ragazzi della

scuola primaria di secondo grado. Progetto realizzato in collaborazione con l'ASL di Sondrio su finanziamento della Regione Lombardia. 2006-2007

Capitanucci D., (2012) Strategie di prevenzione del gioco d'azzardo patologico tra gli adolescenti in Italia. L'utilizzo di strumenti evidence-based per distinguere tra promozione e prevenzione. Dipartimento politiche Antidroga, Presidenza del consiglio dei Ministri 139- 147

Capitanucci D., Biganzoli A., Smaniotto R. (2009). Il futuro in gioco? Personalità/Dipendenze. Vol. 15. Fascicolo 2. pp. 119 -130

Capitanucci D., Smaniotto R. (2011). "Gruppi di auto aiuto e lavoro sul territorio nel gioco d'azzardo patologico". Itaca. "Gambling: dati, ricerca, interventi". N. 33/2011

Capitanucci D., Smaniotto R., Biganzoli A. (2010). "La prevenzione del gioco problematico negli adolescenti attraverso l'adattamento del video Lucky". Quaderni Italiani di Psichiatria. 29(1). pp. 30-39.

Caplan R.D. (1979), *Social support, person-environment fit and coping*. In L.F. Furman, J. Gordi (eds.) *Mental health and economy. Kalamazoo: Upjohn Institute for employment Research*, 200

Cavedini P., Riboldi G., D'Annunzi A., Belotti P., Cisima M, Bellodi L. (2002) Eterogeneità decisionale nel disturbo ossessivo compulsivo: la funzione della corteccia prefrontale ventromediale predice diversi esiti del trattamento. *Neuropsychologia*; 40 (2): 205-11. Doi: 10.1016/s0028-3932(01)00077-x

Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie. Dipendenze Comportamentali/Gioco d'azzardo patologico: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi. 2008

Cerrai, S., Luppi, C., & Molinaro, S. (2020). Il gioco d'azzardo nella Regione Toscana, Rapporto Ricerca integrato sulla diffusione del gioco d'azzardo in Toscana. IFC- CNR, Pisa. <https://www.epid.ifc.cnr.it/wpcontent/uploads/2021/01/GIOCO-dazzardo-in-Toscana-Leggerissimo.pdf>

Chiesi, F., Donati, M. A., Papi, C., & Primi, C. (2010). Misurare il pensiero superstizioso nei bambini: validità e attendibilità della Superstitious Thinking Scale [Measuring superstitious thinking in children: validity and reliability of the Superstitious Thinking Scale]. *Età Evolutiva*, 97, 9-19.

Colecchia, N., 1995, Adolescenti e prevenzione. Disagio, marginalità e devianza. Il Pensiero Scientifico, Roma

Crisafulli, F. (2016) Le competenze dell'Educatore Professionale. *Welfareoggi* 69-72

Crisafulli, F., (2022) Riabilitazione sociale e interventi di educazione professionale per le popolazioni vulnerabili: revisione di letteratura e analisi dei documenti pubblicati in Italia per la ricerca di evidenze di efficacia e appropriatezza, 89-112, n.1, Vol. 6

Crosara N., il ruolo dell'Educatore Professionale nella prevenzione del disturbo da gioco d'azzardo online: un'analisi della percezione del fenomeno tra adolescenti e giovani adulti, Università degli studi di Padova, aa 2022-2023, pp 25-37

CSAP, 2001a). Principles of substance abuse prevention. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. [www.samsha.gov/csap](http://www.samsha.gov/csap)

CSAP, 2001b, Promising and proven substance abuse prevention programs, Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. [www.samsha.gov/csap](http://www.samsha.gov/csap)

CSAP, 2001c, Science-based substance abuse prevention: a guide. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, [www.samsha.gov/csap](http://www.samsha.gov/csap)

De carlo F., il gioco d'azzardo in Italia: analisi e valutazione delle policies, Luiss, aa 2012-2013

Decreto Ministeriale, 8 ottobre 1998, n. 520 "Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Educatore Professionale, ai sensi dell'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 20 dicembre 1992, n.502"

Decreto Ministeriale, 29 marzo 2001, Definizione delle figure professionali di cui all'art.6, del D.Lgs. 30 Dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli art. 1,2,3 e 4 della L.10 agosto 2000 n.251

Decreto Legislativo, 14-4-1948 n. 496 disciplina delle attività di giuoco

Decreto Legislativo 8 luglio 2002, n. 138/2002 "Interventi urgenti in materia tributaria, di privatizzazioni, di contenimento della spesa farmaceutica e per il sostegno dell'economia anche nelle aree svantaggiate"

Decreto Legge 6 Luglio 2011, n.98 Disposizioni per il controllo e la riduzione della spesa pubblica nonché in materia di entrate

De Ruiter MB, Veltman DJ, Goudriaan AE, Oosterlaan J., Sjoerds Z, van den Brink W. (2009) Response perseveration and ventral prefrontal sensitivity to reward and punishment in male problem gamblers and smokers. *Neuropsychopharmacology*, Mar 34(4); 1027-38. Epub 2008 oct. 1

DelFabbro, P. H. (2014). Behavioral Risk Factors in disordered Gambling and Treatment Implications. In D.C. S. Ricjard, A. Blaszczynski & L. Nower (Eds),

The Wiley-Blackwell handbook of disordered gambling, John Wiley & Sons, Chichester, UK.

Delfabbro, P., Lambos, C., King, D., & Pugliese, S. (2009). Knowledge and beliefs about gambling in Australian secondary school students and their implications for education strategies. *Journal of Gambling Studies*, 25, 523-539. <http://dx.doi.org/10.1007/s10899-009-9141-0>

Delfabbro, Paul. 2004. "The Stubborn Logic of Regular Gamblers: Obstacles and Dilemmas in Cognitive Gambling Research". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 20 (1): 1–21. doi: .1023/B:JOGS.0000016701.17146.d0.

Derevensky, J. L. (2012). *Teen gambling: Understanding a growing epidemic*. Rowman & Littlefield Publishers

Derevensky, J. L., & Gilbeau, L. (2019). Preventing adolescent gambling problems. In *Gambling Disorder* (pp. 297-311). Springer, Cham.

Dickson, L., Derevensky, J. L., & Gupta, R. (2008). *Youth gambling problems: Examining risk and protective factors*. *International Gambling Studies*, 8(1), 25-47.

Doiron, Jason P., e Richard M. Nicki. 2007. "Prevention of Pathological Gambling: A Randomized Controlled Trial". *Cognitive Behaviour Therapy* 36 (2) (giugno1): 74–84. doi: 10.1080/16506070601092966

Donati, M. A. Chiesi, F., & Primi, C. (2015). The role of probabilistic reasoning abilities on adolescent risk taking. *The mathematics Enthusiast*, 12(1), 262-274.

Donati, M. A., Beccari, C., Biganzoli, A., Tadini, M., Capitanucci, D., Smaniotto, R. & Primi, C. (2019). Measuring gambling knowledge in adolescents: The construction of a new short scale for research and practice. *Mental Health and Addiction Research*, 4, 1-5.

Donati, M. A., Beccari, C., Biganzoli, A., Tadini, M., Capitanucci, D., Smaniotto, R. & Primi, C. (2019). Measuring gambling knowledge in adolescents: The construction of a new short scale for research and practice. *Mental Health and Addiction Research*, 4, 1-5. <http://dx.doi.org/10.15761/MHAR.1000173>

Donati, M. A., Boncompagni, J., Iraci Sareri, G., Ridolfi, S., Iozzi, A., Cocci, V., Arena, A., & Primi, C. (2022). Optimizing large-scale gambling prevention with adolescents through the development and evaluation of a training course for health professionals: The case of PRIZE. *PLoS One*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266825>

Donati, M. A., Derevensky, J. L., Cipollini, B., Di Leonardo, L., Sareri, G. I., & Primi, C. (2021). Measuring gambling outcome expectancies in adolescents: Testing the psychometric properties of a modified version of the Gambling

Expectancy Questionnaire. *Journal of Gambling Studies*, 1-22.  
<https://doi.org/10.1007/s10899-021-10053-y>

Donati, M. A., Primi, C., Iozzi, A., & Boncompagni, J. (2020). Il gioco d'azzardo nelle adolescenti: analisi del comportamento e dei fattori di rischio attraverso la Gambling Behavior Scale-For Adolescents (GBS-A). *Il gioco d'azzardo nelle adolescenti: analisi del comportamento e dei fattori di rischio attraverso la Gambling Behavior Scale-For Adolescents (GBS-A)*, 97-119

Dow Schull, N. (2014) *Architetture dell'azzardo*. Ed. Ital. Luca Sossella Editore, 2015, Bologna

Dowling, N. A., Merkouris, S. S., Greenwood, C. J., Oldenhof, E., Toumbourou, J. W., & Youssef, G. J. (2017). *Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Clinical psychology review*, 51, 109-124.

Embretson, S. E., & Reise, S. P. (2000). *Item response theory for psychologists*. Mahwah.

European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs Group (2019). *ESPAD Report 2019. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Publication Office of the European Union  
<http://www.espad.org/espad-report-2019>

European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs Group (2021). *ESPAD Report 2021. Rapporto di Ricerca sui comportamenti a rischio tra la popolazione studentesca attraverso lo studio*

Evans, Richard I. 2003. "Some Theoretical Models and Constructs Generic to Substance Abuse Prevention Programs for Adolescents: Possible Relevance and Limitations for Problem Gambling". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 19 (3): 287-302

Ferland F., Ladouceur R., Vitaro F. (2002). "Prevention of problem gambling: modifying misconceptions and increasing knowledge", *Journal of Gambling Studies*, 18, 19-30

Floros, G. D., Siomos, K., Fisoun, V., & Geroukalis, D. (2013). *Adolescent online gambling: The impact of parental practices and correlates with online activities. Journal of Gambling Studies*, 29(1), 131-150

Freud S. (1986) *l'Io e l'Es: e altri scritti*. P. Boringhieri

Freud, S. (1927). *Dostoevskij e il parricidio*, in Id., *Opere*, vol. X, Boringhieri, Torino, 1978



- Fröberg, F., Modin, B., Rosendahl, I. K., Tengström, A., & Hallqvist, J. (2015). *The association between compulsory school achievement and problem gambling among Swedish young people. Journal of Adolescent Health, 56*(4), 420-428.
- Gaboury, Anne, e Robert Ladouceur. 1993. "Evaluation of a Prevention Program for Pathological Gambling among Adolescents". *Journal of Primary Prevention 14* (1) (settembre 1): 21–28. doi: 10.1007/BF01324653
- Gandolfo A., De Bonis V., (2011) Il gioco pubblico in Italia fra tradizione e innovazione: aspetti economici e di marketing. ISSN 2039-1854 gen 05
- Garuglieri, A., Remaschi, L., Ricci, A.,(2023) i quaderni della fondazione dell'ordine degli psicologi della toscana, N.6/2023 esperienze di psicologia scolastica.
- Gillespie, M.A.M., Derevensky, J., & Gupta, R. (2007). Adolescent problem gambling: Developing a gambling expectancy instrument. *Journal of Gambling Issues, 19*, 51-68. <https://doi.org/10.4309/jgi.2007.19.3>
- Gilovich, T. (1983). *Biased evaluation and persistence in gambling. Journal of personality and social psychology, 44*(6), 1110.
- Giusti E., Cittarelli N. "Ricerche e terapie sul gioco d'azzardo" 2015;
- Goldstein RZ, Volkow ND (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am J Psychiatry 159*: 1642-1652
- Gori, M., Potente, R., Pitino, A., Scalese, M., Bastiani, L., & Molinaro, S. (2015). *Relationship between gambling severity and attitudes in adolescents: findings from a population-based study. Journal of Gambling Studies, 31*(3),717-740.
- Goudriaan AE, de Ruiter MB, van den Brink W, Oosterlaan J, Veltman DJ.(2010) Brain activation patterns associated with cue reactivity and craving in abstinent problem gamblers, heavy smokers and healthy controls an fMRI study. *Addict Biol. 2010 oct; 15*(4); 491-503. Doi: 10.1111/j.13691600.2010.00242.x. Epub 2010 ep 14
- Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A. & Gorelick, D. A. (2010). Introduction to behavioral addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 36*,233-241
- Griffiths, M. D. (2009). *The psychology of addictive behaviour*. In M. Cardwell, L. Clark, C. Meldrum & A. Waddely (Eds.), *Psychology for A2 Level* (pp.436-471). London: Harper Collins.
- Guerreschi C. "Non è un gioco" 2012, San Paolo 2012
- Huggett, S. B., Winiger, E. A., Palmer, R. H., Hewitt, J. K., Corley, R. P., & Stallings, M. C. (2021). *The structure and subtypes of gambling activities: Genetic,*

*psychiatric and behavioral etiologies of gambling frequency. Addictive Behaviors, 113, 106662*

Ibanez A., Blanco C., de Castro IP, et al. (2003) genetics of pathological gambling. *Psychiatr Ann 32: 181-185*

Jessor R., Jessor S.L., 1977, Problem behavior and psychosocial development-A longitudinal study of youth. Academic Press, New York.

Kokis, J. V., MacPherson, R., Toplak, M. E., West, R. F., & Stanovich, K. E. (2002). Heuristic and analytic processing: age trends and associations with cognitive ability and cognitive styles. *Journal of Experimental Child Psychology, 83, 26-52.* <http://dx.doi.org/10.1016/S0022-0965>

Kraepelin E., (1907) Trattato di psichiatria. Casa Editrice dottor Francesco Vallardi

Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012a). *Internet and gaming addiction: a systematic literature review of neuroimaging studies. Brain sciences, 2(3), 347-374.*

Kuss, D. J., Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2018). *Neurobiological correlates in internet gaming disorder: a systematic literature review. Frontiers in psychiatry, 9, 166*

La Barbera D, La Cascia C., (2008) Nuove dipendenze, eziologia, clinica e trattamento delle dipendenze “senza droga”, Noos aggiornamenti in psichiatria, vol. 14, numero 2, 99-107

Ladouceur, Sylvain C., Boutin C., Cartevano e Capitanucci “il gioco d’azzardo eccessivo”, 2003, Centro Scientifico Editore, 1 Gennaio 2003

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

Ladouceur, R., Ferland, F., Vitaro, F., & Pelletier, O. (2005). Modifying youths' perception toward pathological gamblers. *Addictive Behaviors, 30(2), 351-354.* <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.05.002>

Ladouceur, Robert, Francine Ferland, e Frank Vitaro. 2004. “Prevention of Problem Gambling: Modifying Misconceptions and Increasing Knowledge Among Canadian Youths”. *Journal of Primary Prevention 25 (3) (novembre 1): 329–335.* doi: 10.1023/B:JOPP.0000048024.37066.32.

Lavoie, Marie-Pier, e Robert Ladouceur. 2004. “Prevention of gambling among youth: Increasing knowledge and modifying attitudes toward gambling”. *Journal of Gambling Issues*

Lee, G. P., Stuart, E. A., Ialongo, N. S., & Martins, S. S. (2014). *Parental monitoring trajectories and gambling among a longitudinal cohort of urban youth. Addiction, 109(6), 977-985*

Legge 4 agosto 2006, n. 248 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 4 luglio 2006, n.223, recante disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all’evasione fiscale”

Legge 24 giugno 2009, n. 77 “conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 28 aprile 2009, n.39, recante interventi urgenti in favore delle popolazioni colpite dagli eventi sismici nella regione Abruzzo nel mese di aprile 2009 e ulteriori interventi urgenti di protezione civile”

Legge 8 novembre 2012, n.189 “conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute.

Legge 11 marzo 2014, n.23, delega al Governo recante disposizioni per un sistema fiscale più equo, trasparente e orientato alla crescita

Legge regionale 10 settembre 2019, n.38 “norme sulla prevenzione e cura del disturbo del gioco d’azzardo patologico.”

Leonard, C. A., & Williams, R.J. (2016). The relationship between gambling fallacies and problem gambling. *Psychology of addictive behaviours, 30, 694-704.*

*Lie-bet questionnaire*, Johnson EE, Hamer R, Nora RM (1997); Johnson EE, Hamer R, Nora RM (1998)

Lussier, I. D., Derevensky, J., Gupta, R., & Vitaro, F. (2014). *Risk, compensatory, protective, and vulnerability factors related to youth gambling problems. Psychology of Addictive behaviors, 28(2), 404*

MacCallum, F., Blaszczynski, A., Ladoucer, R. & Nower, L. (2007). Functional and dysfunctional impulsivity in pathological gambling. *Personality and Individual Differences, 43, 1829-1838*

Margutti E. (Conduttore), (2023-presente), il senso del progetto “Chiama&Vinci” (n.2), (episodio di podcast audio). In Non T’Azzardare! Chiama&Vinci\_AULSS3. <https://open.spotify.com/show/1JBOLq4QVxnNMbQcKJoNzy>

Maslow A., 1968, *Toward a psychology of being*. New Jersey: Van Nostrand Princeton.

McCormack, A., Shorter, G. W., & Griffiths, M. D. (2014). An empirical study of gender differences in online gambling. *Journal of Gambling Studies, 30(1),71-88*

Melodia F., Pivetta E., Canale N., Marino C., Vieno A., Chieco F., Carraro A., Formentin S., Camporese A., (2022) Non è un gioco da ragazzi: quando il gioco d’azzardo e l’uso dei videogiochi diventano problematici, una guida per docenti,

operatori sanitari e sociali. 1 edizione mar 2022, Cleup sc “Coop. Libreria Editrice Università di Padova” 21-38

Mendorla G., Castorina S. (2015) “Gioco d’azzardo e denaro. Effetti sul mondo psichico e sulla realtà sociale” ,Bonnano editore, vol 10 di cultura di Cultura e formazione Psicologia, Isbn-10: 8863180679

Messerlian, Carmen, e Jeffrey L. Derevensky. 2006. “Social Marketing Campaigns for Youth Gambling Prevention: Lessons Learned from Youth”. *International Journal of Mental Health and Addiction* 4 (4) (ottobre 1): 294–306. doi: 10.1007/s11469-006-9032-x.

Molinari, S., Chiellini, P., Scalese, M., ... & Doveri, C. (2011). ESPADITALIA®. INDAGINE SUL CONSUMO DI ALCOL E ALTRE SOSTANZE NELLA POPOLAZIONE SCOLASTICA. Pisa: IFC. Disponibile in: [https://www.epid.ifc.cnr.it/wpcontent/uploads/2016/10/images\\_downloads\\_MaterialeDivulgativo\\_opuscolo\\_EspadItalia\\_2011.pdf](https://www.epid.ifc.cnr.it/wpcontent/uploads/2016/10/images_downloads_MaterialeDivulgativo_opuscolo_EspadItalia_2011.pdf)

Monaghan, Sally, Jeffrey L. Derevensky, e Alyssa Sklar. 2008. “Impact of gambling advertisements and marketing on children and adolescents: Policy recommendations to minimise harm”. *Journal of Gambling Issues* (dicembre 1): 252–274. doi: 10.4309/ jgi.2008.22.7

Notarbartolo, A., (2016) il lavoro degli Educatori Professionali in un servizio Ambulatoriale per le Patologie da Dipendenza, con una rassegna di progetti realizzati p. 17-53

Organizzazione mondiale della sanità- OMS (2001), ICF international classification of functioning, disability and health, world Health Organization, Geneva

Orlandini D., La prevenzione delle dipendenze e le nuove modalità di consumo. Unità Operativa Prevenzione Dipendenze- Dipartimento Dipendenze – Azienda Ulss 12 Veneziana 505-525

Orlandini D., Nardelli R, Bottignolo E., 2002, Programmi e modelli di prevenzione primaria delle dipendenze: i diversi aspetti della valutazione, Regione Veneto, Venezia, <http://serviziweb.ulss12.ve.it/html/download.htm>

Paoli E., Disturbo da Gioco d’Azzardo: caratteristiche personologiche e comportamenti di gioco, Dottorato di ricerca in Psicologia Dinamica e Clinica, Università di Roma, Sapienza, aa 2019-2020

Petry NM, Casarella T. (1999) Excessive discounting of delayed rewards in substance abusers with gambling problems. *Drug alcohol depend* 56: 25-32

Pettit, G. S., Laird, R. D., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Criss, M. M. (2001). *Antecedents and behavior-problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence. Child development*, 72(2), 583-598

Potenza, M. N., Wareham, J. D., Steinberg, M. A., Rugle, L., Cavallo, D. A., Krishnan-Sarin, S., & Desai, R. A. (2011). *Correlates of at-risk/problem internet gambling in adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50*(2), 150-159.

Potenza, M.N., Fiellin, D.A., Heninger, G.R. et al. (2002) Gambling. *J Gen Intern Med 17*, 721-732

PotenzaMN., Steinberg MA., McLaughlin SD, et al. (2001) Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *Am J.Psychiatry 158*: 1500-1505

Primi, C., Donati, M. A., & Chiesi, F. (2015). *Gambling Behavior Scale for Adolescents. Scala per la Misura del Comportamento di Gioco D'azzardo Negli Adolescenti.* Hogrefe Editore.

Qian, T. Y., Zhang, J. J., Wang, J. J., & Hulland, J. (2020). *Beyond the game: Dimensions of esports online spectator demand. Communication & Sport, 8*(6), 825-851.

Rahman AS., Pilver CE, Desai RA, Steinberg MA, Rugle I, Krishnansari S, Potenza MN.(2012) The relationship between age of gambling onset and adolescent problematic gambling severity. *Journal of psychiatric research.* Mar 10

Raisamo S., Halme J, Murto A., Lintonen T. (2012) Gambling-Related Harms Among Adolescents: A Population-Based study. *J Gambl stud*, feb 26 (Epub ahead of print)

Ravenna M., (1997), *Usa di sostanze psico-attive nel tempo libero: indagine su ambienti giovanili nella provincia di Ravenna.* STEAR. Ravenna

Relazione Libro Blu 2021, ADM, l'Agenzia delle Accise, Dogane e Monopoli (2022)

Rogers C., 1961, *On becoming a person.* Houghton-Mifflin. Boston

Santinello, M., e Carlo C., 2002. "L'efficacia della prevenzione e la prevenzione dell'inefficacia. Alcune riflessioni sui programmi preventivi per i minori". *Psicologia clinica dello sviluppo* (1/2002)

Sarti, S., Alberio, M., & Terraneo, M. (2013). *Health inequalities and the welfare state in European families. J. Soc. & Soc. Welfare, 40*, 103.

Serpelloni G, Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del consiglio dei Ministri "GAMBLING. Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione", Febbraio 2013

Serpelloni G. (2013) GAMBLING. Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze

scientifiche per la prevenzione, cura, riabilitazione Roma: Dipartimento Politiche Antidroga;

Serpelloni G., et al. (2012) Il gioco d'azzardo patologico in Italia, volume 2, Numero 3-4, pag 10-11

Sharpe L., Tarrier N., Schotte D, et al. (1995) the role of autonomic gambling arousal in problem gambling. *Addiction* 90: 1529-1540

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(1), 39.

Slutske, W. S. (2019). *Genetic and environmental contributions to risk for disordered gambling*. In *Gambling disorder* (pp. 73-100). Springer, Cham

Smart R.,Fejer D., 1974, Drug education: currents issues, future direction. Addiction Research Foundation of Ontario. Toronto

Stock W., Ruiz M., 1977, Drug abuse bridging the multidimensional ignorance gap. *DrugForum*, 4, 335-344

Takushi, Ruby Y., Clayton Neighbors, Mary E. Larimer, Ty W. Lostutter, Jessica M. Cronce, e G. Alan Marlatt. 2004. "Indicated Prevention of Problem Gambling among College Students". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 20 (1): 83–93.

Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D.A. (2000) "i disturbi della regolazione affettiva" Giovanni Fioriti editore

Toneatto, T. (1999). *Cognitive psychopathology of problem gambling. Substance use & misuse*, 34(11), 1593-1604

Tonietto G., La prevenzione primaria della dipendenza da gioco d'azzardo patologico negli studenti: uno studio osservazionale, Tesi di laurea, Università degli studi di Padova, aa 2014-2015,

Toplak, M., Liu, E., Macpherson, R., Toneatto, T., & Stanovich, K. E. (2007). The reasoning skills and thinking dispositions of problem gamblers: A dual-process taxonomy. *Journal of Behavioral Decision Making*, 20, 103-124.<http://dx.doi.org/10.1002/bdm.544>

Turner, N. E., MacDonald, J., Bartoshuk, M., & Zangeneh, M. (2008). Adolescent Gambling Behavior, Attitudes, and Gambling Problems. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6, 223-237. <http://dx.doi.1007/s11469-007-9117-1>

Turner, Nigel, Jamie Wiebe, Agata Falkowski-Ham, Jon Kelly, e Wayne Skinner. 2005. "Public Awareness of Responsible Gambling and Gambling Behaviours in

Ontario”. *International Gambling Studies* 5 (1) (giugno 1): 95–112. doi: 10.1080/14459790500098044

Turner, Nigel, John Macdonald, e Matthew Somerset. 2008. “Life Skills, Mathematical Reasoning and Critical Thinking: A Curriculum for the Prevention of Problem Gambling”. *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 24 (3) (settembre): 367– 380. doi: 10.1007/s10899-007-9085-1.

Urhausen, A., & Kindermann, W. (2002). *Diagnosis of overtraining. Sportsmedicine*, 32(2), 95-102.

Vieno, A., Canale, N., Potente, R., Scalese, M., Griffiths, M.D., & Molinaro, S. (2018). The multiplicative effect of combining alcohol with energy drinks on adolescent gambling. *Addictive behaviors*, 82, 7-13.

Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (2012). *Adolescence and the social determinants of health. The lancet*, 379(9826), 1641-1652.

Vitar f., Arseneault l., e Tremblay R “Impulsivity predicts problem gambling in low SES adolescent males”, *Addiction*, 1999 apr; 94(4):565-75

Walters, G. D. (2020). Parental gambling as a moderator of the child delinquency–gambling relationship: Does having a role model in the home make a difference? *Journal of Gambling Studies*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10899-020-09962-1>

Williams, Robert J., Beverly L. West, e Robert I. Simpson. 2012a. *Prevention of problem gambling: a comprehensive review of the evidence and identified best practices*. Guelph: Ontario Problem Gambling Research Centre; Ontario Ministry of Health and Long Term Care.

Williams, Robert J., e Dennis Connolly. 2006. “Does learning about the mathematics of gambling change gambling behavior?”. *Psychology of Addictive Behaviors* 20 (1): 62 – 68.

World Health Organization (2019). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics*. Geneva: WHO.

[www.modelprograms.samhsa.gov](http://www.modelprograms.samhsa.gov)