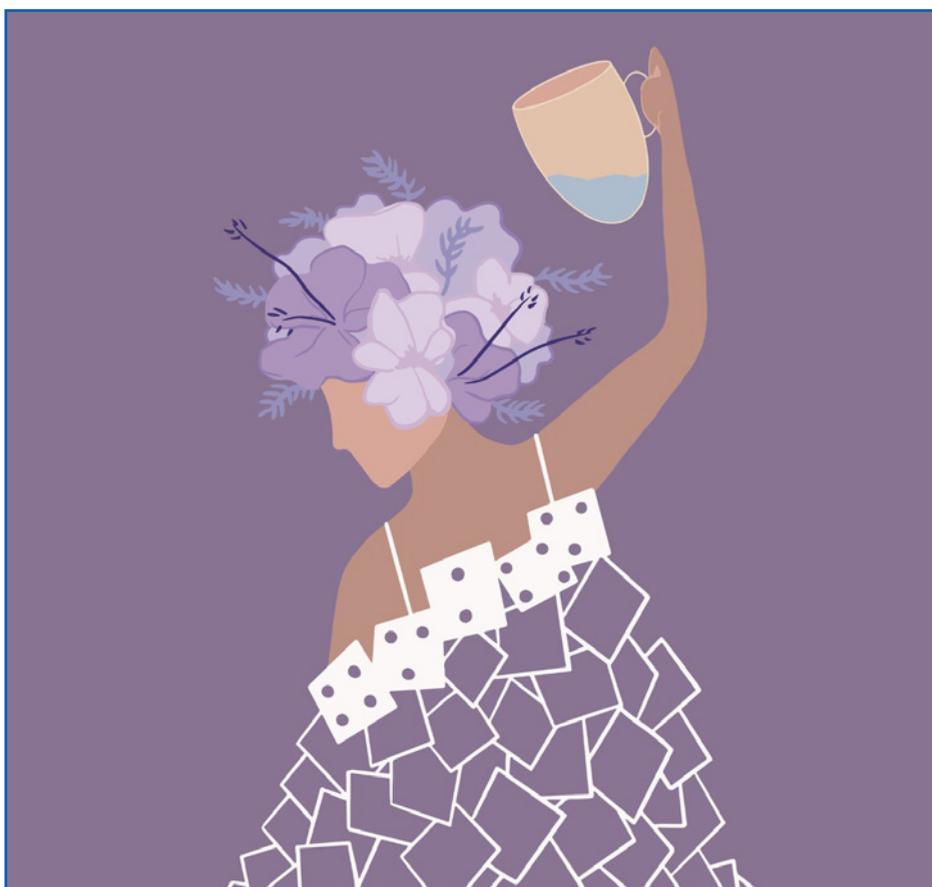


MI PRENDO CURA DI LEI

CONTRASTO E PREVENZIONE
AL GIOCO D'AZZARDO FEMMINILE

a cura di Chiara Pazzaglia e Francesco Pegreffi



QUADERNI DI DIRITTO
DELLE ATTIVITÀ MOTORIE E SPORTIVE

Collana diretta da Carlo Bottari

I volumi della Collana “Quaderni di Diritto delle attività motorie e sportive”

1. Nicola Cavallaro, *La cessione dei diritti economici dei calciatori* (2021)
2. Francesco Pegreffi, Giovanni Paruto (a cura di), *Stili di vita e nuove tecnologie* (2022)
3. Luigi Melica, *Sport e “diritti” in Italia e nel mondo* (2022)
4. Carlo Bottari, Alceste Santuari (a cura di), *Le associazioni sportive dilettantistiche: riforme e profili gestionali* (2022)
5. Francesco Pegreffi (a cura di), *Giulio Faldini pioniere dell'ortopedia moderna tra Italia e Perù* (2022)
6. Giovanni Paruto, Francesco Pegreffi (a cura di), *La telemedicina nell'assistenza terapeutica e in particolare oncologica* (2022)
7. Carlo Bottari (a cura di), *Curare o prendersi cura? Etica ed emergenza pandemica* (2023)
8. Alessandro Bortolotti (a cura di), *Il management sportivo umanistico* (2023)
9. Giovanni Paruto, Daniele Verri (a cura di), *Sport e inclusione nel sitting volley* (2023)

COMITATO SCIENTIFICO

Carlo Bottari

Roberto Cippitani

Paco D'Onofrio

Massimiliano Iovino

Luigi Melica

Alessandro Pajno

Carlo Rasia

Elena Zucconi Galli Fonseca

MI PRENDO CURA DI LEI
CONTRASTO E PREVENZIONE
AL GIOCO D'AZZARDO FEMMINILE

a cura di Chiara Pazzaglia e Francesco Pegreffi

Bologna
University Press

Il volume è stato realizzato con il contributo del Comune di Bologna - UI Salute e Città Sane, Settore Salute, Benessere e Autonomia della Persona, Dipartimento Welfare e Promozione del Benessere di Comunità nell'ambito del PG. 599798/2022.



Fondazione Bologna University Press
Via Saragozza 10 – 40123 Bologna
tel. (+39) 051 232 882
fax (+39) 051 221 019

www.buonline.com
email: info@buonline.com

© 2023 Bologna University Press

Trascorso un anno dalla prima edizione, i testi sono pubblicati sotto licenza Creative Commons CC BY-4.0.

ISBN: 979-12-5477-319-2
ISBN online: 979-12-5477-320-8

In copertina: illustrazione di Gaia Rocca

Impaginazione: DoppioClickArt (San Lazzaro di Savena - BO)

Prima edizione: settembre 2023

SOMMARIO

Ringraziamenti Francesco Manfredi	3
Prefazione Carlo Bottari	5
IL SENSO DEL PROGETTO	
Le politiche di prevenzione al GAP del Comune di Bologna e nuove prospettive per la promozione della salute al femminile sul gioco d'azzardo Maria Cristina Zambon, Donatella Casadio, Eugenio Soldati	7
GLI ASPETTI SOCIALI	
Le peculiarità di genere nel gioco d'azzardo e le attività delle Acli di Bologna per prevenire e contrastare gli aspetti patologici del gambling femminile Chiara Pazzaglia	13
Ludopatia in Emilia-Romagna: una mappatura delle associazioni e un'indagine delle Acli di Bologna sull'azzardo delle caregivers Sebastiano Colangeli	21
Videogiochi e loot box: una prospettiva di genere Adele Ferrari, Gianni Bertelli	35
Tra gioco e azzardo Ennio Peres, a cura di Susanna Serafini	45

Le differenze di genere ed etniche nella ludopatia Rosa De Angelis, Claudia Malerbi	51
GLI ASPETTI SANITARI	
Ludopatia e stili di vita: l'attività motoria come strumento di salute Francesco Pegreffi, Ilaria Coliva, Stefania Cagnetta	57
L'impatto dei laboratori sportivi sulle caregivers a rischio patologico Andrea Garulli	69
La pratica sportiva come strumento di prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo. L'esperienza dell'Unione Sportiva Acli di Bologna Filippo Diaco	71
Lo sport e la ludopatia Giovanni Paruto	75
È un passatempo o una dipendenza? Comprendere le differenze e proteggersi Rosa Smurra	79
L'impatto dei laboratori di pet therapy. I progetti rivolti alle donne Simona Ronchi	87
L'intervento pubblico nel contrasto alla ludopatia: brevi cenni Angelo Francini	89
Gioco d'azzardo patologico: il servizio di cura dell'Azienda Usl di Bologna Chiara Persichella	93
Conclusioni Maria Carla Re	101
Bibliografia a cura di Chiara Pazzaglia	103
Sitografia a cura di Chiara Pazzaglia	111

RINGRAZIAMENTI

Francesco Manfredi

Presidente del Comitato provinciale Unione Sportiva Acli di Bologna

Il progetto “Mi prendo cura di lei: contrasto e prevenzione al gioco d’azzardo femminile” è stato per noi una sfida, in particolare nella ricerca di risposte alle tematiche trattate attraverso la pratica sportiva.

Ci siamo domandati quale metodologia impiegare e come sviluppare un’esperienza innovativa, che alla sua conclusione riteniamo essersi trasformata in un’opportunità, grazie alla rete: generata tra le beneficiarie, i professionisti, le Associazioni ed Enti, è divenuta il nostro punto di forza per agire in maniera concreta su un fenomeno che si diffonde sempre più nella popolazione femminile.

Ringraziamo in modo particolare il *Dipartimento Welfare e Promozione del Benessere di Comunità del Comune di Bologna*, per aver sostenuto e costruito il progetto con noi, accompagnandoci durante tutte le sue fasi.

Ringraziamo altresì *Chiara Pazzaglia*, Presidente delle Acli di Bologna e curatrice del volume con *Francesco Pegreffì*, Presidente dell’Associazione Medici in Centro Interdisciplinare e responsabile scientifico della ricerca, per aver contribuito all’ideazione della ricerca e del libro.

Un grazie particolare anche al professor *Carlo Bottari*, per aver riconosciuto il valore della nostra opera, che sarà inserita nella Collana “Quaderni di Diritto delle Attività Motorie e Sportive” di Bologna University Press.

Siamo riconoscenti anche alle Associazioni aderenti, agli stakeholder del territorio, ai professionisti e ai volontari impegnati nelle attività, che hanno messo a disposizione le proprie competenze per la realizzazione del progetto, agli autori dei saggi presenti nel volume, che con i loro scritti hanno arricchito gli sguardi sul fenomeno del gioco d’azzardo. Un ringraziamento è dovuto anche a *Silvia Colelli* che ci ha aiutato nella revisione e nell’editing del testo.

Il progetto si è concluso nel dicembre del 2022, ma l’esperienza, le conoscenze e le consapevolezza che abbiamo raggiunto sono solo all’inizio. La nostra sfida si è

tramutata in una spinta a sperimentare nuove metodologie di azione e rinnovare le prospettive di intervento di cui lo sport, nelle sue diverse forme e valori, può essere testimone.

Quando sono stato rieletto Presidente, ho affermato che per noi la rete non è l'obiettivo, come avviene nella disciplina del calcio, ma un punto di partenza. E, dopo questo progetto, ne siamo ancora più consapevoli.

PREFAZIONE

Carlo Bottari

Professore di Istituzioni di Diritto Pubblico presso il Dipartimento di Scienze Giuridiche
dell'Alma Mater Studiorum - Università degli Studi di Bologna

La ludopatia, o dipendenza dal gioco d'azzardo, è una problematica sempre più diffusa nella società contemporanea. Si tratta di una patologia che affligge individui di ogni genere e provenienza sociale, causando gravi danni sia a livello personale sia nel contesto familiare.

Il presente libro, che ho il piacere di presentare, rappresenta una profonda analisi del fenomeno ludopatico e delle sue conseguenze. Attraverso l'utilizzo di dati, statistiche e casi di studio, gli Autori si propongono di fornire un quadro completo della situazione, dalla definizione delle cause alla descrizione dei protocolli di prevenzione, diagnosi e cura.

Il volume si rivolge non solo a professionisti del settore, ma anche a tutte le persone che vogliono approfondire la questione della ludopatia.

La lettura di questo libro, infatti, consentirà di acquisire una conoscenza approfondita dei meccanismi psicologici, culturali, sociali e di genere che stanno alla base della dipendenza dal gioco d'azzardo, e di comprendere le strategie più efficaci per prevenire e affrontare tale problematica.

In qualità di esperto di salute pubblica, è per me un onore poter presentare questa opera, che costituisce un contributo fondamentale alla ricerca scientifica sulla ludopatia, fornendo un prezioso strumento di formazione e informazione per tutte le persone interessate alla sua prevenzione e cura.

Il senso del progetto

LE POLITICHE DI PREVENZIONE AL GAP DEL COMUNE DI BOLOGNA E NUOVE PROSPETTIVE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE AL FEMMINILE SUL GIOCO D'AZZARDO

Maria Cristina Zambon, Donatella Casadio, Eugenio Soldati

UI Salute e Città Sane – Settore Salute, Benessere e Autonomia della Persona –
Dipartimento Welfare e Promozione del Benessere di Comunità, Comune di Bologna

Gli italiani – e i bolognesi – giocano molto d'azzardo. Nell'ultimo decennio a Bologna si sono registrate cifre elevate di denaro giocate pro-capite, nonché un incremento significativo dei casi di accesso ai Servizi per le dipendenze per problemi causati dal gioco d'azzardo, si è passati da 36 utenti in carico nel 2011 a 197 utenti in carico nel 2021. E questi casi rappresentano solo la punta dell'iceberg di un fenomeno ormai diffuso, capillare, che può produrre conseguenze nocive per la salute e la stabilità finanziaria delle persone e delle famiglie.

Alcune ricerche curate dal CNR nel 2019-2020 stimano che, in relazione all'azzardo, il 15,2% degli italiani presenta un profilo a basso rischio, il 5,9% a rischio moderato e il 2,4 % un profilo di gioco problematico. Quindi si ipotizza che circa 1 milione e mezzo di italiani – tra cui 9 mila bolognesi – sviluppino comportamenti ascrivibili al disturbo da gioco d'azzardo (DGA). Il DGA si manifesta quando una persona gioca più denaro, più a lungo, più spesso del previsto e di quanto si può permettere. Il giocatore patologico sviluppa una dipendenza e compromette in maniera significativa la propria salute psico-fisica, relazionale, sociale, economica. Se poi si considera che per ogni giocatore sono coinvolte altre 7 persone tra familiari e conoscenti, e che nel 2021 i cittadini di Bologna hanno giocato 1.700 euro pro-capite (bambine e bambini inclusi), emerge in maniera più nitida il problema di salute pubblica collegato al fenomeno del gioco d'azzardo.

Negli anni passati, le politiche di contrasto e prevenzione al gioco d'azzardo patologico (GAP) realizzate dal Comune di Bologna si sono mosse in due direzioni principali e complementari.

La prima riguarda un'azione di regolamentazione dell'offerta di gioco legale, in attuazione della normativa regionale sul contrasto al gioco d'azzardo, che ha previsto l'adozione nel 2018 di due provvedimenti principali:

- un'ordinanza per limitare gli orari di apertura al pubblico delle sale gioco e scommesse e l'orario di funzionamento delle slot machine installate all'interno di bar e tabaccherie;

- un Regolamento comunale per il contrasto e la prevenzione al gioco d'azzardo lecito, che ha mappato i luoghi sensibili della città (scuole, strutture sanitarie e socio-sanitarie, impianti sportivi, luoghi di culto) e ha prescritto la conseguente chiusura o delocalizzazione delle sale gioco o scommesse ubicate a meno di 500 metri di distanza da luoghi sensibili.

La seconda direzione messa in atto dal Comune riguarda la realizzazione di interventi di promozione della salute e prevenzione, per intercettare e sensibilizzare le persone prima che sviluppino comportamenti problematici legati all'azzardo.

Questa è l'azione che interessa approfondire nel presente contributo.

L'obiettivo degli interventi di promozione della salute e prevenzione universale è diffondere corrette informazioni sui rischi dell'azzardo, stimolare comportamenti protettivi e quindi accrescere la consapevolezza nelle scelte di vita delle persone. Tali interventi hanno maggiore efficacia se intercettano in maniera precoce le richieste e le esigenze dei cittadini, all'interno dei loro luoghi di vita e socializzazione, attraverso progetti centrati sulla ricerca attiva dei bisogni, piuttosto che sull'attesa degli stessi. Il Comune è l'istituzione più vicina ai cittadini e che più facilmente può stimolare azioni diffuse e capillari per intercettare bisogni e necessità specifiche.

Sulla base di queste premesse, dal 2018 il Comune di Bologna – UI Salute e Città Sane – Settore Salute, Benessere e Autonomia della Persona – Dipartimento Welfare e Promozione del Benessere di Comunità ha avviato una progettazione per la promozione della salute e prevenzione al gioco d'azzardo patologico, anche grazie a finanziamenti dedicati e in coerenza con gli indirizzi delineati nel Piano regionale per il contrasto al gioco d'azzardo.

La progettazione ha visto il coinvolgimento dei Quartieri cittadini, dei servizi sociali ed educativi, del Terzo Settore e soprattutto una stretta collaborazione con Ausl Bologna, che ha strutturato il Servizio DGA (disturbo da gioco d'azzardo), un servizio interamente dedicato alla cura e alla presa in carico dei giocatori problematici e patologici.

In 4 anni, la progettualità sulla prevenzione al gioco d'azzardo patologico del Comune di Bologna ha realizzato:

- interventi info-educativi nelle scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado di Bologna, per un totale di 802 classi coinvolte e 16.200 studentesse e studenti raggiunti;
- 31 eventi pubblici di sensibilizzazione nei Quartieri cittadini, con 1.675 cittadini partecipanti;
- 6 spettacoli teatrali di sensibilizzazione, con 1.660 spettatori partecipanti;
- 7 video-interviste a esercenti commerciali che hanno scelto di installare o dismettere le slot machines;
- 8 incontri info-formativi per cittadini e operatori dei servizi, con 510 partecipanti.

La mole quantitativa degli interventi messi in campo è stata significativa, e ha raggiunto le scuole e le comunità dei Quartieri di Bologna, promuovendo la rete dei servizi pubblici esistenti per problemi da gioco d'azzardo.

È però utile soffermarsi anche su alcuni aspetti qualitativi delle azioni realizzate. Infatti, seguendo modelli di welfare di iniziativa, i progetti territoriali sono stati indirizzati verso i luoghi di vita informali e ricreativi delle persone, come le feste di strade, in cui è stato possibile contattare un pubblico eterogeneo e rappresentativo di diverse fasce sociali e anagrafiche.

Inoltre, i laboratori svolti a scuola – realizzati da Open Group nelle scuole secondarie di primo grado e da La Carovana Coop nelle scuole secondarie di secondo grado – sono stati condotti mediante un approccio educativo orizzontale, per costruire insieme ai destinatari dell'intervento il senso delle informazioni trasmesse sul gioco d'azzardo e quindi accrescere la consapevolezza e promuovere una cultura della prevenzione. Sono stati realizzati anche percorsi di peer education, nei quali ragazze e ragazzi sono stati formati per diventare esperti sul tema, e riuscire così a veicolare ai propri pari informazioni corrette sui rischi dell'azzardo.

La progettazione promossa dal Comune ha proposto anche interventi sperimentali e innovativi.

Un primo esempio è il progetto *Game Factor*, al terzo anno di realizzazione, rivolto alle classi quarte e quinte delle scuole primarie di Bologna, che mira a contrastare i principali comportamenti a rischio legati a dipendenze da videogiochi e gioco d'azzardo di bambine e bambini, attraverso la promozione di incontri formativi, lavori di gruppo e attività creative, allo scopo di agire sui fattori di protezione attraverso la valorizzazione del gioco sano e della socializzazione. Uno spazio specifico è poi dato a incontri di info-formazione, dedicati a insegnanti e genitori, sul tema dell'azzardo e del delicato rapporto con le tecnologie. Il progetto *Game Factor* è realizzato da Dry-Art in collaborazione con le associazioni Caracò, Ca' Rossa e Avviso Pubblico.

Un'ulteriore azione innovativa promossa dal Comune riguarda l'apertura di uno sportello d'ascolto per il gioco d'azzardo patologico, che propone cura e sostegno a persone che presentano un disagio o un problema legato al gioco d'azzardo, e relativi familiari o conoscenti. L'obiettivo è accogliere le persone per un primo approccio al problema, fornire prime consulenze ed eventualmente costruire un accompagnamento ai servizi sanitari competenti. Lo sportello è realizzato da Solco dai Crocicchi Coop e opera in piena sinergia con il servizio DGA di Ausl Bologna. L'accesso allo sportello è libero, per trasmettere il messaggio di un luogo aperto e non stigmatizzante, nel quale operatori con esperienza sul tema offrono la possibilità di un primo confronto e consulenza. Inoltre, per un primo approccio a problemi di debito, sovraindebitamento o danni al patrimonio familiare, un avvocato offre ascolto e orientamento qualificato.

Lo sportello verrà inaugurato a marzo 2023 e avrà sede presso la Casa della Salute Navile, con due giorni di apertura settimanale (martedì e venerdì pomeriggio).

Anche la proposta progettuale che ha stimolato questa pubblicazione è sperimentale e riguarda la connessione tra gioco d'azzardo e promozione della salute al femminile.

Parlare di salute femminile in tutte le fasi della vita è fondamentale, perché le donne, pur vivendo più a lungo degli uomini (l'aspettativa è aumentata, arrivando a 85,97 anni, come dimostra la ricerca "NiceRx"), passano meno anni in buona salute, soprattutto nella terza età, malgrado gli sforzi a livello nazionale e internazionale per migliorare l'approccio alle cure e ridurre l'incidenza di fattori di rischio. Non solo, gli ultimi dati mostrano che rispetto ad una situazione economica a rischio povertà, la durata di vita sana delle donne si accorcia di circa 8 anni (2 in più rispetto al target maschile).

L'attenzione verso il benessere del genere femminile è centrale per ogni azione di promozione della salute e negli ultimi anni si stanno sempre più definendo percorsi, progetti e terapie più personalizzate, anche in un'ottica di "medicina di genere", per potenziare l'accesso all'informazione, alla prevenzione, all'educazione sanitaria e alle cure che tengano conto delle diversità socio-culturali e fisiologiche tra i due generi.

Altro fattore da non dimenticare quando si parla e ci si occupa di salute e benessere al femminile è il ruolo delle donne come "health drivers", ossia come guida e portatrici di salute, anche nelle scelte relative agli stili di vita della famiglia, ruolo che le porta costantemente a "prendersi cura" in prima istanza della salute delle figlie e dei figli, dei genitori e/o del nucleo familiare – quindi dell'altro – a discapito dell'ascolto dei propri disagi e/o bisogni.

Dati recenti raccolti da un'indagine demoscopica curata da Comune di Bologna, Città Metropolitana di Bologna e SWG confermano un trend che rimane costante negli anni in una società nella quale è ancora culturalmente diffusa l'idea che prendersi cura degli altri, in particolare familiari in condizioni di dipendenza/disagio, sia principalmente compito delle donne e che evidenzia come la cura degli altri allontani le donne dalla cura di sé.

Questo comportamento di non attenzione al proprio benessere crea distanze importanti tra il bisogno di salute e di benessere e la capacità di ascoltarsi ed è quindi essenziale ragionare su una logica di "ben-essere" delle donne, inteso come condizione di vita in cui la persona è nella possibilità di porre in essere determinate capacità fondamentali che le permettono di condurre una buona vita, come per esempio "vivere una vita sana e in sicurezza" o "prendersi cura di sé", inteso come capacità sia di potere disporre di tempo per sé sia di utilizzarlo in attività ricreative, culturali e sportive, ecc.

In quest'ottica di promozione del benessere e della salute al femminile, il Comune promuove il progetto "Mi prendo cura di lei: contrasto e prevenzione al gioco

d'azzardo femminile", in collaborazione con Comitato Provinciale U.S. Acli Bologna APS, Acli Provinciali di Bologna APS, Associazione Medici in Centro Interdisciplinare ASD APS e US Acli Bologna ASD APS.

L'obiettivo è indagare il gioco d'azzardo femminile, che ha una fenomenologia specifica e non può essere identificato e interpretato seguendo le lenti di riferimento solitamente utilizzate per la popolazione maschile. Il genere femminile ha stili, abitudini e problemi connessi al gioco d'azzardo diversi rispetto a quelli sviluppati dai maschi, e capire questa peculiarità può essere la base su cui progettare nuove azioni specifiche, a maggior impatto ed efficacia. Fondamentale è anche studiare la stretta connessione tra il ruolo di accudimento e sostegno di persone fragili, proprio delle donne caregiver e l'approccio iniziale al gioco d'azzardo, vissuto talora come momento di distrazione e ricerca del benessere individuale.

Oltre all'attività di ricerca, il progetto prevede la realizzazione di attività ludicomotorie, che costituiscono un'alternativa all'azzardo e ai processi di individualizzazione e isolamento che l'azzardo produce, nonché incontri di sensibilizzazione e informazione.

Nel corso del volume ci sarà la possibilità di approfondire nel dettaglio le tendenze riscontrate, e cogliere osservazioni e spunti utili per strutturare interventi di prevenzione al gioco d'azzardo al femminile che siano il più possibile rispondenti ai bisogni espressi dal target.

L'auspicio è che questa pubblicazione rappresenti un punto d'inizio per affinare e ampliare le progettualità finora messe in atto dal Comune di Bologna e includere pienamente la prospettiva della promozione della salute al femminile sul tema del gioco d'azzardo.

Gli aspetti sociali

LE PECULIARITÀ DI GENERE NEL GIOCO D'AZZARDO E LE ATTIVITÀ DELLE ACLI DI BOLOGNA PER PREVENIRE E CONTRASTARE GLI ASPETTI PATOLOGICI DEL GAMBLING FEMMINILE

Chiara Pazzaglia

Presidente provinciale delle Acli di Bologna e giornalista

L'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, che pubblica annualmente i dati sul gioco d'azzardo in Italia, ha presentato nel 2022 numeri impressionanti. Il volume di denaro giocato in Italia nel 2021 è aumentato del 21% rispetto al 2020, attestandosi sul valore di 111 miliardi di euro, facendo segnare un nuovo record. Considerando la popolazione maggiorenne residente in Italia censita dall'Istat, lo scorso anno ogni italiano ha giocato in media 2.229 euro. La rivoluzione digitale colpisce anche questo settore: aumenta sempre di più il gettito del gioco online. Di pari passo aumentano le donne giocatrici. Il legame tra questi due fatti è evidente: la ludopatia femminile ha origini diverse da quella maschile. La donna che gioca d'azzardo attua meccanismi diversi da quelli maschili: si rifugia nel gioco per insoddisfazione personale e non perché sia attratta dal proibito. Non a caso, i giochi scelti dalle donne con maggiore frequenza sono le slot machine, le videolottery, il lotto, i gratta e vinci. Cosa hanno in comune? Non sono giochi di strategia. Il motivo è lo stesso per cui le donne, tendenzialmente, amano di meno gli scacchi, o i giochi di società o i videogame. A differenza dell'uomo, che spesso cade nella morsa del gioco d'azzardo a causa della sovrastima delle probabilità di vincita, la donna che gioca è una donna che non fa questo genere di calcoli, non gioca per riscattarsi o perché pensa di avere capito i meccanismi statistici del gioco. La donna che azzarda è, di solito, insoddisfatta della propria vita, della propria famiglia, del proprio lavoro e, in una fascia d'età più matura rispetto a quella che interessa gli uomini, riversa le sue frustrazioni verso quello che ritiene uno svago, un qualcosa che le dona spensieratezza e gioia. Non ha l'intento ultimo di arricchirsi, ma di evadere, oppure di far star meglio la propria famiglia. Non a caso negli Stati Uniti le donne vittime del gioco d'azzardo sono quasi quante gli uomini: questo avviene perché quelle che vivono grazie ai sussidi statali sono molte più degli uomini e queste sono dunque più facilmente vittima del gioco compulsivo (Prever, Bowden-Johns, 2017).

Ma la donna italiana che gioca non è, di solito, una donna sola e in disgrazia, bensì una moglie, mamma, caregiver, lavoratrice o casalinga. Le dinamiche domestiche

gravitano attorno a lei e, quando viene a mancare questo perno, tutto il sistema famiglia rischia di crollare. Ed ecco che in questo passaggio si inserisce la nostra ricerca.

Lo psicologo Cesare Guerreschi nel 2008 ha pubblicato un interessante volume dal titolo *L'azzardo si veste di rosa. Storie di donne, storie di gioco, storie di rinascita* (Guerreschi, 2008). Il volume ha una chiara matrice psicologizzante e racconta storie emblematiche. Quello che interessa alla nostra ricerca è, però, evidenziare come le vicende narrate siano a duplice binario: il primo riguarda le donne giocatrici, il secondo donne che sono madri, compagne, caregiver di giocatori patologici. In entrambi i casi sono storie di gravi dipendenze affettive prima che dal gioco. Fulvia Prever e Valeria Locati, intervenendo alla 9th European Conference on Gambling Studies and Policy Issues (19-21 settembre 2012) osservano come le donne, così come accade per altre dipendenze, impiegano più tempo degli uomini a valicare la barriera della trasgressione ma, quando succede, lo fanno in modo esasperato; il gioco d'azzardo rappresenta oggi per le donne un altro "tabù infranto" (Prever, 2011). Spesso, poi, la dipendenza femminile si accompagna ad altri abusi (ad esempio a disturbi alimentari), cosa più rara negli uomini. L'evoluzione del sintomo è altresì molto più rapida, portando le donne in breve tempo alla fase della disperazione, come descrive nell'ormai lontano 1982 lo psichiatra Robert Custer (Custer, 1982). È più difficile per le donne chiedere aiuto, poiché il sintomo viene sottovalutato o negato dai familiari, o semplicemente non accettato. Una donna, peraltro, fa più fatica a trovare il tempo per dedicarsi alla cura di sé. Non è un caso che la quasi totalità della letteratura che si occupa di azzardo al femminile sia di tipo psicologico. Per le donne il tema ha molto più a che fare con la dimensione della mente rispetto all'uomo. Per questo alle Acli di Bologna sperimentiamo per le donne vittime non solo di ludopatia, ma anche di violenza e tratta, la dimensione collettiva della cura di sé. Il gruppo favorisce senza dubbio la possibilità di condivisione e, quindi, nel superamento della solitudine, aiuta la cura.

Purtroppo l'edulcorazione dell'azzardo è da considerarsi un portato del capitalismo e della globalizzazione e per questo ha molti connotati di genere, che sono in realtà luoghi comuni da sfatare. Ad esempio, non è un caso il fatto che la più importante fiera commerciale dedicata ai produttori e agli espositori dell'industria dell'azzardo in Italia si presenti oggi facendo ricorso a parole come "gaming" e "intrattenimento". Basti pensare altresì che, fino a poco tempo fa, Las Vegas era considerata un luogo di perdizione, mentre ora è meta di vacanze per famiglie. Si pensi anche alla letteratura, che propone figure modello come il Giocatore di Dostoevskij, o lo 007 del Casinò Royale, fino ai protagonisti maschili dei romanzi ambientati al Casinò di Venezia: questi sono sempre proposti come "belli e dannati", spesso disperati e salvati da una donna, oppure suicidi; la donna che gioca invece, nell'immaginario letterario e cinematografico è una perfida e furba truffatrice, che non cade mai nella rete e, anzi, imbraga più spesso qualche malcapitato col vizio. Negli stessi casinò sono donne quelle che inducono gli ospiti a giocare, invitandoli a puntare sempre di più, per fare bella figura e conquistarle.

I primi saggi che cercano di mettere in relazione il genere con l'azzardo sono inevitabilmente statunitensi e di stampo prevalentemente clinico. Anche nel campo delle dipendenze da sostanze, prima degli anni Ottanta le donne dipendenti erano un tabù e venivano raccontate per lo più come vittime (si pensi al celebre romanzo di Christiane F., *Noi i ragazzi dello Zoo di Berlino*, che ha segnato un punto di non ritorno a riguardo, squarciando il velo di Maia). Le donne alcoliste, ad esempio, sono sempre descritte nella solitudine delle loro mura, per alleviare un dolore, mentre gli uomini sono visti, tradizionalmente, a ubriacarsi in compagnia, per svago. Allo stesso modo, la donna dipendente dai farmaci è immaginata come una paziente cronica che assume antidolorifici per resistere al dolore fisico e non sottrarsi alle proprie mansioni di cura, per poi ritrovarsi dipendente. Insomma, la dimensione della cura è sempre presente nella trattazione della donna dipendente, anche dall'azzardo. La si pensa a giocare per cercare di risollevarne le sorti economiche della famiglia, per colmare una carenza. Il già citato psichiatra Custer nel suo *Profilo del giocatore patologico* (1984) considera unicamente soggetti di sesso maschile. Solo verso la fine del Ventesimo secolo si inizia a dedicare un'attenzione maggiore alla relazione tra azzardo e giocatrici: prima, la loro presenza nelle ricerche è nulla o evidentemente sottostimata.

Un fondamentale contributo in questo senso è stato offerto dal lavoro di Natasha Dow Schüll, la quale ha analizzato in profondità il mondo del gioco d'azzardo attraverso ricerche realizzate a Las Vegas. Schüll conduce fin dai primi anni del Duemila indagini che analizzano alcune peculiarità delle giocatrici da lei incontrate durante le sue ricerche (Schüll, 2002). Nel suo celebre testo *Addiction by Design: Machine Gambling in Las Vegas*, l'antropologa si basa su un campione di giocatori nel quale le donne caucasiche tra i trenta e i cinquant'anni occupano uno spazio di rilievo (Schüll, 2012).

Per quanto riguarda il contesto italiano, solo dagli anni Duemila si assiste a un interesse crescente per una prospettiva di genere, in particolare nel campo degli studi psicologici sulla dipendenza da gioco d'azzardo. Quasi sempre, però, si tratta di contributi che nascono da esperienze dirette di professionisti dei servizi sociali. D'altra parte, con il tempo, anche la letteratura medica incomincia ad adottare l'ottica di genere, sia nella diagnosi e cura delle patologie, sia nella somministrazione dei farmaci. Inoltre, il tema della maternità, del significato della stessa per le giocatrici "patologiche", come anche il ruolo della famiglia e dei familiari in relazione allo sviluppo e alla cura della "patologia", acquisiscono un significato clinico, esattamente come nella medicina di genere.

I rapporti di potere tra generi e le logiche familiari inficiano inevitabilmente le esperienze delle giocatrici: Prever (2017), come abbiamo ricordato, analizza l'operazione di targeting che l'industria del gioco d'azzardo ha intrapreso da alcuni anni per attrarre e coinvolgere sempre più giocatrici. In una rapida ricerca online delle parole "donne" e "azzardo" insieme, si viene condotti soprattutto nel ginepraio dei giochi

online. Quello a cui si va incontro è una sorta di legittimazione del gioco online, che chiama in causa la storia sin dai popoli antichi e si caratterizza per costanti richiami alla cultura, utilizzando frasi con connotazioni positive come, ad esempio, l'amore per il rischio e il bisogno dell'uomo di sfidare la sorte, per sentirsi pari al divino. In linea con questa narrazione, ci sono siti di scommesse che descrivono vari personaggi femminili di giocatrici che si sono contraddistinte in epoche passate e presenti¹. Come avviene sempre più spesso anche per le serie televisive, che raccontano la storia fatta dalle donne, in questi siti vengono descritte in maniera spesso romanzata giocatrici famose, delle quali si celebrano doti umane e intellettuali e, con esse, l'abilità nel gioco, oltre alla volontà di sovvertire le regole di un mondo in cui la narrazione la fanno solo gli uomini. In quasi tutti i siti si citano le Faro Ladies², un gruppo di aristocratiche inglesi vissute alla fine del XVIII secolo, famose per il vizio di giocare a Faro, un gioco di carte di fortuna³ che si può definire antenato del poker, molto diffuso anche nell'Old West, detto anche Pharaoh o Farobank. Nato, a quanto pare, nella Francia del XVII secolo, si giocava tra il banco e un numero variabile di giocatori e le impegnava fino a notte fonda, in case private (ben più adatte alle donne rispetto a sale gioco più o meno clandestine). Di queste donne viene ricordato come la loro passione per il gioco fosse oggetto di forte critica. Esse dunque divengono eroine femministe, trasgressive, anticonformiste e rivoluzionarie, pronte a sfidare le convenzioni dell'epoca. La narrazione è quasi sempre femminista, volta a rivendicare la parità di genere in un mondo considerato maschilista come quello del gioco. Come a dire che l'azzardo non è prerogativa maschile e le donne dovrebbero praticarlo per ribellarsi, in nome della parità. Quasi sempre, poi, le donne giocatrici vengono descritte come donne vincenti, determinate, competitive (facendo leva su una spiccata caratteristica femminile). Il gioco viene alternativamente presentato come un passatempo rilassante per donne in carriera, ma anche come un modo per le casalinghe di contribuire alle finanze domestiche.

Questa retorica di empowerment femminile viene accostata a immagini di donne bianche, curate, eleganti, vincenti, dietro a una roulette o a un tavolo da gioco. Insomma, la narrazione dei siti di gioco online riguardo alle donne è intrisa di stereotipi ben peggiori di quelli che dichiarano di voler distruggere. Anche il marketing utilizzato è un po' quello delle discoteche anni Novanta e Duemila: codici promozionali dedicati alle donne, inviti speciali declinati al femminile. Le signore più avanti con l'età vengono attratte anche tramite programmi televisivi di televendita o di pronostici e numeri del lotto, che altro non sono che una forma di azzardo. Tutto

¹ <https://www.askgamblers.com/it/notizie-gambling/blog/celebrando-le-donne-dell-azzardo-nella-storia/>. Ma anche <https://codici-promozione.it/donne-gioco-dazzardo-gambling-online-2009.html>.

² https://en.wikipedia.org/wiki/Faro_Ladies.

³ <https://www.blackjack-baccarat.net/variante-del-faraone.htm>, qua le regole del Faro.

serve a normalizzare il gioco al femminile: le sale bingo organizzano spesso serate per l'8 marzo, appuntamenti riservati e non dimentichiamo che le varie hostess presenti sono quasi sempre donne. Se, da un lato, esse attirano clientela maschile con la loro avvenenza, per le altre donne hanno un effetto tranquillizzante con la loro presenza. Tutto questo permette alle donne il superamento dello stereotipo del giocatore uomo, bello e maledetto: le caratteristiche specifiche e la modalità di diffusione di alcuni giochi consentono alle donne italiane (e immigrate, non dimentichiamolo) di incontrare il gioco in modo molto naturale all'interno della vita quotidiana. Secondo l'Agenzia delle Dogane, grazie a questo la popolazione delle sale bingo ormai è all'80% femminile.

La diffusione capillare del gioco e soprattutto questa sua normalizzazione agli occhi delle casalinghe e delle caregivers ha fatto in modo che, sempre di più, esse potessero avvicinarsi nella quotidianità, andando a fare la spesa, ad esempio, prendendo un caffè al bar o andando a fare commissioni. Infatti, se ci facciamo caso, mentre si pagano le bollette al Tabacchi, compito per lo più femminile, è possibile con lo stesso apparecchio tentare la fortuna al lotto o acquistare un gratta e vinci. Per non parlare del fatto che, spesso, quando sono le donne a giocare portano con sé le figlie e i figli, normalizzando questa prassi anche ai loro occhi e, anzi, sempre più spesso usando il gratta e vinci come regalo. Pensiamo, inoltre, al fatto che il "lotto" è insito nella cultura di certe zone d'Italia: la cabala, l'interpretazione dei sogni, la numerologia sono tutte pratiche antiche e tradizionali che suggestionano più le donne degli uomini. Anche le donne straniere hanno spesso questa tradizione e la lontananza da casa può essere un ulteriore elemento che le invoglia a giocare. L'istantaneità di molti giochi, in particolare, invoglia le "badanti" che hanno piccole pause dal lavoro e possono così scoprire subito se hanno vinto o meno. Infatti, queste non hanno quasi mai tempo per frequentare sale slot o bingo, ma un gratta e vinci o una slot machine sono del tutto immediati e portano via pochi minuti. Se ci pensiamo anche il bingo che, non a caso, è molto frequentato da donne, richiama alla tradizione della tombola in famiglia, una dimensione di ricordo e di condivisione tra i propri affetti che ha un'influenza forte sulle donne, specie se sole o lontane da casa. Quasi sempre le sale bingo sono situate in luoghi che rimandano a ricordi positivi, magari dell'infanzia: anche a Bologna le più note sono site in ex cinema o ex sale da ballo o vecchi mercati rionali. Soprattutto per la popolazione femminile più avanti con gli anni, esse richiamano sensazioni positive: ci si ricorda di quando, in quel posto, ci si recava con la mamma o con la nonna e poco importa se allora la destinazione d'uso era tutt'altra. Anche il meccanismo di slot, bingo, gratta e vinci è molto più affine al mondo femminile: come Acli spesso evidenziamo il digital divide delle donne, specie se immigrate e/o a bassa scolarizzazione. Questo si ripercuote anche sulla scelta del gioco, che diventa "di prossimità". Le più giovani, invece (nei nostri progetti dedicati ai cosiddetti Neet ormai la percentuale di ragazze ha quasi raggiunto il 40%), soprattutto quelle

inclinati al “ritiro sociale”, sono senz’altro attratte dalla possibilità di giocare online, senza spostarsi da casa. In questo caso, però, è molto difficile fare stime, dato che le piattaforme hanno spesso sede all’estero. In un altro capitolo vedremo anche come le giocatrici di videogiochi aumentano e come le cosiddette loot box influenzino sempre di più il mercato delle giovanissime. È difficile stimare e valutare il sommerso, ma occorrerebbe indagare la relazione tra lo status di Neet e ritirate sociali con quella del gioco online.

Uno dei problemi è il fatto che, nelle donne, il “gioco problematico” si accompagna ad altre fragilità, più spesso che per gli uomini, per cui il gioco assume maggiormente una dimensione relazionale. Le ricerche più accreditate sostengono, quasi univocamente, che le donne iniziano a giocare in età più avanzata, ma sviluppano più rapidamente problemi connessi al gioco. Grant parla di effetto telescopico (Potenza et al., 2001; Nelson et al., 2006; Tavares et al., 2001; Piazza, Vrbka, Yeager, 1989). Le specifiche di genere, però, non trovano una letteratura né medica, né psicologica, né sociologica prima della nostra ricerca. Questo rende difficile indagare le cause e, di conseguenza, prevenire e curare il patologico. Quello che possiamo osservare in base ai dati che, annualmente, il Caf Acli mette a disposizione sulla base di 730 e Isee dei bolognesi⁴ è che le donne, soprattutto le più giovani e le più anziane, sono più sole e più povere degli uomini. Hanno redditi più bassi, talvolta al limite della sussistenza ed essendo più longeve si ritrovano sole in età avanzata. La solitudine unita alla povertà relativa può innescare un meccanismo di riscatto sociale che conduce al patologico. Anche la cosiddetta “economia dei lavoretti”, dai lavori a domicilio alle vendite online, non a caso, “convince” maggiormente le donne, più inclini a cercare una seconda entrata. Ecco che, avendo meno risorse a disposizione e meno “paracaduti” familiari, le donne potrebbero arrivare a toccare il fondo più velocemente degli uomini⁵. Queste, che sono più di frequente custodi delle tradizioni familiari, sono anche più inclini a ricondurre le prime esperienze di gioco all’ambito della tradizione familiare (bingo, tombola, carte): questo le rende altresì più restie ad accostarsi ai servizi sociali e sanitari territoriali.

Ecco perché alle Acli siamo intervenuti con offerte specifiche, non certo mediche, ma di tipo sociale e relazionale, volte a prevenire il gioco patologico. Come descritto nel capitolo specifico, la pratica sportiva è stata una delle strategie messe in atto. Accanto a questo, abbiamo scelto di lavorare in gruppo, modalità che molto si addice al genere femminile. Abbiamo puntato sul caffè filosofico, che induce a costruire una relazionalità sulla base di specifici interrogativi condivisi. Non a caso anche il

⁴ <https://www.difesa popolo.it/Media/OpenMagazine/Il-giornale-della-settimana/ARTICOLI-IN-ARRIVO/Cresce-la-poverta-a-Bologna-a-pagare-sono-soprattutto-le-donne>.

⁵ <https://www.acli.it/lavoro-povero-ricerca-acli-il-149-dei-lavoratori-e-in-condizione-di-poverta-assoluta/>.

microcredito pensato dal premio Nobel Muhammad Yunus in primis per le donne si basa su una dinamica di gruppo, che incentiva l'impegno, la costanza, la restituzione del prestito. Altre specifiche offerte di attività da parte delle Acli hanno fatto leva sulla salvaguardia del protagonismo delle beneficiarie, mai considerate fruitrici passive di un servizio, ma soggetti attivi del welfare stesso. Ad esempio, i gruppi hanno partecipato a laboratori di vario genere in cui le competenze dell'una venivano messe a disposizione di tutte. Altri aspetti indiretti hanno riguardato i corsi di lingua italiana per le donne straniere, l'educazione finanziaria e i percorsi di (re)inserimento lavorativo. Queste a nostro avviso sono le basi della prevenzione: una donna autonoma, indipendente, inserita socialmente, consapevole delle proprie risorse personali ed economiche non solo è più difficilmente vittima di violenza fisica e psicologica, ma anche meno incline a cadere nel gioco patologico. Servizi "a misura di donna", in cui farle sentire accolte e non giudicate, sono più efficaci di quelli standardizzati. Anche gli orari di accesso e frequenza sono un ostacolo ulteriore alla partecipazione, perché nella quasi totalità dei casi le donne sono dedite al lavoro di cura dei familiari. Ecco perché ogni nostra attività prevede il baby-sitting condiviso: avere figli non deve essere un alibi al non partecipare. Anche per le caregiver di anziani e disabili, formali e informali, sono stati sempre studiati orari e modalità opportune, conciliabili (ci piace dire: armonizzabili) con i tempi di vita e di lavoro.

Nel caso della donna straniera, in particolare, la percezione del giudizio gioca un ruolo fondamentale nel rifiuto dell'accesso ai percorsi di prevenzione e cura. Per questo il pretesto dell'insegnamento della lingua si è rivelato particolarmente efficace. Le donne sole e straniere hanno maggior timore di perdere il titolo di soggiorno o addirittura l'affidamento dei figli. Fuggire i sentimenti negativi pregressi, la solitudine, l'isolamento sociale; acquisire, per contro, senso di appartenenza, rivalsa sono fondamentali per evitare di sviluppare una problematicità, rispetto all'azzardo. Il contesto culturale e normativo di molti Paesi tiene al riparo le donne da questo rischio ma, sole in terra straniera, queste sovrastrutture si sgretolano. Mancano loro anche le risorse, culturali ed economiche, per capire come chiedere aiuto e a chi. Il contesto dei servizi Acli, per loro familiare, visto che vi si recano per le pratiche legate al welfare e ai titoli di soggiorno, può veicolare l'informazione in maniera "neutra", non giudicante, ma efficace in termini di fiducia e di adesione. Avendo le Acli una visione più complessiva della donna, nella sua dimensione di cittadina, di lavoratrice, relazionale, possono studiare interventi sociali integrati. L'approccio usato mira per lo più a valorizzare l'empowerment, dunque a non focalizzarsi sui punti di debolezza, ma su quelli di forza. Nella ricerca del lavoro, ad esempio, le competenze trasversali, quelle cosiddette soft, diventano baluardi a cui aggrapparsi, trasformandoli in motivi di distinzione, e da potenzialità ad opportunità. Se, infatti, subentrano altri sentimenti di frustrazione, dovuti ad eventi esterni, come la perdita del lavoro, l'azione di aiuto diventa ben più complessa. Osserviamo anche che le cosiddette badanti

sono sempre più anziane e bisognose loro stesse di cura⁶: devono lavorare a lungo, non maturano il diritto alla pensione e talvolta sono loro per prime a dover fare i conti con malattie e degenerazioni cognitive che possono giocare un ruolo negativo sull'approccio patologico al gioco.

All'interno di un gruppo di pari, più che in famiglia, le donne riescono a ritrovare la propria identità senza sentirsi giudicate. Il gruppo ha anche il compito di far rimanere le partecipanti maggiormente ancorate al "qui ed ora": la letteratura insegna che il gioco femminile ha quasi sempre una componente altruistica, cioè il desiderio (e l'illusione) di "far stare meglio la famiglia" con una vincita. Ecco perché la concretezza della vita degli altri sostiene la giocatrice, anche quella che rischia di cadere nel patologico. La capacità di connettersi con gli altri permette altresì di affrontare la solitudine personale nella quale le giocatrici sentono di stare. Chi conduce i gruppi, nel nostro caso un educatore professionale, una filosofa del lavoro e una psicologa, è in grado di essere autorevole e al tempo stesso di permettere la creazione di legami sereni e solidali tra le partecipanti che, quasi sempre, restano in contatto tra loro. Questo restituisce anche un'immagine nuova di sé, attivando nuovamente risorse che avevano dimenticato di possedere (Prever, Locati, 2012), rendendo al contempo "spendibili" le loro competenze trasversali (Natali, 2019).

L'approccio nei gruppi è inevitabilmente di tipo multiculturale e intergenerazionale. Abbiamo notato che, spesso, nelle storie delle partecipanti, il tema della violenza è connesso con l'azzardo: il gioco riveste una funzione di coping, ma a sua volta è elemento che produce violenza. Ci auguriamo, nel nostro piccolo, di aver contribuito a contrastare il fenomeno dell'azzardo al femminile, ponendo soprattutto qualche questione di analisi esperienziale, di metodo, ma anche qualche possibile approccio preventivo che sia veramente efficace. Purtroppo, grazie alla pubblicità mirata l'azzardo attira sempre di più le donne e il fatto che esse prediligono giochi di fortuna non fa altro che aumentare il rischio di dipendenza. Questo è accresciuto anche dal fattore sociale dato dalla solitudine delle donne immigrate, specie se "badanti", caregiver formali di anziani e disabili, con la famiglia lontana e tutte le difficoltà connesse al loro status.

Riteniamo quindi che, anche nelle azioni di cura e in quelle politiche di contrasto all'azzardo, sempre di più occorra fare ricorso a un approccio di genere (d'altra parte, la medicina stessa sta evolvendo in questa direzione). Il terzo settore può contribuire significativamente, favorendo una cultura delle relazioni, dell'ascolto e dell'accoglienza.

⁶ <https://www.ultimora.news/Badanti-molte-non-maturano-il-diritto-alla-pensione-ecco-un-altro-problema-del-lavoro-domestico>.

**LUDOPATIA IN EMILIA-ROMAGNA: UNA MAPPATURA DELLE ASSOCIAZIONI
E UN'INDAGINE DELLE ACLI DI BOLOGNA SULL'AZZARDO DELLE CAREGIVERS**

Sebastiano Colangeli

Sociologo

La ricerca nasce all'interno del progetto "Mi prendo cura di lei: contrasto e prevenzione al gioco d'azzardo femminile", finanziato dal Comune di Bologna, che si basa sulla vicinanza delle Acli al tema delle caregiver e della loro condizione socio-economica. Queste donne svolgono un ruolo essenziale per la coesione sociale: quello di assistere gli anziani. Al giorno d'oggi, la società tende a considerare l'anziano come uno scarto, un individuo non produttivo e quindi un peso che può essere abbandonato. Nelle città aumenta il numero di anziani soli ma questa situazione non è eticamente accettabile in primis perché ognuno di noi potrebbe dover affrontare una simile condizione ma anche perché gli anziani costituiscono la nostra memoria collettiva e le radici della nostra cultura. Dunque, è dovere di tutti mantenere alta la solidarietà e le relazioni intergenerazionali.

Accanto a un tema così delicato come quello della vecchiaia, che si lega all'inverno demografico e all'aumento dell'età media della vita, è ipotizzabile una maggiore richiesta di assistenza agli anziani in futuro.

Il problema delle condizioni e della qualità del lavoro delle caregiver è un tema da approfondire e studiare. Nel settore dell'assistenza agli anziani le lavoratrici straniere spesso sono sottoposte a carichi di lavoro eccessivi, senza competenze specifiche per gestire eventuali situazioni di utenti con problematiche e patologie fisiche e/o psicologiche. Inoltre, in molti casi esse si trovano in condizioni lavorative precarie a livello retributivo e contrattuale. Questo impiego può indurre diverse forme di vulnerabilità e fragilità, e nello specifico si vuole indagare una di esse: la dipendenza dal gioco d'azzardo nelle donne straniere che lavorano come caregiver a Bologna.

Le questioni su cui si basa la ricerca riguardano la varietà di meccanismi e dinamiche che causano la ludopatia e le motivazioni e fragilità che stanno dietro l'insorgere di questa forma di dipendenza.

La ricerca è stata realizzata tramite un'indagine sociologica esplorativa sulle rappresentazioni, concezioni e percezioni del gioco d'azzardo non patologico. Questo

tipo di indagine non pretende di spiegare il fenomeno nella sua interezza e non mira ad ottenere un campione rappresentativo, ma ha il fine di delineare i contorni e le tendenze di un fenomeno complesso le cui cause hanno una natura multidimensionale che variano da persona a persona.

La finalità della ricerca è quella di raccogliere informazioni sulle cause della dipendenza dal gioco d'azzardo, mentre l'obiettivo è quello di individuare possibili elementi e caratteristiche che potrebbero portare allo sviluppo di una dipendenza dal gioco d'azzardo ed eventuali altre forme di fragilità.

I risultati dell'indagine costituiranno la base per nuove ed eventuali ricerche più estese e mirate riguardo al fenomeno del gioco d'azzardo non patologico nelle donne straniere che lavorano come caregiver. La ricerca mira a verificare se e quanto questa categoria di donne sia più incline alla ludopatia a causa della posizione lavorativa che assume.

Il tema delle ludopatie è molto vasto e può variare di generazione in generazione: i nativi digitali sono maggiormente predisposti allo sviluppo di forme di dipendenza da giochi su smartphone, PC e console e al rischio di perdere denaro tramite le loot box, tematica che è stata affrontata nella pubblicazione. Oltre al fattore generazionale anche il contesto di gioco e il relativo strumento hanno un ruolo importante nel possibile sviluppo di una dipendenza.

Si distinguono il gioco d'azzardo patologico, legato al sussistere di determinate condizioni, e quello non patologico che viene approfondito attraverso i questionari e si presuppone che il campione analizzato sia più legato ai giochi "canonici" come gratta e vinci e superenalotto.

Seguono un primo capitolo introduttivo, un secondo in cui vengono espone le teorie di riferimento, cioè la teoria della società del rischio di Beck e alcune teorie sulle rappresentazioni in sociologia e in psicologia sociale. Nel terzo capitolo si delineano il contesto della ricerca e l'impianto metodologico e nel quarto capitolo vengono analizzati i dati e forniti i risultati della ricerca.

Il concetto di rischio sembra essere un elemento caratterizzante del gioco d'azzardo e in questo ambito rappresenta un'opportunità.

Tra i principali autori a parlare di rischio in sociologia, Ulrich Beck definisce questo concetto come "uno stadio particolare, intermedio tra la sicurezza e la distruzione, dove la percezione dei rischi minacciati determina pensieri e azioni" (Beck, 2000, p. 37). L'autore riporta che "il rischio è un tipo di realtà virtuale, una realtà in divenire" (ibidem) riferendosi alla formazione di una nuova configurazione sociale in cui tutti i termini tradizionali della prassi sociale sono messi in discussione. Facendosi riflessiva, cioè ponendosi come oggetto della sua stessa riflessione, la società moderna evidenzia come "la produzione sociale di ricchezza va sistematicamente di pari passo con la produzione sociale dei rischi" (Beck, 2000, p. 39).

L'autore si concentra sui rischi prodotti dalla società, di natura ecologica o legati ai virus e alle pandemie e afferma che “nella società del rischio l'insicurezza diventa l'orizzonte insuperabile della condizione dell'uomo moderno” (Beck, 2000, p. 134) e che “il mondo diventa un vasto campo di rischi” (ibidem).

Parlare di “cultura del rischio” (Giddens, 1994) significa affermare che gli individui sono più sensibili alle nuove minacce veicolate dal mondo post moderno “che effettivamente si moltiplicano e che vengono prodotte dall'uomo stesso attraverso l'uso incondizionato delle scienze e delle tecnologie e attraverso una strumentalizzazione dello sviluppo economico teso a fare del mondo interno una merce” (Castel, 2004, p. 54). Quello che si può osservare nella fase post-moderna è che “il governo dei rischi non è un'impresa collettiva, ma una strategia individuale” (Castel, 2004, p. 58).

Secondo gli autori citati, la società e la cultura del rischio sono stati determinati dai cambiamenti socio-economici e dai processi di individualizzazione: queste teorie si riferiscono ad un livello macro-strutturale, ma il fine della ricerca è quello di comprendere come questi cambiamenti e “valori” siano stati interiorizzati dai singoli individui. Dunque, può essere introdotto un concetto che funge da collante tra la dimensione generale e quella individuale: la nozione di rappresentazione.

In molti casi le motivazioni che stanno dietro al gioco d'azzardo fanno leva su una dimensione simbolica: chi scommette si augura di poter vincere qualcosa, ma le speranze non derivano da un calcolo razionale e probabilistico in quanto le bassissime possibilità di vittoria dovrebbero, in realtà, scoraggiare il gioco. L'auspicio verso una possibile vittoria si lega al cosiddetto pensiero magico determinato dal sistema di rappresentazioni della persona. La necessità di trovare concetti utili per indagare la dimensione simbolica degli individui ha portato alla scelta di questa categoria d'analisi.

La rassegna teorica offre un'analisi del concetto di rappresentazione da un punto di vista interdisciplinare. Sociologia e psicologia sembrano spesso in competizione anche in ambito accademico, dove non sempre si sono riusciti a definire dei punti di interazione utili a formulare una risposta congiunta a bisogni sociali complessi. Stando alle due discipline, la rappresentazione ha un'origine e una funzione che possono apparire contrastanti, ma in questo scritto si evidenzieranno le caratteristiche comuni piuttosto che i punti critici frutto della diversità delle due discipline. La base comune è costituita dal passaggio dalla percezione (attività legata ai sensi), alla rappresentazione (attività in cui le percezioni dei sensi vengono rielaborate). In questa fase l'ambiente e il contesto sociale giocano un ruolo importante che entrambe le discipline riconoscono.

In sociologia Émile Durkheim parla di rappresentazioni individuali e collettive: “la società è una realtà sui generis; essa ha i suoi caratteri specifici che non si ritrovano, o non si ritrovano nella stessa forma, nel resto dell'universo. Le rappresenta-

zioni che l'esprimono hanno quindi un contenuto del tutto differente rispetto alle rappresentazioni puramente individuali e si può star certi che le prime aggiungono qualcosa alle seconde" (Durkheim, 2005). Mentre le rappresentazioni collettive presuppongono una forte stabilità nella loro trasmissione e riproduzione e si mantengono attraverso le generazioni tramite un forte influsso, una coercizione, sugli individui (Bauman) le rappresentazioni individuali hanno una più grande diversità di origine e di evoluzione sotto l'influsso congiunto dei meccanismi di riproduzione e di acquisizione nelle molteplici interazioni della vita.

Goffman, altro sociologo che parla di rappresentazione, utilizza la metafora del teatro per equiparare la vita sociale ad una rappresentazione teatrale che gli individui mettono in scena. La vita sociale si divide così in spazi di palcoscenico e di retroscena: negli spazi privati gli individui non "recitano", mentre in quelli pubblici inscenano una precisa rappresentazione. L'autore fa parte della corrente dell'interazionismo simbolico, un approccio che studia le micro-interazioni della vita quotidiana e considera il Sé come un'entità sociale influenzata dal contesto e dalle relazioni.

In ultimo, anche Leonardo Benvenuti, fondatore della socioterapia, scrive riguardo alle rappresentazioni presentandole come l'insieme di due variabili: l'immagine e l'investimento affettivo. Dunque, "un'immagine di partenza e uno spazio per un incorniciamento affettivo da parte del singolo... La rappresentazione è riconducibile all'attività di un organismo che traduce nei termini del proprio sistema nervoso centrale i messaggi dovuti alla propria attività di riduzione sensiva dell'ambiente: tale traduzione è un'estrapolazione, sulla base del sistema di codici posseduto o in via di formazione, effettuata a partire da un ambiente che viene così trasformato in un sistema di segni da quali, a propria volta, parte o sui quali effettua la propria funzione cognitiva, o di traduzione simbolica. Il singolo si ritrova a costruire o a possedere una serie di rappresentazioni, legate al particolare sviluppo conoscitivo posseduto dall'ambiente nel quale vive, e tali rappresentazioni costituiscono la base della sua conoscenza e gli servono come guida per il comportamento" (Benvenuti, 2002, p. 81).

L'importanza di tale concetto deriva dal fatto che riesce a collegare un'attività mentale individuale con l'ambiente esterno, le idee e le credenze collettive; il collegamento è determinato dalla dimensione comunicativa e simbolica, la quale permette l'interazione tra gli uomini e la trasmissione di informazioni anche in assenza di un oggetto concreto.

Nell'ipotesi socioterapeutica, "le conoscenze sociologiche possono essere utilizzate per comprendere gli stati interni dei singoli che si cristallizzano in rappresentazioni e ambito di intervento qualora si dovessero configurare come situazioni di disagio".

Anche Piaget e Vygotsky si sono occupati di questo argomento all'interno del campo della psicologia. Moscovici, psicologo sociale, definisce le rappresentazioni sociali come agenti attivi all'interno dell'attività cognitiva che esse stesse determina-

no. Esse “convenzionalizzano gli oggetti, le persone e gli eventi che si incontrano, fornendo loro una forma precisa, assegnandoli ad una data categoria e definendoli in maniera graduale quale modello di un certo tipo, distinto e condiviso da un gruppo di persone” (Moscovici, 2019, p. 12). Le convenzioni aiutano nell’interpretazione immediata dei messaggi significativi, mettono in rapporto ciascuna parte con il tutto, e assegnano ciascun individuo ad una categoria distinta.

Il secondo ruolo delle rappresentazioni è quello di essere prescrittive in quanto “sono imposte, trasmesse e sono il prodotto di un’intera sequenza di elaborazioni e cambiamenti che occorrono nel corso del tempo e costituiscono il risultato ottenuto nel corso di parecchie generazioni. Tutti i sistemi di classificazione, le immagini, e descrizioni che circolano nell’ambito di una società, implicano un legame con sistemi e immagini precedenti, una stratificazione nella memoria collettiva e una riproduzione nel linguaggio” (Moscovici, 2019, p. 16).

Per l’autore le rappresentazioni sono una realtà sociale sui generis con una propria autonomia e sono presenti in qualsiasi interazione umana, riuscendo così ad influenzare il comportamento degli individui. Esse sono in grado di passare dal pensiero collettivo a quello individuale, perché si formano nel corso della comunicazione tra individui e gruppi ed occupano una posizione compresa tra i concetti, il cui fine è di astrarre dal mondo e introdurre ordine in esso, e i percetti, che riproducono il mondo in maniera significativa. Per Moscovici la rappresentazione è composta da un’immagine e da un significato, facendo corrispondere ogni idea ad un’immagine e viceversa. Esse sono possedute dal singolo e create dalla società e riguardano il senso comune, la scienza, la visione che si ha del lavoro, della famiglia, del gioco, ecc. “La caratteristica specifica di queste rappresentazioni è che esse trasmutano le idee in esperienze collettive e le interazioni in comportamento” (Moscovici, 2019, p. 29).

Per l’autore lo scopo principale dell’attività rappresentativa dell’individuo è di rendere familiare ciò che non lo è: in questo modo l’essere umano gestisce l’ignoto, quello che non conosce. All’oggetto non conosciuto viene attribuita una categoria, una classificazione che lo rende familiare e meno pauroso.

I processi alla base delle rappresentazioni sociali sono l’ancoraggio e l’oggettivazione, “uno riduce categorie e immagini a un contesto familiare; il secondo processo traduce qualcosa di astratto in concreto. L’ancoraggio porta il non conosciuto nel sistema di categorie di un individuo e lo confronta con il paradigma di una categoria. Ancorare è classificare e dare un nome a qualcosa” (Moscovici, 2019, p. 47). Assegnando ad un qualcosa di esterno un nome, un attributo o una categoria, lo si può comunicare e valutare e di conseguenza si può rappresentare nella mente. “La rappresentazione è un sistema di classificazione, di assegnazione di categorie e nomi” (ibidem), “Categorizzare qualcuno o qualcosa equivale a scegliere uno dei paradigmi utilizzati nella nostra memoria e stabilire con esso una relazione positiva o negativa” (ibidem). Inoltre, confrontare con una categoria equivale ad una comparazione con

un modello, un prototipo, che dovrebbe aiutare a stabilire cosa è conforme alla norma e cosa non lo è.

Il fine di questa attività è di rendere convenzionale un oggetto, una persona o una categoria per immerterli nel sistema culturale, nel senso comune. Così, qualcosa che diventa convenzionale è più facilmente confrontabile e comprensibile con i pensieri e le emozioni di un individuo; nelle relazioni sociali facilita l'interpretazione delle caratteristiche e delle possibili motivazioni dietro le azioni delle persone.

Il secondo processo delle rappresentazioni è l'oggettivazione, la quale permette di riprodurre il concetto come immagine: esempi di questo processo sono le parole della nostra lingua "collegate" a delle immagini, con equivalenti concreti. "Quelle che, a causa della loro facoltà di essere rappresentate si integrano con un modello di nucleo figurativo, un complesso di immagini che riproduce visibilmente un complesso di idee" (Moscovici, 2019, p. 58). Una volta che la società ha adottato un particolare nucleo figurativo, essa trova più facile parlare di qualsiasi cosa il modello implichi, e in virtù di questa facilità le parole che si riferiscono ad esso sono usate più spesso. Quando l'immagine collegata ad una parola o ad un'idea si distacca e circola liberamente nella società essa è accettata come una realtà, una realtà convenzionale, ma pur sempre con un suo peso, ed acquisisce un'esistenza quasi fisica, indipendente. In questo modo queste immagini diventano elementi della realtà, nella quale esistono come oggetti e guidano gli individui nella comprensione della vita quotidiana.

La disamina teorica effettuata serve a illustrare il paradigma teorico in seguito utilizzato per l'analisi dei risultati della ricerca. Il paradigma di riferimento è il costruttivismo sociale che mostra come la realtà, e i suoi prodotti, siano il frutto di un processo di costruzione sociale, processi che hanno una natura simbolica.

L'obiettivo della ricerca è quello di esplorare e indagare le possibili rappresentazioni e gli elementi che potrebbero causare la dipendenza dal gioco d'azzardo. Nel manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali questa psicopatologia viene denominata "disturbo da gioco d'azzardo" e viene collocata tra i disturbi correlati a sostanze e le addiction, come dipendenza comportamentale. Vengono identificate nove condizioni nel criterio A e devono essere almeno quattro le condizioni da soddisfare per porre diagnosi; permane, nell'analisi, il criterio temporale degli ultimi 12 mesi dall'osservazione e il numero di criteri soddisfatti consente di valutare il grado di severità del disturbo; la nuova classificazione consente di definire il disturbo come lieve se sono soddisfatti quattro o cinque criteri, come moderato se ne sono soddisfatti sei o sette e come grave quando sono soddisfatte otto o nove condizioni. La preoccupazione data dal gioco d'azzardo e la "rincorsa" delle perdite è spesso correlata ad un disturbo lieve, mentre gli atti di mettere in pericolo le relazioni e fare affidamento sugli altri per ottenere denaro sono tipicamente condizioni che si manifestano tardivamente e molto spesso correlati ad un disturbo da gioco d'azzardo grave. Infine,

la riformulazione dei criteri ha permesso anche di stabilire se il comportamento è episodico o persistente e se è in remissione precoce o protratta (ISS, 2018).

L'indagine esplorativa aiuta a delineare contorni e tendenze di un fenomeno di natura multidimensionale e simbolica. I dati presi in considerazione sono stati raccolti tra la popolazione della Città Metropolitana di Bologna per tratteggiare il contesto della ricerca. Essi permettono di inquadrare meglio il fenomeno del gioco d'azzardo non patologico tra le donne straniere che lavorano come colf. Inoltre, vengono presi in considerazione anche gli indici di vecchiaia dei diversi quartieri di Bologna, in quanto il lavoro di cura e la relativa domanda di lavoro sono influenzati dal numero di anziani presenti nella zona.

Per comprendere meglio eventuali forme di fragilità occorre far rientrare il lavoro della colf all'interno di una complessa relazione d'assistenza, dove entrano in gioco anziani, lavoratrici, famiglie e servizi.

Una delle fonti alla base della ricerca è il rapporto Bes 2021 della Città Metropolitana di Bologna. Questo rapporto fornisce misurazioni numeriche sul benessere equo e sostenibile secondo una concezione multidimensionale e attraverso l'uso di diversi indicatori.

La Città Metropolitana di Bologna ha 55 comuni, per una superficie territoriale di 3.702 kmq e un totale di 1.014.619 abitanti. La popolazione residente tra i 0 e 14 anni è del 12,8%; nella fascia 15-64 anni rappresenta il 62% e dai 65 in su è il 24,7%. Rispetto alla struttura del sistema produttivo, gli occupati nel settore primario sono il 2,5%, nell'industria il 26% e nel terziario il 71,5%.

La prima dimensione "salute", dove il profilo del benessere è positivo in relazione ai valori degli indicatori sia dal punto di vista dell'aspettativa di vita sia da quello della mortalità. Le condizioni di salute, misurate tramite i dati sulla speranza di vita, dimostrano che l'aspettativa di vita per gli uomini è del 81,6% e per le donne del 85,6%.

La dimensione "istruzione" evidenzia un elevato tasso di laureati, il 43% rispetto alla media nazionale del 16%. Aumentano, invece, i Neet, il cui numero arriva al 13,8%. Un dato in contrapposizione con quello sui Neet riguarda le persone in età lavorativa in formazione permanente, che è del 15,9%, mentre la media nazionale è del 8,1%.

Il tasso di occupazione nella città è del 78,3%, nella fascia d'età 20-64 anni, a livello nazionale il tasso è del 63%; il tasso di disoccupazione giovanile è del 11,9%, quello femminile è del 13%.

Il reddito delle famiglie è in media di 25.745€; l'importo medio annuo delle pensioni è di 11.672€; la percentuale di pensionati con pensioni a basso importo è del 19,8% del totale dei pensionati.

Un elemento preoccupante del mercato del lavoro riguarda le retribuzioni delle donne, che guadagnano ben 8.853€ in meno rispetto agli uomini.

Nella dimensione del benessere economico si può osservare un miglioramento nel tempo riguardo il valore dei provvedimenti di sfratto, che è del 1,7% per ogni 1.000 famiglie, la media nazionale è del 1,9%.

La dimensione “qualità dei servizi pubblici” segnala un quadro positivo nel contesto metropolitano, dove le prestazioni migliori sono quelle a carattere socio-sanitario. I bambini che usufruiscono dei servizi per l’infanzia sono del 32%, mentre la media in Italia è del 13,5%. Molto basso il tasso di emigrazione ospedaliera verso altre regioni del 2,2%, in confronto col tasso nazionale del 6,5%.

Nella città di Bologna i residenti ammontano a 388.367, di cui 55.155 persone straniere, il 14,6% del totale della popolazione. Da questa percentuale a sua volta si ottiene che nel quartiere Navile è presente il 21% di persone straniere, mentre le altre percentuali sono del 13% per il quartiere Santo Stefano, del 15% per Porto-Saragozza, del 17,84% per Borgo-Reno e del 15,7% per Savena. Nel quartiere Navile è presente la maggior parte di stranieri, il 26,97%.

Infine, l’indice di vecchiaia nel Comune di Bologna è 212,3. Questo indice misura il rapporto tra anziani dai 65 anni in su e i bambini nella fascia 0-14 anni. Dunque nella città sono presenti 2 anziani su 100 bambini. Nei quartieri l’indice è di 216 per Santo Stefano, 209,2 per Borgo-Reno, 187,7 per Navile, 226,7 per Porto-Saragozza, 200,9 per San Donato-San Vitale e 238,3 per Savena.

L’obiettivo della ricerca è quindi quello di individuare le cause delle forme di fragilità, in particolare quella della ludopatia, tra le colf e le badanti straniere che vivono a Bologna.

Già nelle prime fasi della co-progettazione dell’indagine, che si è svolta in équipe, è emersa una netta distinzione tra gioco d’azzardo patologico e non patologico, tra il gioco fonte di gravi disagi e problematiche e gioco nella forma “socialmente accettata”, in quanto anche le istituzioni gli conferiscono uno statuto legale.

In base a questa distinzione è stato definito l’oggetto della ricerca: il gioco d’azzardo non patologico nelle donne straniere che lavorano come colf. I questionari utilizzati per raccogliere i dati miravano a comprendere se e quanto i soggetti di queste categorie (colf e badanti straniere) fossero più inclini a giocare d’azzardo e a sviluppare una forma di ludopatia rispetto ad individui di altre categorie sociali. Per verificare questa ipotesi è stato introdotto il concetto di rappresentazione, cioè un sistema di idee e schemi di pensiero che aiutano l’individuo a interpretare un oggetto, un fenomeno, una situazione o una persona e che lo guidano nell’azione e nel comportamento. Le rappresentazioni sono dunque credenze di una persona riguardo un particolare fenomeno e il suo giudizio a riguardo.

La metodologia adottata per raccogliere informazioni su credenze, punti di vista, idee e rappresentazioni sul gioco d’azzardo è quella quantitativa.

Al fine di avere maggiori informazioni sul fenomeno, individuare le caratteristiche principali di esso e le dimensioni di analisi del questionario è stato intervistato un

tabaccaio del centro di Bologna. Si tratta di un osservatore privilegiato che osserva da vicino dinamiche, meccanismi e caratteristiche dei giocatori. L'intervista, oltre a fornire informazioni utili, ha fornito indicazioni sugli aspetti su cui indagare e da approfondire tramite il questionario. Nella sua costruzione, il primo passo da fare è quello di trasformare i concetti in variabili misurabili numericamente. È bene precisare che, trattandosi di argomenti delicati, le domande considerate più "scomode" sono state posizionate alla fine del questionario per evitare che gli intervistati non accettassero di rispondere.

La prima parte del questionario raccoglie le informazioni anagrafiche quali genere, età, occupazione, comune di residenza, paese d'origine e ore lavorative per diem. La motivazione dietro l'ultima domanda sta nella correlazione eventuale tra il tipo di lavoro, le ore di servizio al giorno e la frequenza con cui si gioca d'azzardo. L'ultima domanda indaga riguardo le esperienze con il gioco d'azzardo dell'intervistato.

La seconda parte del questionario, che si concentra sullo stato di salute e gli stili di vita, è stata analizzata dal dottor Francesco Pegreffi e sarà esposta nella pubblicazione. Questa porzione della ricerca mira ad ipotizzare eventuali correlazioni tra gioco d'azzardo, stili di vita e stato di salute. Le domande fanno parte del questionario di valutazione della qualità della vita (SF-36) di MED-care e del questionario di autovalutazione per caregiver.

La terza sezione riguarda le rappresentazioni sociali degli intervistati, dunque quello che gli intervistati pensano del gioco d'azzardo, quali valutazioni e significati attribuiscono ad esso. Le domande mirano ad ottenere informazioni riguardo le considerazioni degli intervistati sul fenomeno, su come viene visto dalla cultura di riferimento e come viene visto, invece, nella cultura di origine. Essendo il questionario diretto alle donne straniere, alcune domande sono mirate alla rilevazione di un'eventuale discrepanza tra le visioni sul gioco d'azzardo nella cultura italiana e nella cultura d'origine delle donne intervistate, discrepanze che potrebbero esistere anche all'interno delle diverse culture regionali italiane.

La trentanovesima domanda indaga i possibili rischi e pericoli del gioco percepiti dagli intervistati, al fine di comprendere se esista una consapevolezza dei problemi che scaturiscono dal gioco d'azzardo o meno.

L'ultima domanda della sezione è dedicata alle motivazioni per cui un individuo potrebbe decidere di dedicarsi al gioco d'azzardo. Questa tipologia di domande è utile per delineare le rappresentazioni del gioco d'azzardo all'interno della società. Il quesito precedente, molto simile, si riferisce più al singolo individuo e alle molteplici motivazioni intrinseche che causano la dipendenza dal gioco rispetto alle considerazioni a riguardo nell'ambito collettività.

La quarta sezione riguarda l'intervistato e la sua dimensione personale, le rappresentazioni individuali di sé. Si tratta di domande più riservate a cui non tutti rispondono, e per questo motivo la batteria di domande segue la logica dell'imbutto: da opinioni di carattere generale a quelle che riguardano la sfera individuale. Le

prime due riguardano caratteristiche oggettive come la frequenza con cui si gioca d'azzardo (uno dei principali indicatori del gioco patologico) e quali tipologie di giochi si preferiscono. Le rimanenti domande mirano ad individuare le motivazioni che portano l'intervistato a giocare e le emozioni provate durante il gioco.

Nell'ultima parte del questionario si indaga sulla consapevolezza dell'intervistato riguardo le possibilità che il gioco d'azzardo si trasformi in una dipendenza patologica e sull'eventuale conoscenza dei servizi territoriali per il contrasto e la prevenzione della ludopatia.

La tipologia di questionario scelto è quella contenente domande a risposta chiusa e costruita sulla base delle teorie di riferimento e delle informazioni raccolte durante l'intervista semi-strutturata. Quest'ultima è stata condotta con una traccia di intervista aperta e mirava a raccogliere informazioni e caratteristiche riguardo l'utenza che gioca d'azzardo presso i tabaccai.

Per la rilevazione sono stati predisposti un questionario face-to-face presso le sedi dei servizi delle Acli e un altro compilabile online, somministrati ai soci delle Acli, all'utenza del patronato e a cittadini del Comune di Bologna. Gli individui tramite le cui risposte si vuole verificare l'ipotesi di partenza, invece, sono iscritti all'ufficio colf delle Acli.

A causa della mancata volontà di rispondere di buona parte degli individui a cui sono stati somministrati i questionari e per la mancata risposta in un gran numero di casi, il gruppo di ricerca ha poi deciso di adottare il metodo del campionamento casuale, intervistando perciò anche gli uomini e tutti gli iscritti ai servizi delle Acli, insieme alle utenze. Nell'arco di due mesi sono state intervistate 200 persone: 125 hanno risposto online e 75 in forma cartacea.

Segue una breve trascrizione dell'intervista all'osservatore privilegiato.

1. In media giocano più le donne o gli uomini?

Nella mia percezione non ci sono troppe differenze, per come lo vedo io il gioco è molto democratico, non c'è distinzione di sesso, età, religione o classe sociale. Anzi nel gioco queste differenze si abbattono...

2. Giocano di più le donne italiane o straniere?

Non noto una netta differenza, forse la situazione può essere diversa nei vari quartieri.

3. Quali giochi utilizzano maggiormente le donne straniere?

I gratta e vinci, le lotterie istantanee, (perché) sono giochi più diretti e facili da comprendere. Funzionano tutti nella stessa maniera.

4. Saprebbe individuare dei tratti e delle caratteristiche in comune tra le giocatrici straniere?

Non vedo molte differenze tra i giocatori... penso che esista una gestione del rischio differente. Ci sono persone che hanno una percezione del rischio più bassa che

forse predispone al gioco. Per me è una cosa che fa parte della natura umana e si può notare anche in altri ambiti della vita o in cose che possono portare alla dipendenza. Il gioco esiste da sempre e se si attribuisce ad esso uno spazio sano all'interno della propria vita è l'occasione in cui decide di giocare. Quando diventa patologico si insinua la dipendenza... c'è un modo sano di giocare che ti porta un brivido momentaneo, quello patologico intacca le tue risorse economiche che servono per la vita. Questo tipo di gioco va a colmare dei vuoti, come le altre dipendenze. Se ci sono dei vuoti economici, relazionali o di altro tipo che non riescono ad essere colmati si può insinuare la dipendenza. Comunque dipende da come si gestisce individualmente la percezione del rischio. Esiste un parallelismo con gli investimenti, che sono dei rischi, e c'è chi è disposto a farli e correre dei rischi o chi non li corre. Il gratta e vinci è come un derivato. Nel gioco legale almeno ci sono delle garanzie (il payout, un numero prestabilito di biglietti vincenti).

Impegno, lavoro, famiglia, responsabilità riempiono i vuoti, ma questo richiede sacrificio e non sempre tutti ne hanno voglia; un gratta e vinci rappresenta una soluzione facile come le slot machine o le scommesse online. Noi (qui) abbiamo dei vincoli regionali che limitano il gioco ed esistono delle regolamentazioni, ma online una persona può giocare sempre.

5. Riguardo le giocatrici straniere: quali potrebbero essere le motivazioni che le portano a giocare e quali loro emozioni riesce a percepire quando le vede giocare?

Tutti giocano per vincere, il resto è solo una giustificazione. Tutti i problemi, gli eventi, le situazioni che generano un vuoto portano al gioco e tutti hanno dei vuoti. Si cerca sempre la via più facile per risolvere i problemi, il gioco d'azzardo costituisce una scorciatoia.

(Tra) le emozioni nel gioco patologico, per me quella principale è la frustrazione. Non c'è mai soddisfazione, forse solo un piccolo sollievo. Anche quando si vince, se il gioco d'azzardo è patologico, poi si va subito a rigiocare la somma vinta. Quando invece è un gioco sano, anche quando perdi vai a casa con il sorriso. Un individuo assegna una piccola quota al comprare qualcosa, all'andare al ristorante. Poi ci sono persone che pur vincendo vanno via frustrate. Fortunatamente questo gioco è legale e offre garanzie, se non fosse così sarebbe in mano alla criminalità dove non esistono garanzie.

Segue l'esposizione dei risultati.

Il campione comprende 146 donne (73%) e 54 uomini (27%) di cui il 40,5% è di origine straniera. I principali paesi di provenienza sono la Romania, l'Ucraina, la Moldavia e le Filippine.

L'età media degli intervistati è di 53 anni e la fascia d'età più numerosa è costituita da quella tra i 51 ai 65 anni (31%) seguita da quella tra i 31 e i 40 anni (24%), quella tra i 41 e i 50 anni (18%) e infine quella tra i 20 e i 30 anni (17%).

L'80% degli intervistati è residente nel comune di Bologna, mentre i restanti vivono nei vari comuni.

Per quanto riguarda il tipo di occupazione, il 35% degli intervistati svolge lavori di assistenza e cura degli anziani mentre la restante parte svolge diverse tipologie di lavori. Una porzione è composta da disoccupati o casalinghe e una quota di studenti o pensionati (questi ultimi costituiscono il 10% del campione e appartengono alla fascia d'età 66-82 anni). Per quanto riguarda le ore lavorative per diem, il 59% è occupato per più di sei ore, il 29% per più di otto e l'11% più di dieci al giorno.

L'83% degli intervistati afferma di aver giocato almeno una volta nella vita, mentre il 17% dice di non aver mai giocato d'azzardo.

Riguardo la sezione sulle rappresentazioni sociali del gioco d'azzardo, in risposta alla domanda che mira a comprendere il giudizio degli intervistati prevale l'opinione che sia un problema sociale (52,4%). Segue il tasso di chi lo ritiene un problema patologico (27,7%) e chi lo pensa come un problema individuale (16,8%), mentre solo il 3,1% non lo considera un problema. La stessa domanda ma in riferimento alla considerazione del gioco d'azzardo nel paese d'origine, mostra che il 35% del campione lo ritiene un problema sociale, il 29% un problema individuale, il 28% un problema patologico e l'8% non lo vede come un problema. Confrontando questi dati si possono avanzare delle ipotesi: la maggior parte degli intervistati considera questo fenomeno un problema le cui cause sono ascrivibili alle condizioni strutturali e socio-economiche. Queste persone non incolpano il singolo individuo, ma il tipo di società e il contesto all'interno del quale esso vive. La domanda sulle rappresentazioni sociali del gioco d'azzardo nel paese d'origine degli intervistati non vede scostamenti significativi dai dati per quanto concerne l'Italia, in primo luogo perché molti intervistati sono italiani e di Bologna, ma probabilmente anche perché le persone straniere che vivono in città hanno interiorizzato i valori e la cultura cittadina, che da sempre è incentrata a guardare le cause sociali dei problemi.

La domanda sulle motivazioni del gioco non patologico mostra che il 75,5% degli intervistati crede che chi gioca sia mosso dalla speranza di vincere qualcosa, il 19% afferma che le motivazioni che portano al gioco siano quelle di alleviare le frustrazioni, il 17,2% pensa che lo facciano per passatempo e il 5,5% per rischiare una somma di denaro.

Per quanto riguarda rischi e pericoli legati al gioco d'azzardo il 58% è consapevole che può diventare una forma di dipendenza, il 25% vede il gioco come una possibile fonte di malattia, il 13% vede il problema nel perdere elevate somme di denaro e per il 4% non ci sono pericoli determinati dal gioco d'azzardo.

Infine è stato chiesto quali sono le motivazioni delle persone che giocano in maniera patologica: per il 59,8% degli intervistati chi gioca lo fa per migliorare la propria situazione economica, per il 17,5% per passatempo, per il 12,2 per puro divertimento e per 10,6% per staccare dal lavoro.

I giochi maggiormente utilizzati stando ai dati raccolti dalle interviste sono: i gratta e vinci che costituiscono il 43,8% del campione; seguono il superenalotto (15,8%), i giochi di carte come il poker (10,4%), il 7% le scommesse sportive e lotterie (7%) e infine le slot machine (5%).

Dalle risposte al quesito riguardo la frequenza di gioco si evince che il 5,6% gioca una volta al giorno, l'1,6% due volte al giorno, il 10,5% una volta a settimana, il 10,5 due volte a settimana, il 21% una volta al mese e il 50,8% una o due volte all'anno. Dunque la maggior parte degli intervistati non sono degli assidui giocatori.

Con le ultime domande sulle rappresentazioni individuali del gioco d'azzardo si indaga sulle motivazioni di gioco sulle emozioni provate durante esso. A tal proposito, il 35,8% degli intervistati risponde di aver provato un sentimento di speranza, la quale viene definita da Galimberti (1999) come la fiducia nel futuro che permane anche dopo insuccessi o vane aspettative e che dal punto di vista psicologico funziona come difesa dalle conseguenze patologiche delle frustrazioni.

Dalle risposte che riguardano le motivazioni che portano l'intervistato a giocare si evince che il 26,5% di essi lo fa per migliorare la propria situazione economica, il 15,5% per divertimento e il 13,5% per passare il tempo.

Il 97,4% degli intervistati è consapevole che il gioco d'azzardo può diventare un problema patologico. Inoltre il 59,3% degli intervistati non è a conoscenza dei servizi comunali per il contrasto e la prevenzione del gioco d'azzardo patologico.

VIDEOGIOCHI E LOOT BOX: UNA PROSPETTIVA DI GENERE

Adele Ferrari¹, Gianni Bertelli²

¹ Studentessa; ² Esperto di videogiochi e comunicatore

IL NOSTRO OBIETTIVO

Poiché ormai nella nostra società i videogiochi in generale e tutto ciò che essi comprendono sono additati come una prerogativa maschile, il nostro obiettivo oggi è quello di sradicare questo pregiudizio e di considerare la componente gamer femminile.

Abbiamo intervistato 9 ragazze, dai 12 ai 21 anni, che hanno risposto a 10 domande riguardanti i videogiochi e le loot box per approfondire meglio quale sia il rapporto delle nuove generazioni di donne con le loot box e il mondo digitale in generale.

Cosa sono le loot box?

Le loot box sono forzieri virtuali, che permettono al giocatore di riscattare un certo numero di premi scelti casualmente dell'algoritmo.

Questo sistema di “rewarding” permette al giocatore di ricevere abilità (skills), contenuti personalizzanti (skin), o un riscatto monetario della valuta corrente nel gioco.

Le loot box possono essere riscattate sia gratuitamente, che con un pagamento.

A causa della possibilità di acquistare gli scrigni, quindi con l'inclusione di un importo monetario nel gioco e la totale casualità dei premi contenuti all'interno che non tengono conto di ciò che il giocatore possiede già o non, recentemente le loot box sono state connotate come “gioco d'azzardo” in molti paesi, che ne hanno bandito l'acquisto ai minori di 18 anni.

Il loro sistema infatti si basa sull'effetto “near miss”, ossia una concatenazione di ricompense chimiche, che spinge il giocatore a tentare la fortuna tante volte quante è riuscito ad arrivare vicino al risultato sperato.

Queste ricompense chimiche si basano su esplosivi rilasci di dopamina, che portano il giocatore a sentirsi felice e soddisfatto, ricadono in breve tempo lasciando

spazio ad un'eccessiva produzione di ormoni dello stress e portando il giocatore ad un totale senso di sconforto e frustrazione.

Lo stesso procedimento accade sia nel gioco d'azzardo che nelle dipendenze di qualsiasi genere (droghe, alcool, ecc.).

LE INTERVISTE

1. Quante ore giochi al giorno? Hai mai controllato dal telefono i dati sul telefono per sapere esattamente quante ore giochi in una settimana?

“In media al giorno gioco circa un'ora. Ci sono però dei giorni che gioco anche dieci ore, altri che non gioco niente. Genshin però ha delle Daily che vanno fatte ogni giorno, degli eventi o delle missioni”.

(Ragazza di 15 anni)

“Non so quanto gioco sul computer, non gioco su telefono; in una settimana in tutto 20 ore, soprattutto nel fine settimana”.

(Ragazza di 16)

“Anche 4-5 ore al giorno, col fidanzato o con gli amici. C'è un vero scambio con persone reali”.

(Ragazza di 18 anni)

Le ragazze intervistate giocano in media dalle due alle quattro ore al giorno. Preferiscono giocare nei weekend, ma anche durante la settimana se organizzano un gioco online insieme agli amici.

2. Quali emozioni e sensazioni provi durante il gioco? Gioia, divertimento, distacco dalla realtà o altro?

“Dipende dai giochi: se faccio dei giochi da due giocatori, per esempio quando sono in chiamata con dei miei amici, mi diverto molto, però certe volte alcuni giochi proprio mi fanno tirar fuori la rabbia”.

(Ragazza di 12 anni)

“Principalmente (provo) tranquillità e divertimento, poiché non gioco a giochi stressanti. Io uso il gioco come modo di staccarmi dallo stress e per divertirmi con gli amici”.

(Ragazza di 16 anni)

“Mi diverto e mi distacco dalla realtà”.

(Ragazza di 13 anni)

Durante il gioco la maggior parte delle ragazze intervistate si sente rilassata e vive fortemente un distacco dalla realtà, che le aiuta a distrarsi dalle preoccupazioni giornaliere. Il gioco le spinge a divertirsi e a passare il tempo, ma può portarle anche a situazioni di stress e rabbia, quando perdono o non raggiungono il livello desiderato.

3. *I tuoi genitori conoscono i giochi a cui giochi?*

“Conoscono il titolo e prima di farmelo installare controllano che non sia vietato alla mia età, ma poi non sanno cosa accade nel gioco”.

(Ragazza di 16 anni)

“Non sanno che giochi faccio in quel momento ma non è un segreto che sto giocando, se passano possono vedere che sto facendo un gioco”.

(Ragazza di 20 anni)

“Sì, sanno di alcuni videogiochi e che giochi sono, anche se non si interessano più di tanto”.

(Ragazza di 18 anni)

Molto spesso i genitori non vengono a conoscenza dei videogiochi delle figlie per un loro interesse personale: è più frequente infatti che siano le figlie a dover chiedere il permesso per installare un determinato gioco, e solo in quel modo i genitori scoprono l'esistenza di quel gioco e, talvolta, si informano dei contenuti.

Se la ragazza non è tenuta a chiedere il permesso ai genitori per installare nuove applicazioni, è frequente che i genitori ne rimangano all'oscuro.

4. *I tuoi genitori sanno che cosa compri, se chiedi loro di comprarti una loot box o altri strumenti per superare i livelli? Hai mai provato a spiegarglielo, o loro te lo hanno mai chiesto?*

“Non mi permettono di comprare niente online, perché non lavorando non ho soldi e non posso permettermi di spendere per comprare nel gioco, come gli acquisti free to play, o come Genshin (ma comprano il videogioco in sé). Però esiste nei giochi il modo di farmare¹ le loot box”.

¹ *Farmare*: dall'inglese *farm*, “fattoria”, e *to farm*, “coltivare”. Usato nei videogiochi, e in particolare negli MMORPG: esecuzione ripetitiva di azioni in un'unica località per acquisire continuamente e accumulare qualche forma di beneficio o risorsa, in particolare bottini (loot). La continuità del farming serve anche ad aumentare le probabilità di trovare oggetti più rari, o che questi vengano abbandonati (“droppati”) dai nemici. Un giocatore può persino basare buona parte del proprio gioco sul farming; talvolta vengono usati dei programmi, detti bot, che ripetono automaticamente le azioni monotone, ma l'utilizzo di questi bot può essere vietato dalle regole del videogioco, del server o dei programmatori. Vedi anche *grinding*. <https://slengo.it/define/farming>.

(Ragazza di 18 anni)

“Non compro nulla online. Faccio però acquisti online assieme ai miei genitori, per esempio app a pagamento, ma molto raramente”.

(Ragazza di 13 anni)

“No, i miei genitori non sanno a cosa gioco.

Adesso che ho una carta posso comprare liberamente senza chiedere a loro il pagamento, che comunque loro vedono”.

(Ragazza di 16 anni)

Per quanto riguarda l’acquisto online, ci sono diverse casistiche.

Molto spesso i genitori permettono alle figlie di acquistare all’interno dei giochi solo contenuti con un piccolo importo monetario sotto la loro supervisione.

Altre volte invece non c’è la possibilità o il desiderio di fare acquisti all’interno di un videogioco, sia per volontà dei genitori che per la natura del gioco in sé o della giocatrice.

In casi più rari invece, quando c’è un’indipendenza o una semi indipendenza economica, la giocatrice non deve chiedere il permesso o chiedere soldi al tutore o al genitore.

5. Quando i tuoi genitori decidono di comprare qualcosa nei videogiochi, come li convinci a farlo?

“Non spendo molto nei giochi, anche perché i giochi che compro o sono molto economici o sono gratuiti.

Altrimenti cerco di giocare con console di altri, dato che economicamente diverrebbe una spesa importante per me investire i miei soldi nei videogiochi.

I miei genitori poi non mi permettono di spendere troppo su un videogioco”.

(Ragazza di 16 anni)

“Non mi hanno mai chiesto più di tanto e non ho mai dovuto più di tanto convincerli, a volte il mio regalo era questo e a loro andava bene”.

(Ragazza di x anni)

“Dico, specialmente a papà “Papà, voglio spendere 15 euro nel videogioco”. Gli do 15 euro miei e lui li spende volentieri”.

(Ragazza di 15 anni)

Nella casistica in cui il genitore permetta di comprare contenuti online, è frequente che non si debba scendere a grossi compromessi, né dall’una, né dall’altra parte.

Nel caso in cui fossero necessari, l'accordo comunque prevede una limitazione della spesa, che porterà a ricevere in ogni caso dei contenuti, anche se non quelli all'inizio desiderati.

6. Preferisci comprare delle loot box o qualcos'altro in particolare nei giochi? Se hai scelto le loot box, perché le preferisci?

“Preferisco comprare loot box, anche perché sono quelle che contengono più skills e skin”.

(Ragazza di 16 anni)

“Non compro tante loot box, anche se a volte contengono dei premi anche molto speciali.

Spesso compro quello che mi serve direttamente per quel livello”.

(Ragazza di 16 anni)

“No, le loot box fanno un po' pena, ma spesso sono l'unica cosa che puoi comprare nel gioco. Di solito prendi non tanto direttamente le loot box quanto la valuta del gioco, e poi con quella ci prendi le loot box. Con la valuta puoi farci anche altre cose”.

(Ragazza di 15 anni)

Nel gioco, le ragazze preferiscono principalmente comprare direttamente la valuta o il materiale necessario per superare il livello.

Le giocatrici che vogliono comprare le loot box, in media, hanno sostenuto di preferirle per via della diversità o unicità o rarità dei contenuti; capita anche che in alcuni giochi l'unico acquisto possibile per ottenere un upgrade siano proprio le loot box, per cui la giocatrice è costretta ad acquistarla, anche col rischio di non trovare quello di cui aveva bisogno.

7. Quando chiedi di comprarti una loot box, speri di trovare qualcosa che desideri in particolare o speri semplicemente nella fortuna di trovare qualcosa di incredibile?

“Spero nella fortuna perché mi piace il non sapere”.

(Ragazza di 20 anni)

“Preferisco non comprare nulla nei giochi, né loot box, o skin, soprattutto perché il sistema delle loot box fa in modo che tu non riesca a trovare la skin o la skills per cui tu avevi pagato”.

(Ragazza di 16 anni)

“Di solito spero in qualcosa in particolare, perché se arrivo a comprare per averla vuol dire che non sono riuscita ad ottenerla con tutti gli altri mezzi possibili. Quindi questo è come un ultimo tentativo”.

(Ragazza di 16 anni)

Le ragazze che decidono di comprare loot box le comprano sapendo bene che c'è la possibilità di non ottenere ciò per cui hanno pagato, ma sperano comunque nella fortuna e di ricevere l'oggetto desiderato.

8. *Quante volte trovi qualcosa che effettivamente desideravi?*

“Per quanto riguarda le loot box, in media nel 10% dei casi trovo qualcosa che mi serviva. Però mi sono capitati anche contenuti molto migliori di quello che mi aspettavo”.

(Ragazza di 16 anni)

“Quasi mai, la maggior parte delle volte no”.

(Ragazza di 16 anni)

“(ride) - Un quarto...”.

(Ragazza di 15 anni)

La possibilità di trovare l'oggetto desiderato è molto bassa, poiché l'algoritmo procede a dare i premi nelle loot box in maniera totalmente casuale, così da avere meno probabilità di ottenere ciò per cui si è pagato.

Le ragazze di questo sono estremamente consapevoli, anche se continuano a sperare di trovare i contenuti necessari alla prosecuzione del gioco.

9. *Quando non trovi qualcosa che desideravi o ti serviva, ti senti frustrato?*

“Quando non trovo qualcosa sì sono frustrata, ma i miei amici mi consolano e mi spingono a riguadagnare quello che avevo perso”.

(Ragazza di 18 anni)

“Non trovo sempre quello che voglio e sì, sono molto frustrata quando non trovo quello che voglio ma ugualmente so che non posso comprare. Perciò, sono portata a giocare molto di più per farmare le loot box”.

(Ragazza di 18 anni)

“Ovvio, sono cose che fanno apposta per farti sentire frustrato. Però cerchi di non pensarci troppo”.

(Ragazza di 15 anni)

Nonostante siano consapevoli che potrebbero non ottenere ciò che serviva loro, le giocatrici per la maggior parte si sentono frustrate e prese in giro quando trovano contenuti inutili; altre, invece, comprendono la situazione e cercano di non pensarci troppo.

10. Quando non trovi qualcosa che ti serviva, provi comunque il desiderio di continuare a giocare o comprare altro?

“Sì. Perché c'è sempre la possibilità di ricevere quello che si desidera”.

(Ragazza di 16 anni)

“Quando non trovavo qualcosa che mi serviva, talvolta mi arrendevo. Giocando molto a Roblox, come anche ad Adopt me, piuttosto cercavo in tutti i modi di scambiare delle cose. Però non ho mai smesso di giocare a un gioco solo perché non ho trovato un oggetto che volevo”.

(Ragazza di 12 anni)

“Mi viene voglia di disinstallare tutto ma poi penso al tempo e soldi sprecati e cerco di andare avanti con quello che riesco senza acquisti.

Per esempio una mia amica mi ha insegnato a farmare certi livelli. A volte si ottengono ricompense molto maggiori anche se ci si mette molto tempo”.

(Ragazza di 16 anni)

La rabbia e la frustrazione portano le giocatrici a voler in un primo momento abbandonare il gioco; ma affermano che in seguito vengono poi indotte a giocare di più e a spendere ancora, proprio a causa dell'effetto near miss sopracitato.

11. Vorresti aggiungere altro?

“L'unico acquisto che faccio è con la valuta del gioco, così da ottenere all'interno del gioco skills and skin grazie ai miei 'punti esperienza' senza dover spendere dei soldi”.

(Ragazza di 16 anni)

“Quando non riesco ad ottenere gratuitamente un personaggio finisco per giocare sempre di più, finché non lo ottengo”.

(Ragazza di 16 anni)

“Quando gioco online con gli amici o faccio delle missioni comuni, mi diverto di più rispetto a giocare da sola. E mi arrabbio anche meno. E poi a nessuno di noi in quel momento viene in mente di comprare o utilizzare una loot box perché ci dà più soddisfazione superare la missione con le nostre forze. A volte ci mettiamo anche un mese”.

(Ragazza di 16 anni)

Le loot box per le ragazze non sono il motivo per cui giocano, sono anzi l'ultima scelta che a volte non viene presa in considerazione fino a che non ce n'è un vero bisogno per continuare il gioco.

Da questo possiamo capire che nonostante i videogiochi siano una forma nobile di intrattenimento, le case di produzione e il continuo bisogno di un fluire monetario (caratteristiche del sistema capitalista-consumista dei giorni d'oggi) portino a contaminare ed influenzare un mondo virtuale che include bambini e grandi, lucrando sui giocatori inabili nel provvedere a cambiare il sistema.

ANALISI GENERALE DEL FENOMENO

L'uomo inventa la filosofia perché, spaventato dalla sua condizione di mortale, non sa come sopravvivere in un mondo in cui le regole non sono chiare: per questo ha il bisogno di conoscere. Ma l'uomo non è in grado di sapere cosa desidera: sa che c'è qualcosa che vuole, ma spesso si limita a cercare di impadronirsi di ciò che vede, sperando di saziare così la sua condizione. Ciò che viene definito come lo "sconcerto del desiderio" ha radici antropologiche misteriose. Anche il concetto di "tesoro" per l'uomo è importante, perché esso rappresenta una fonte di sicurezza economica, di benessere materiale e anche di orgoglio personale. Inoltre, può essere una fonte di ispirazione, un'opportunità per raggiungere obiettivi personali e un modo per lasciare un'eredità.

Si capisce molto bene perché, da quando il marketing predatorio è entrato nei videogiochi, si è sentita l'esigenza di aggiungere dei tesori misteriosi anche all'interno di questi. Infatti, si è dimostrata la facilità con cui un individuo spende i propri soldi per aprire una scatola misteriosa, che potrebbe forse contenere un tesoro, una loot box.

Il problema delle loot box nei videogiochi è stato oggetto di un grande dibattito negli ultimi anni. Le loot box non sono altro che pacchetti virtuali, che possono essere acquistati con soldi veri e che contengono oggetti casuali come armi, personaggi o costumi. La loro caratteristica principale è che sono come una vera e propria cassa del tesoro: non si ha alcuna informazione su cosa si possa trovare all'interno.

In alcuni casi le loot box sono state accusate di promuovere una forma di gioco d'azzardo perché gli utenti pagano soldi veri per avere la possibilità di vincere un premio virtuale, senza sapere esattamente cosa otterranno. Ciò può portare a comportamenti compulsivi e a spese eccessive, oltre che a una crescente insoddisfazione legata al fatto che, raramente, si trova qualcosa di effettivamente utile.

Inoltre, c'è una crescente preoccupazione per il modo in cui le loot box sono integrate nei giochi, spesso in modo tale da favorire la dipendenza del giocatore e da incoraggiare gli acquisti di esse, per ottenere un vantaggio competitivo. Questo ha portato forti critiche da parte di organizzazioni dei consumatori e dei genitori, preoccupati per l'impatto che queste pratiche possono avere sui giovani.

Infatti, alcune loot box possono essere utilizzate per alimentare comportamenti di dipendenza e di gioco d'azzardo, soprattutto nei giovani. Ciò può essere parti-

colarmente dannoso per i ragazzi e per le persone con problemi di dipendenza dal gioco.

Una delle principali preoccupazioni deriva dal fatto che alcune loot box possono essere “tarate” in base ai dati specifici di spesa del consumatore. In altre parole, i giocatori che spendono più denaro sono anche più propensi a ottenere oggetti rari o preziosi rispetto a quelli che spendono meno. Questo può creare un circolo vizioso, in cui i giocatori si sentono costretti a spendere sempre di più per ottenere gli oggetti desiderati, il che può portare a problemi finanziari e di dipendenza.

Inoltre, le loot box possono essere utilizzate per nascondere il tasso di probabilità di ottenere, nel gioco, determinati oggetti virtuali utili alla vittoria: questo può rendere difficile per i giocatori valutare il vero valore delle loro acquisizioni. Anche questa caratteristica può incoraggiare comportamenti di gioco d'azzardo.

In generale, è importante che i produttori e gli sviluppatori di videogame lavorino per creare esperienze di gioco eque e trasparenti per tutti i giocatori, invece di incoraggiare comportamenti dannosi attraverso l'utilizzo di loot box, tarate in base ai dati di spesa dei consumatori.

Per questo motivo, alcuni Paesi hanno preso provvedimenti per regolamentare gli acquisti in-app e per proteggere i giovani dal marketing predatorio nei giochi su smartphone. Ad esempio, la UE ha introdotto nuove leggi per richiedere che gli sviluppatori di giochi forniscano informazioni chiare sui costi degli acquisti in-app e per proibire le pratiche di marketing ingannevoli.

In particolare diversi Paesi, come il Belgio e l'Olanda, hanno vietato le loot box in alcuni giochi, destinati a un'utenza più giovane; altri stanno prendendo in considerazione di adottare simili misure di regolamentazione.

Inoltre, alcune società che sviluppano videogiochi hanno introdotto opzioni ad hoc per limitare gli acquisti in-app e per offrire supporto alle persone con problemi di dipendenza dal gioco, rendendo più trasparenti le reali probabilità statistiche di ottenere determinati oggetti virtuali acquistando una loot box.

Deve essere chiaro altresì che questi sistemi non sono indispensabili per il funzionamento del gioco: sono stati introdotti con l'unico scopo di aumentare il fatturato, da quando la competizione tra i vari produttori ha reso necessario l'inserimento di un nuovo tipo di marketing che, non a caso, viene definito predatorio.

Il marketing predatorio nei videogiochi moderni, in particolare sugli smartphone, può essere estremamente pericoloso per alcune categorie di utenti, in particolare i giovani e le persone con problemi di dipendenza dal gioco. I giochi su smartphone spesso utilizzano meccanismi di gioco d'azzardo e di marketing ingannevoli, per incoraggiare gli utenti a spendere denaro in modo compulsivo, per acquistare oggetti virtuali o per continuare a giocare.

Ad esempio, alcuni giochi utilizzano pop-up pubblicitari ingannevoli per far sembrare che l'acquisto di un oggetto virtuale sia l'unico modo per continuare a

giocare o per sbloccare un livello. Inoltre, alcuni giochi utilizzano meccanismi di “grinding” (gioco ripetitivo) per indurre gli utenti a giocare per lunghi periodi di tempo e a spendere denaro per accelerare il progresso del gioco.

Inoltre, c'è preoccupazione per la facilità con cui gli utenti, in particolare i giovani, possono effettuare acquisti in-app con denaro vero. Spesso questi acquisti possono essere effettuati con pochi tocchi sullo schermo, senza che i giocatori abbiano il tempo di riflettere sull'acquisto. Ciò può portare a spese eccessive e a problemi di indebitamento.

Queste strategie possono avere effetti negativi sui giocatori, in particolare sui giovani e su coloro che hanno problemi di dipendenza dal gioco. La maggior parte dei Paesi ormai ha una legislazione in atto per combattere queste pratiche ed alcune aziende hanno iniziato a prendere provvedimenti per rimuoverle dai loro giochi, ma si tratta più che altro di dichiarazioni di intenti e la strada è ancora lunga.

TRA GIOCO E AZZARDO

Ennio Peres
a cura di Susanna Serafini

Prima di parlare di giochi d'azzardo, ritengo necessario stabilire che cosa si deve intendere per gioco e per azzardo.

Nella terminologia ludica, viene definito *azzardo* l'atto di affidare l'esito di un gioco totalmente alla sorte, anche nel caso in cui le sue regole non prevedano puntate in denaro (come l'innocente conta dei bambini).

L'art. 720 del Codice penale italiano, però, precisa che: "Sono giochi d'azzardo quelli in cui ricorre il fine di lucro e la vincita o la perdita sono interamente o quasi interamente aleatorie".

Nel linguaggio corrente, al vocabolo *gioco* vengono normalmente attribuiti vari significati, alcuni dei quali piuttosto diversi tra loro.

Con questo termine, però, bisognerebbe prevalentemente indicare: "Qualsiasi attività liberamente scelta a cui si dedichino, singolarmente o in gruppo, bambini e adulti senza altri fini immediati che la ricreazione e lo svago, sviluppando ed esercitando nello stesso tempo capacità fisiche, manuali e intellettive".

Questa definizione sottolinea, in particolare, le due condizioni basilari che consentono di distinguere il gioco da altre attività umane:

- la libera scelta (possiamo stabilire autonomamente quando iniziare e quando interrompere un gioco);
- la finalità di puro divertimento (decidiamo di giocare, con l'obiettivo principale di trascorrere un po' di tempo in modo piacevole).

Per questi motivi, un gioco d'azzardo, nell'accezione del Codice penale, non costituisce un vero gioco in quanto viene effettuato con finalità di arricchimento e non di puro divertimento.

Inoltre, siccome l'abitudine ossessiva all'azzardo può generare una vera e propria *dipendenza*, da un certo momento in poi una pratica del genere non viene più effettuata per libera scelta ma per coercizione psicologica.

Come sostiene il poeta Valerio Magrelli: “Il gioco d’azzardo è il contrario del gioco ed è assurdo che abbia lo stesso nome”.

I giochi d’azzardo sono apparsi molto presto nella storia dell’umanità.

Sono sopravvissuti e hanno prosperato nel tempo, nonostante siano stati aspramente combattuti da scomuniche religiose, condanne sociali e proibizioni legislative; ma soprattutto, nonostante le condizioni offerte dai biscazzieri di turno siano state sempre alquanto svantaggiose per i giocatori.

È interessante notare, però, che le lotterie furono inventate proprio dalle autorità statali.

Nel I secolo d.C., infatti, l’imperatore romano Nerone, valutando che le tasse vigenti erano troppo esigue, escogitò un astuto metodo per procurarsi nuove risorse finanziarie... senza attirarsi l’antipatia dei sudditi.

L’attualità di un tale espediente è ribadita dal matematico statunitense Edward Packel, il quale sostiene: “Tutte le volte che un governo cerca modi nuovi per aumentare le entrate fiscali, la lotteria di Stato si presenta come uno dei sistemi più fantasiosi per convincere i cittadini, ormai stanchi di tasse sulle proprietà, sulle vendite o sul reddito, a versare volontariamente altri contributi all’erario”.

A tale riguardo, in base alla definizione del Codice penale, dovrebbero essere ritenuti d’azzardo, e quindi vietati, tutti i numerosi giochi in denaro, gestiti dallo Stato.

Paradossalmente, però, la legge considera leciti solo i giochi che sono stati autorizzati dalla legge, indipendentemente dalla loro oggettiva pericolosità.

È bene considerare che la stessa definizione del Codice penale, basata essenzialmente sui concetti di lucro e di fortuna, favorisce una diffusa tendenza a non considerare d’azzardo i giochi che prevedono puntate di bassa entità (dove il lucro è teoricamente inesistente) e quelli il cui esito non dipende esclusivamente dalla sorte (come, in particolare, il poker).

In assoluto, però, la pericolosità di un gioco non è legata alle sue regole, più o meno basate su eventi aleatori, ma all’entità delle somme in denaro che vengono impegnate. Oggettivamente, non è importante se una determinata perdita monetaria è imputabile alla sfortuna o all’imperizia.

Quindi, sarebbe doveroso definire d’azzardo ogni gioco che richiede di puntare dei soldi.

In ogni caso, il mio personale consiglio è di non partecipare mai a giochi in denaro; per nessun motivo, anche quando non sono richiesti grandi importi.

Una cifra bassa, giocata per un tempo lungo, alla fine diventa una cifra alta...

Un violento incendio può divampare, sia per l’azione di un lanciafiamme, che per quella di un cerino...

Senza contare che il rischio di perdere dei soldi, può diventare una certezza, se ci si ritrova a competere contro dei truffatori...

Con ciò, non voglio sostenere che il gioco d’azzardo debba essere proibito.

Anche perché l'esperienza insegna come in altri drammatici casi (alcool, fumo, droga, prostituzione e così via), il proibizionismo non solo non è mai stato in grado di risolvere i problemi, ma spesso ha contribuito addirittura ad esasperarli.

A mio avviso, solo un'informazione corretta, chiara, diffusa e continua può riuscire a contenere parzialmente l'espansione di certi fenomeni, socialmente deleteri.

È, però, assai deprimente constatare come, nei riguardi dei giochi in denaro, in Italia, circoli prevalentemente una scandalosa disinformazione.

In particolare, da tempo, si assiste alla massiccia circolazione dei cosiddetti *sistemi per vincere matematicamente*, offerti attraverso ogni genere di canale di comunicazione.

Ma è proprio la fiducia posta in tali *metodi sicuri* una delle principali cause di consistenti perdite in denaro, a volte, rovinose.

La maggioranza di questi sistemi si basa sulla falsa convinzione che, col trascorrere del tempo, tutti gli eventi legati a una determinata situazione siano destinati a realizzarsi una stessa quantità di volte; per cui, più uno di questi tarda a manifestarsi, più cresce, per compensazione, la sua probabilità di verificarsi nell'immediato futuro.

Una tale fallace credenza, che nasce da una erronea interpretazione della Legge dei grandi numeri, è rafforzata dall'oggettiva considerazione che, in merito all'uscita di un determinato evento, un ritardo eccessivamente elevato rispetto alle previsioni, ha una probabilità molto bassa di verificarsi.

Bisogna, però, considerare che il valore della probabilità, calcolato prima di cominciare a effettuare i tentativi (quando, cioè, non se ne può ancora conoscere l'esito), è diverso da quello ricavabile, una volta venuti a conoscenza di alcuni risultati.

Se fosse effettivamente possibile elaborare un metodo per vincere ai giochi d'azzardo, anche ottenendo una percentuale minima di guadagno, garantita ad ogni puntata, nel giro di pochi anni l'ideatore di un tale sistema potrebbe diventare l'uomo più ricco della terra.

In ogni caso, tutti i biscazzieri del modo (compreso il nostro Stato) sarebbero inesorabilmente destinati a fallire.

La realtà è, purtroppo, ben diversa.

Esiste un alto numero di incalliti giocatori, disposto a bruciare ogni anno cifre vertiginose, all'inseguimento di evanescenti sogni di arricchimento.

Quando questi tenaci sognatori si ritrovano a non possedere le somme necessarie per continuare a giocare, però, rischiano di finire in mano a degli usurai, passando bruscamente dai sogni agli incubi.

In matematica viene definito *rendimento di un gioco* una stima del rapporto tra vincite ottenute e capitali investiti che ci si può attendere, praticando a lungo lo stesso tipo di puntata.

Un gioco le cui puntate presentano tutte un rendimento minore di 1 viene detto svantaggioso, in quanto la sua pratica ci consentirebbe di incassare, alla lunga, una somma totale inferiore all'ammontare delle somme da noi spese.

Sono svantaggiosi, in genere, tutti i giochi gestiti da un Banco, ovvero da una figura che incamera tutte le poste giocate e fissa (a suo favore) i parametri relativi alle somme da elargire, in caso di vincita.

L'unico sistema sicuro per diventare ricchi con i giochi d'azzardo gestiti da un Banco, è il seguente:

scrivete un libro dal titolo "Come diventare RICCHI con i giochi d'azzardo, gestiti da un Banco" e vendetene moltissime copie.

Secondo attendibili statistiche, in Italia, i giocatori abituali, ovvero le persone che partecipano a un gioco in denaro, almeno una volta a settimana, sono circa 30 milioni (circa metà della popolazione).

Il motivo principale che spinge questa enorme massa di persone a sborsare dei soldi, con regolare frequenza e con caparbio accanimento, ovviamente, è la speranza di conseguire, prima o poi, una vincita sostanziosa.

Una larga parte di loro, però, è destinata, non solo a non arricchirsi, ma anzi a impoverirsi sensibilmente, rischiando anche di diventare dipendente dal gioco d'azzardo.

In pratica, sarebbe come sperare di guarire dal mal di testa, dando delle violente testate contro il muro...

Ma vincere moltissimo denaro costituisce effettivamente una grande fortuna?

Le cronache riportano innumerevoli storie di giocatori che, dopo aver incamerato delle cifre considerevoli, sono rapidamente tornati al livello precedente (se non addirittura peggiore...) e sono stati travolti da una valanga di problemi, portatori di angoscia e inquietudine.

È estremamente difficile, infatti, riuscire a gestire oculatamente una consistente ricchezza, piovuta all'improvviso dal cielo e non commisurata alle proprie capacità produttive.

È come se un bambino, abituato ad andare sul cavallo a dondolo, venisse improvvisamente messo in sella a un purosangue: nel giro di pochi secondi verrebbe inesorabilmente scaraventato a terra.

A livello scientifico, l'assunto in base al quale la felicità delle persone non dipende dalla variazione delle loro ricchezze, è stato attestato, nel 1974, dall'economista statunitense Richard Easterlin, attraverso l'enunciazione di una tesi, nota come *Paradosso della felicità*.

Con il proprio studio Easterlin ha mostrato come, con l'aumentare del reddito, e quindi del benessere economico, la felicità umana cresce fino ad un certo punto e poi comincia a diminuire, seguendo una curva a U rovesciata.

Da ciò deriva che la ricchezza e la felicità non sono la stessa cosa; per essere più felici, infatti, non è sufficiente cercare di aumentare l'utilità (prodotti, beni, servizi), ma è necessario, in maniera prevalente, coltivare la sfera degli affetti personali.

A tale riguardo, Oscar Wilde affermava: "La felicità non è avere quello che si desidera, ma desiderare quello che si ha".

I dati raccolti da Easterlin evidenziano una correlazione non rilevante tra reddito nazionale e felicità.

In particolare, i Paesi più poveri non appaiono, significativamente, meno felici di quelli più ricchi.

Anzi, da una ricerca condotta da alcuni psicologi statunitensi, è emerso che una delle popolazioni più felici del pianeta è costituita dai Masai, un gruppo etnico nilotico che vive sugli altopiani intorno al confine fra Kenia e Tanzania.

Come molti altri popoli appartenenti a culture non industriali, i Masai sono tutt'altro che ricchi economicamente, ma tendono a concentrarsi principalmente su ciò che hanno, piuttosto che su ciò che non hanno.

E questo, certamente, senza aver letto Oscar Wilde...

Testo integrale dell'intervento di Ennio Peres, tenuto nell'ambito del convegno "Il gioco non vale la candela", organizzato dall'Arciragazzi di Roma nel novembre 2013 e dedicato ai problemi indotti dal dilagare dei giochi d'azzardo.

Da gennaio 2014, è presente anche sul sito: www.riflessioni.it.

Citazioni azzardate

- Aveva inventato un sistema infallibile per perdere alla roulette. (Woody Allen)
- Chi ritiene che l'invenzione della ruota sia una benedizione per il genere umano, non ha mai perduto, evidentemente, la camicia alla roulette. (Anonimo)
- Con le mie vincite alle corse mi sono comprato un berretto da yachtsman. Con le perdite avrei potuto comperarmi uno yacht. (Tristan Bernard)
- Da oggi smetto col gioco d'azzardo. Scommettiamo? (Daniele Cavaleria)
- Detestabile cosa el giuoco! Vita inquietissima e ne' suoi beni; e però nel secondo quella del giocatore, sentina di vizi abominevoli! (Niccolò Machiavelli)
- Il gioco d'azzardo è il figlio dell'avidità, fratello dell'iniquità, padre del male. (George Washington)
- Il gioco d'azzardo è il contrario del gioco ed è assurdo che abbia lo stesso nome. (Valerio Magrelli)
- La virtù più salda evita i rischi; chi si espone al pericolo, vi vuol trovare la sua perdita. (Pierre Corneille)
- L'unico sistema infallibile, per arricchirsi con i giochi d'azzardo gestiti da un Banco, consiste nel vendere agli altri un sistema infallibile, per arricchirsi con i giochi d'azzardo gestiti da un Banco. (Mister Aster)
- Non esiste il gioco d'azzardo sociale. O sei lì per strappare il cuore a un altro e divorarlo, o sei un fesso. Se questa scelta non ti piace... non giocare. (Robert Anson Heinlein)

- Quando Garibaldi e Vittorio Emanuele si incontrarono a Teano, l'unica cosa che veramente accomunava il paese, non era la lingua, ma la passione per il terno secco. (Luciano De Crescenzo)
- Quando il prezzo del giuoco è il danaro o cosa misurata dal danaro, non estimo che si possa desiderare di vincere con molta lode. (Torquato Tasso)
- Se la roulette è truccata, di sicuro perderete. Se la roulette non è truccata, probabilmente perderete. (Bertrand Russell)
- Un giocatore perde sempre. Perde denaro, dignità e tempo. E se vince, tesse intorno a sé una tela di ragno. (Mosè Maimon)
- Se non giochi non vinci. (Slogan del Totip)
- Se non giochi non vinci, ma sicuramente risparmi. (Arthur Bloch)
- Se non giochi non perdi (Mister Aster).

Mister Aster è lo pseudonimo dietro cui si nasconde l'autore del libro: *Come diventare ricchi con i giochi d'azzardo. Metodo matematico garantito* (Avverbi Edizioni, 2005) che, vista la delicatezza del tema trattato, ha preferito rimanere in incognito.

Ennio Peres, nato a Milano nel 1945 e poi vissuto a Roma, è scomparso nel 2022.

Laureato in Matematica con lode, poi professore di Informatica e di Matematica, dalla fine degli anni Settanta ha svolto la professione di *giocolo* (definizione coniata per lui dalla giornalista Sandra Onofri), con l'intento di diffondere tra chi lo seguiva, tramite ogni possibile mezzo, il piacere creativo di giocare con la mente: dall'enigmistica ai giochi di società, dai problemi logico-matematici alla corretta informazione sui giochi in denaro.

Curatore di conferenze, corsi e seminari in numerosissime località italiane ed estere, autore di più di cinquanta libri di argomento ludico e di divulgazione scientifica, ideatore di giochi in scatola e di giochi radiotelevisivi, collaboratore di prestigiose testate giornalistiche nazionali e del Canton Ticino, si è avvalso costantemente della consulenza della moglie, Susanna Serafini, architetto e illustratrice.

(Da E. Peres, *Elogio dello zero. Il numero che vale una cifra*, Roma, Fefè ed., 2022)

LE DIFFERENZE DI GENERE ED ETNICHE NELLA LUDOPATIA

Rosa De Angelis¹, Claudia Malerbi²

¹ Mediatrice interculturale; ² Esperta di politiche di genere

Solo negli anni Novanta si è fatto un passo avanti nella ricerca di una medicina che contemplatesse anche le differenze umane, definite dalle caratteristiche biologiche della persona e di genere, associate anche a fattori socioeconomici e culturali, che influenzano lo stato di salute e di malattia di ogni persona.

Lottica di genere iniziò quando Bernardine Patricia Healy, appena diventata Direttrice dell'Istituto di Cardiologia dello Istituto Nazionale della Salute (NIH) degli Stati Uniti, si accorse che la ricerca scientifica in quell'Istituto era condotta solo sugli uomini e sugli animali maschi e che, a livello clinico, le donne erano sottoposte molto meno degli uomini a procedure diagnostiche e terapeutiche. Grazie al suo lavoro, con "medicina di genere" si intende proprio, in termini generali, l'inclusione di una prospettiva di genere nella medicina e nella ricerca.

Diverse categorie di ricerca hanno incluso questa prospettiva, portando avanti studi con le lenti di genere, analizzando dati che potessero rappresentare al meglio tutte (o quasi) le caratteristiche delle persone. Anche per quanto riguarda il gioco d'azzardo è stato analizzato l'apporto maschile e femminile sulle modalità per cui il gioco si trasforma in dipendenza. Si tratta di un mondo di divertimento che può trasformarsi in qualcosa di pericoloso, il quale prima era solo appannaggio degli uomini. È diventato fruibile con il tempo anche dalle donne in modo da attuare un movimento verso nuove dinamiche di genere.

Fino a qualche decennio addietro i luoghi dove era possibile giocare d'azzardo erano frequentati solo da uomini. Le donne entrano in gioco negli ultimi anni a causa della distribuzione di slot machine e lotterie istantanee. La capillarità di quest'ultime ha permesso anche alle donne di dare sfogo alle loro compulsività con estrema facilità. Difatti, il Decreto Balduzzi (legge n. 189 dell'8/11/2012) se da un lato include il gioco d'azzardo patologico nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) pubblica, dall'altro, introduce un nuovo tipo di superenalotto e rimane piuttosto vago in merito alle modalità dei messaggi che incitano al gioco, lasciando spazio ad ampi margini di interpretazione.

Il fenomeno del gioco al femminile si manifesta in modo ormai dilagante, in ruoli di diverso spessore e coinvolgimento. Il 38% della popolazione che gioca è femminile e la tipologia di queste giocatrici compulsive è caratterizzata da un'età al di sopra dei 45 anni. La Calabria è al secondo posto, in termini percentuali, per numero di donne che praticano con costanza il gioco d'azzardo.

Un elemento che risulta essere un comune denominatore tra queste donne è la solitudine, con tutto ciò che questo sentimento si porta dietro: isolamento, carenza di rapporti interpersonali soddisfacenti, insoddisfazioni in ambito familiare. La ricerca ha documentato che ci sono differenze di genere nella scelta del gioco d'azzardo elettivo, nei comportamenti di gioco, nel mantenimento e sviluppo delle carriere di gioco patologico, nonché nei percorsi di trattamento del gioco problematico, dunque, nei risultati della cura.

La ricerca suggerisce inoltre che ci sono differenze di genere anche nelle motivazioni legate ai comportamenti ludici: le donne giocano d'azzardo per sfuggire da problemi personali (ad esempio, la solitudine, l'isolamento e la depressione) o familiari; mentre i maschi scommettono alla ricerca di eccitazione/piacere e per vincere denaro. L'esatta natura delle differenze di genere nelle motivazioni verso il gioco d'azzardo non è, tuttavia, ancora chiara. Si noti, però, che la maggior parte degli studi sul gap si caratterizzano per un campione prevalentemente di sesso maschile e generalizzano i risultati alle femmine, questo accade poiché solo una minoranza fra le giocatrici donne, ancora ad oggi, accedono ai servizi di trattamento e cura del gioco eccessivo.

La nascita e la diffusione dei contesti di gioco, facilmente accessibili e con differenti caratteristiche ludiche e di intrattenimento, ha implicato una maggior esposizione delle fasce più deboli e vulnerabili della popolazione alle conseguenze del gioco patologico. Le donne sono risultate consumatrici assidue di gratta e vinci e ancora dedite al gioco della tombola, del bingo o della lotteria; gli anziani che spesso giocano grandi somme a fronte del precario tenore di vita, incappando in situazioni di indigenza; ai giovanissimi, anche minorenni, che si affacciano al mondo delle scommesse, soprattutto quelle sportive e del gioco d'azzardo a partire dai videogiochi e dalle loot box.

Compiere un'analisi in prospettiva di genere, dunque, evidenzia un concetto fondamentale: lo studio di fenomeni non può prescindere dal tenere in considerazione fattori oggettivi e soggettivi, che impattano sia sullo sviluppo delle dipendenze, sia sulle loro manifestazioni, tra cui quelli legati alla cultura.

Intervenire sulle dipendenze sviluppate da persone di origine straniera presuppone una metodologia differente, in quanto occorre un quadro complesso dell'utente, composto dalla provenienza, non solo geografica, dai retaggi sociali e storici, dal vissuto legato al viaggio di migrazione e dal processo di integrazione nella nuova cultura.

Bisogna ricordare che nel momento in cui si arriva in un nuovo Paese, la persona andrà a relazionarsi con nuovi codici linguistici, comportamentali, sociali, culturali che possono essere simili o totalmente distinti da quelli di origine. Orientarsi e costruire un nuovo vissuto influisce anche sul benessere psicologico del migrante, esponendolo a maggiori rischi di vulnerabilità che non possono essere gestiti al pari delle persone che nascono, crescono e vivono nel proprio contesto quotidiano.

Ogni giorno le Acli di Bologna si interfacciano con utenti di diverse nazionalità, sia attraverso l'accesso ai servizi fiscali, previdenziali e di assistenza, sia nell'ambito delle progettualità, specifiche per loro. Presentano bisogni differenti, come ad esempio un supporto per la conciliazione dei tempi di vita e lavoro e formazione specie per le donne straniere che non posseggono una rete relazionale nel nostro Paese, e che garantiamo alla presenza di un'équipe di educatori, orientatori e mediatori qualificati e con esperienza.

Negli anni ci siamo resi conto di quanto sia prezioso restituire un'immagine positiva di sé, come portatore e ricettore di competenze, saperi e abilità stimolando alla partecipazione attiva e al raggiungimento di una nuova consapevolezza, affinché la persona possa sentirsi in grado di scegliere e seminare nuove radici, riconoscendo nel proprio bagaglio una ricchezza. Interveniamo in particolar modo nell'apprendimento di nuove parole attraverso cui esprimersi, conoscere e costruire legami, raggiungendo un equilibrio nel dualismo di identità in cui vivono.

Quando la diversità culturale viene percepita come un ostacolo nel processo su menzionato, incide anche sull'amplificazione di situazioni di solitudine involontaria e che, come abbiamo letto finora, rende le donne maggiormente esposte a vulnerabilità. Avere una rete sociale e di riferimento, soprattutto nel nuovo Paese, diviene fondamentale per contrastare e prevenire l'amplificazione di nuove fragilità.

Pensiamo anche al lavoro di cura, spesso operato da donne straniere, le quali devono interfacciarsi con l'assistito, di cui non conoscono la lingua se non le parole del "bisogno", e le quali sono pertanto esposte a più rischi di vulnerabilità e solitudine.

È importante ricordare che la diversità culturale è un elemento che si ripete e di cui tener conto in vari ambiti, anche dove crediamo che non possa influire.

Ad esempio, all'interno del nostro progetto sono stati attivati laboratori di pratica motoria rivolti a donne, in particolare provenienti dall'Ucraina, con il coinvolgimento di una mediatrice interculturale. Questa figura è stata fondamentale, poiché ha rivestito un ruolo di mediazione anche relazionale, tra le partecipanti e gli operatori sportivi impiegati nelle attività.

La valenza culturale si evince nel gioco d'azzardo e nello sviluppo delle dipendenze e, anche in questo caso, occorre tenere conto delle differenze sia nell'analisi, sia nel trattamento del fenomeno.

Un'analisi, in tal senso, interessante è stata svolta dallo studioso Mauro Pini il quale, nel suo manuale *Febbre d'azzardo*, analizza il fenomeno da un punto di vista

antropologico, invertendo dunque il paradigma connesso alla cultura, che viene posta al centro, e studiato in prospettiva diacronica e geografica (Pini, 2012).

Riprendendo gli studi-caso svolti da antropologi negli anni precedenti, l'autore ripercorre le connotazioni strettamente culturali, a partire dalle popolazioni indigene e dalla distinzione del gioco – e la sua percezione – tra “uomo primitivo” e “uomo civilizzato”: il gioco viene associato a credenze religiose e alla divinazione (nel caso del giocatore primitivo in quanto legato al desiderio di interrogarsi sulle divinità) e attribuendo l'esito delle proprie sorti ad elementi esterni.

Questo primo pensiero evidenzia una connotazione differente, anche rispetto alla nostra idea – e qui ritorna la cultura – del gioco, ossia la percezione del controllo.

E se da un lato si inizia a parlare di probabilità, sfogliando l'indagine inizia a farsi strada anche l'aspetto dello “status sociale”, per cui giocare – ad esempio nella cultura libanese – viene percepito come mettere a rischio anche la propria identità nella comunità di riferimento, dove la scommessa riguarda l'eventuale vincita o sconfitta di valori quali la stima e l'onore.

L'elemento della cultura si evince nuovamente nell'individuazione dei cinque fattori, secondo lo studioso Per Binde, che impattano sulla diffusione del gioco d'azzardo nei diversi contesti: la presenza o introduzione di moneta commerciale, le disuguaglianze socio-economiche, la complessità sociale, rischio e incertezza e la religione.

Ritorniamo dunque all'idea dell'Altro che, in qualche modo, può influire sulle nostri sorti, come l'immagine di figure mitologiche che possono decidere per l'uomo, il grado di accettazione tra le religioni politeiste, che accoglievano il gioco d'azzardo, a differenza di quelle monoteiste, confermando quanto le diverse religioni e culture influiscono sulla percezione che una popolazione abbia del gioco d'azzardo e su quanto possa divenire una dipendenza o meno.

Prendiamo l'esempio degli Stati Uniti, dove la città di Las Vegas è per antonomasia – e qui incappiamo nell'immagine stereotipata – il simbolo del gioco: esso diviene uno degli strumenti attraverso cui raggiungere l'American Dream legato alle aspirazioni di una vita soddisfacente, di successo; in Sud Africa, invece, è strettamente connessa a dinamiche economiche, oppure in alcuni Paesi dell'Europa – come evinto anche dalla nostra indagine – l'insorgere di patologie del gioco d'azzardo è legato alle situazioni di solitudine, per cui quelle sensazioni di fallimento o vergogna erano acuiti dal fatto di essere vissuti anche da altre persone nel momento di “gioco”.

L'exkursus di Pini, da noi brevemente ripreso, e l'esperienza del progetto “Mi prendo cura di lei” ci pone davanti ad un'altra questione: affrontare il tema del gioco d'azzardo in ottica culturale, riconoscendone l'impatto, presuppone che tale riconoscimento avvenga anche nell'approccio e nel suo trattamento.

In questo può venire in aiuto la mediazione interculturale: nella relazione con chi possiede una lingua, cultura, tradizioni e storia di vita differente, anche la comuni-

cazione deve essere altrettanto differente, dove la traduzione non è e non può mai essere solo linguistica.

Con riferimento al trattamento di persone di origine straniera, che hanno sviluppato dipendenze, è oggetto di attenzione l'approccio transculturale, che si distingue dal concetto di intercultura. Il suffisso "inter" presuppone il tra, il dialogo e l'interazione, mentre la transcultura tiene conto dell'esplorazione e del lavorare attraverso e con l'altra cultura, riconoscendone il valore, la potenzialità e su ciò che unisce, piuttosto che analizzare le differenze.

Da diversi anni sono diffuse discipline che privilegiano questo approccio, ad esempio nei servizi sociali, educativi e socio-sanitari, attraverso la figura del mediatore in grado di relazionarsi proattivamente all'utente di origine straniera, considerando ulteriori elementi, concernenti il viaggio e la storia di migrazione, che possono acuire l'esposizione al sorgere di dipendenze e nel gioco d'azzardo.

Bisogna essere in grado di poter compiere una valutazione e diagnosi complessa, che inizia con una modalità di comunicazione differente: esistono codici verbali, non verbali e para verbali che mutano nella cultura altra e che sono fondamentali nella costruzione del dialogo e, in questo caso, dello spazio terapeutico e del legame tra l'utente e gli operatori.

Occorre essere aperti a qualunque tipo di linguaggio venga utilizzato, senza giudizio, perché può cambiare anche lo strumento attraverso cui l'utente è in grado di esporsi, porsi ulteriori domande che sappiano andare oltre gli stereotipi e i pregiudizi che, anche inconsapevolmente, possiamo avere.

La valutazione non può prescindere dal vissuto di migrazione, dal viaggio e traumi ad esso legati, dalla rete sociale di partenza e quella di arrivo – oppure la mancanza di costruzione di nuove reti. Dare spessore anche ai fattori individuali, al tempo a disposizione e creare uno spazio dove non esista il giudizio, bensì l'accettazione e l'accoglimento di qualunque cosa l'utente straniero si senta di raccontare, nelle modalità a lui più familiari, seppur lontane dalle nostre.

Questa analisi complessa, tra cultura e genere, ci insegna che è la paura dell'altro, di quello che non conosciamo e che crediamo di non poter controllare, che ci rende più fragili. È un'esperienza che può capitare a chiunque di noi, e che assume sfumature diverse quando parliamo dei temi che abbiamo trattato. Sensibilizzare e sdoganare è importante, perché è nella conoscenza che possiamo contrastare, prevenire e, talvolta, chiedere aiuto.

Gli aspetti sanitari

LUDOPATIA E STILI DI VITA: L'ATTIVITÀ MOTORIA COME STRUMENTO DI SALUTE

Francesco Pegreff¹, Ilaria Coliva², Stefania Cagnetta³

¹ Medico Chirurgo Specialista in Ortopedia e Traumatologia; Professore a Contratto presso il Dipartimento di Scienze per la Qualità della Vita, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna;

² Studentessa, Dipartimento di Scienze per la Qualità della Vita, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna;

³ Fisioterapista, Poliambulatorio Guardia di Finanza Emilia-Romagna

Con il termine ludopatia si identifica la condizione patologica di dipendenza da gioco d'azzardo¹. Descritta in ambito medico-psichiatrico e psicologico, conosciuta anche come G.A.P. (Gioco d'Azzardo Patologico), viene inquadrata all'interno della classificazione scientifica APA (American Psychiatric Association) come DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)².

Il soggetto ludopatico può sviluppare comportamenti ossessivi nei confronti del gioco e potenzialmente lesivi per la propria salute.

La salute definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come “uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia”³ rappresenta un fulcro sul quale insistono molteplici fattori: biologici (propri di ciascun individuo), socioculturali (grado di istruzione, condizioni di lavoro e abitative, ambiente) e comportamenti individuali. Tra questi ultimi, identificati come “stili di vita”, viene riconosciuta grande importanza allo svolgimento regolare di attività fisica e alle corrette abitudini alimentari.

Recentemente, l'OMS ha emanato un importante documento, “Global recommendations on physical activity for health”⁴, che non solo promuove l'attività motoria, ma che indica in modo specifico i livelli di attività fisica raccomandati nelle differenti fasce d'età al fine di ottenere effetti sulla salute. Le raccomandazioni proposte, e scientificamente argomentate, rappresentano un valido strumento di sensibilizzazione e, nel contempo, di prevenzione primaria delle malattie cardiorespiratorie, metaboliche, on-

¹ <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/compulsive-gambling/symptoms-causes/syc-20355178>.

² The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013).

³ <https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?area=rapporti&cid=1784&lingua=italiano&menu=mondiale>.

⁴ World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/978_9241599979_eng.pdf.

cologiche, muscolo scheletriche (Farhud, 2015, pp. 1442-4). Tale documento è stato recentemente integrato da un vero e proprio manuale, *The WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour*, recentemente redatto per contrastare la sedentarietà⁵.

Senza nulla togliere all'importanza degli aspetti psicologici e sociali, precedentemente descritti, che si riscontrano nell'individuo ludopatico, il presente capitolo vuole spostare la lente di ingrandimento sulla salute fisica del soggetto con ludopatia. Si esamineranno importanti aspetti strettamente correlati allo stile di vita, quali attività fisica e alimentazione, responsabili di risvolti sanitari a breve e lungo termine che, se non correttamente contrastati, rappresentano un'importante criticità in ambito di salute pubblica.

ATTIVITÀ FISICA: CORRETTO STILE DI VITA E STRUMENTO DI PREVENZIONE

Tutte le forme di movimento, realizzate nei vari ambiti di vita, possono essere considerate attività fisica, definita dall'OMS come “qualunque movimento determinato dal sistema muscolo-scheletrico che si traduce in un dispendio energetico superiore a quello delle condizioni di riposo”⁶.

Questa definizione include non solo le attività sportive, ma anche i semplici movimenti della vita quotidiana (camminare, andare in bicicletta, ballare, giocare, svolgere lavori domestici, ecc.) che fanno parte della “attività motoria spontanea”.

Pertanto, il soggetto ludopatico, per il quale le abitudini di vita sono finalizzate in modo prioritario al gioco, l'attività fisica (anche spontanea) risulta essere ridotta ponendo il soggetto ad alto rischio.

La letteratura scientifica documenta, infatti, uno stretto rapporto tra attività fisica e salute sin dall'infanzia.

Infatti, nei soggetti sedentari, con un'attività fisica al di sotto del livello “raccomandati” e unitamente a cattive abitudini alimentari, incrementa il rischio di sovrappeso e obesità (Bull et al., 2020).

Effetti dell'attività motoria durante le varie fasi della vita:

Nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza

- è necessaria allo sviluppo osteo-muscolare
- contribuisce allo sviluppo di un apparato cardiovascolare sano
- contribuisce ad aumentare le capacità di apprendimento e il livello di autostima
- rappresenta un valido strumento di aggregazione sociale
- associata a una corretta alimentazione diminuisce il rischio di obesità infantile e di malattie croniche non trasmissibili.

⁵ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>.

⁶ <https://www.salute.gov.it/portale/temi>.

In età adulta

- riduce la frequenza di malattie croniche non trasmissibili, come le malattie cardiovascolari, il diabete, l'ipertensione arteriosa, alcune forme di tumore (seno, prostata, colon)

- migliora la mineralizzazione ossea, che contribuisce alla prevenzione dell'osteoporosi

- migliora la funzione digestiva e la regolazione del ritmo intestinale

- aumenta il dispendio energetico favorendo il controllo del peso corporeo

- aiuta la salute mentale, contribuendo al mantenimento delle funzioni cognitive e alla riduzione del rischio di depressione e di demenza

- riduce stress e ansia

- migliora la qualità del sonno e dell'autostima.

Durante la gravidanza

- favorisce una buona circolazione con effetti benefici sul feto

- permette di tenere sotto controllo il peso corporeo

- riduce il rischio di diabete gestazionale, pre-eclampsia, nascita pretermine, varici venose e trombosi delle vene profonde

- apporta benefici psicologici, che includono riduzione della stanchezza, dello stress, della depressione.

Nel post-partum

- contribuisce a ridurre la depressione e l'ansia

- aiuta a migliorare l'umore

- favorisce la funzionalità cardiorespiratoria

- permette di tenere sotto controllo il peso corporeo.

In età avanzata

- aiuta a conservare la capacità di svolgere le normali occupazioni della vita quotidiana e quindi l'autosufficienza

- favorisce la partecipazione e l'integrazione sociale

- è importante per mantenere la massa muscolare e un buon equilibrio, prevenendo in tal modo le cadute

- produce un effetto positivo sulla funzione immunitaria

- riduce il rischio di infezioni delle vie aeree

- preserva la struttura e la funzione cerebrale favorendo il mantenimento della plasticità neuronale e protegge il sistema nervoso da eventuali danni derivanti dall'esposizione a stress

- può prevenire o ritardare l'insorgenza di patologie croniche legate all'invecchiamento e facilitare i percorsi di riabilitazione per chi ne è affetto.

Nel caso specifico del gioco d'azzardo il soggetto ludopatico trascorre ore mantenendo una posizione seduta. Si tratta di un'attività statica, con ridotta o addirittura assente attività fisica che nel tempo porta a uno stile di vita scorretto, sedentario.

Inoltre, il comportamento sedentario è frequentemente descritto in associazione a ulteriori fattori peggiorativi: cattive abitudini alimentari, aumento dello stress, dell'ansia e della depressione, fattori peggiorativi per la dipendenza stessa dal gioco d'azzardo.

La sedentarietà, quindi, costituisce un significativo fattore predisponente per malattie croniche correlate non solo a ridotta qualità della vita, ma anche a minor sopravvivenza (aumentata mortalità).

Solitamente, nell'immaginario collettivo, le patologie croniche (malattie caratterizzate da un lungo decorso e che richiedono un'assistenza e una terapia a lungo termine) sono associate alla sfera dell'anzianità e considerate un evento remoto nel giovane-adulto. Purtroppo, la realtà è ben diversa, come descritto dall'OMS: le patologie croniche rappresentano la causa di morte per quaranta milioni di persone ogni anno (circa il 70% di tutti i decessi a livello globale): nello specifico, il numero maggiore di decessi è dovuto alle malattie cardiovascolari (17,7 milioni di persone), seguite dai tumori (8,8 milioni di persone), dalle malattie respiratorie (3,9 milioni) e dal diabete (1,6 milioni)⁷.

Siamo circondati da pazienti a rischio, tra i quali anche il soggetto ludopatico generalmente sedentario e quindi predisposto all'insorgenza di patologie croniche.

La letteratura documenta, in tale circostanza, il ruolo determinante non solo dell'attività fisica "spontanea", ma soprattutto di quella in forma strutturata, pianificata ed eseguita regolarmente (esercizio fisico), nella prevenzione delle patologie croniche e nell'apporto di effetti benefici sui vari apparati.

L'ATTIVITÀ FISICA PER LA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE NEL SOGGETTO LUDOPATICO

L'attività fisica, se svolta correttamente e con costanza, rallenta il processo di invecchiamento favorendo specifici adattamenti fisiologici che, con il passare nel tempo, si strutturano favorendo un incremento dell'efficienza fisica dell'individuo. Aspetto che si riflette principalmente sull'incidenza delle patologie croniche, riducendola. Infatti, quando si prende in considerazione la popolazione fragile (anziano con patologia cronica) si comprende come questo aspetto condizioni fortemente l'autonomia del soggetto in termini di funzionalità motoria durante lo svolgimento delle attività quotidiane. Aspetti, i precedenti, da considerare correlati in modo indissolubile a quelli sociali e psicologici, descritti precedentemente in questo volume. Non risulta difficile

⁷ Ministero della Salute. Informativa OMS: Attività fisica 2014. Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione, Direzione generale dei rapporti europei ed internazionali. Disponibile a: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2177_allegato.pdf. Ultimo accesso: 3 luglio 2018.

comprendere come un paziente che conserva la propria autonomia possa raggiungere i luoghi di socializzazione e di svago.

Tornando alla disamina delle conseguenze della ridotta attività fisica, troviamo un esteso elenco che vede come principali: l'ipertensione che, se non individuata all'esordio e adeguatamente controllata, predispone a ictus e malattie cardiovascolari, il diabete di tipo 2 e alcune forme di neoplasia.

Secondarie, ma non certamente per importanza, sono le patologie che si riscontrano a livello dell'apparato muscolo-scheletrico: sarcopenia, osteopenia, osteoporosi e artrosi. Queste ultime, seppur considerate patologie minori, rivestono grande importanza poiché riducono la funzione del sistema muscolo scheletrico strettamente condizionante (direttamente o indirettamente) il buon funzionamento dei restanti sistemi ed apparati.

Si rivela estremamente utile descrivere la risposta fisiologica indotta dall'attività motoria e meccanismi biologici che avvengono a livello dei vari sistemi. Durante l'esercizio l'aumento della frequenza cardiaca è direttamente proporzionale all'aumento dell'intensità dello stesso. Tale adattamento all'attività motoria è considerato un indice importante in grado di identificare l'intensità del lavoro cardiaco, variabile da individuo a individuo e maggiore nel soggetto sedentario. Infatti uno degli effetti principali indotti dall'attività fisica è la riduzione della frequenza cardiaca di riposo, parametro che attesta una maggior efficienza del cuore e una maggior capacità di adattamento in termini di recupero della frequenza cardiaca (tempo impiegato dal cuore per tornare alla frequenza di riposo).

Il regolare svolgimento dell'attività motoria aumenta la richiesta di ossigeno e di sostanze nutritive da parte del sistema muscolare sottoposto a maggior lavoro con un aumento del flusso sanguigno diretto ai muscoli, un'efficace redistribuzione di sangue nell'organismo e un aumento della capillarizzazione dei muscoli che si utilizzano costantemente.

Per quanto concerne invece la pressione arteriosa a riposo si può affermare che questa, in seguito a periodi di allenamento aventi come obiettivo il miglioramento della resistenza prolungata, tenderà a diminuire i suoi valori. L'adattamento cardiaco funzionale, che si riscontra nel soggetto che svolge regolare attività fisica, induce nel tempo importanti modificazioni sulla struttura del cuore, in termini di aumento dello spessore della parete miocardica (ipertrofia del muscolo cardiaco).

Inoltre, il movimento favorisce la vasodilatazione arteriosa, specialmente delle coronarie, attraverso meccanismi complessi che vedono come protagonista l'EDRF (Endothelium-Derived Relaxing Factor), fattore correlato alla riduzione del rischio di infarto.

La pratica continuativa dell'attività motoria induce fenomeni adattativi anche sull'apparato respiratorio (polmoni, bronchi e vie respiratorie). Si riscontra, nei soggetti attivi, la diminuzione della frequenza respiratoria sia durante l'esercizio sia a

riposo, l'aumento del tempo di apnea e, infine, la scomparsa del cosiddetto "fiato corto".

Oltre al precedente effetto, in realtà, l'attività motoria di per sé non induce alcuna modificazione strutturale a livello del sistema respiratorio, ma sicuramente la maggior richiesta di ossigeno per consentire l'attività muscolare rende necessario un aumento della ventilazione polmonare. Risulta chiaro come l'effetto benefico dell'attività fisica in questo caso sia indiretto in termini di minor dispendio energetico a carico dell'apparato muscolare deputato alla respirazione e ad una maggiore efficienza del diaframma e altri muscoli respiratori. Da ciò conseguirà un aumento della mobilità della gabbia toracica con conseguente maggiore capacità vitale.

Lo svolgimento dell'attività motoria volontaria induce un adattamento dell'apparato locomotore (sistema muscolare e sistema scheletrico) che rappresenta una forma di protezione e di mantenimento della sua principale funzione: consentire in sicurezza il movimento di tutti i distretti del corpo umano.

Quando il movimento è strutturato in forma di esercizio fisico o allenamento, produce su questo sistema una risposta di adattamento della struttura muscolare che, in base all'attività fisica svolta, modificherà la sua sezione trasversale e la sua lunghezza.

Rispetto ai restanti apparati, quello muscolo-scheletrico si contraddistingue per la sua estrema plasticità (Vannini, 1975). Una proprietà importantissima e indispensabile che consente alla struttura muscolare di modificare (accorciare, allungare, ridurre o aumentare le dimensioni delle fibre) la propria morfologia adattando, quindi "plasmando" la propria struttura microscopica e macroscopica alla tipologia di attività richiesta.

Tale importante caratteristica, che governa la risposta fisiologica del sistema muscolo-scheletrico alla somministrazione di esercizio fisico, è riassunta dalla "legge della plasticità muscolare" (o "legge Borelli Weber Fick") secondo cui è possibile modificare la struttura e la lunghezza del muscolo scheletrico in base ad uno specifico stimolo motorio.

Capiamo quindi come in un individuo costantemente seduto, come nel caso del ludopatico, la muscolatura sia degli arti inferiori sia di quelli superiori svolge ripetutamente nel tempo una contrazione dinamica in maniera incompleta.

Il muscolo, in questo caso, percorre solo parzialmente il range di movimento che gli sarebbe permesso, e come risultato si ha una riduzione della sua lunghezza complessiva nel tempo, mediante un accorciamento della parte contrattile (ventre muscolare) e/o di quella tendinea.

Secondo la legge Borelli Weber Fick, continuando a svolgere movimenti della stessa natura, percorrendo quindi lo stesso arco di movimento nel tempo, si tenderebbe a creare delle alterazioni morfo-strutturali del fascio muscolare interessato frutto dei fenomeni di adattamento.

Si evince chiaramente come lo stile di vita sedentario favorisce adattamenti che nel tempo conducono alla riduzione della funzione e all'alterazione della struttura muscolare. Questo aspetto è molto importante nel paziente sedentario, ludopatico con età maggiore dei 30 anni a rischio di sarcopenia (fenomeno della riduzione della massa e della funzione muscolare che peggiora progressivamente con l'età). La letteratura, infatti, descrive, a partire dall'età di 30 anni, una progressiva e graduale riduzione (dal 3% al 39,8%) della massa muscolare associata al decremento della forza. Questi elementi, ancora più evidenti nel paziente con età maggiore di 60 anni, giustificano una riduzione della qualità della vita nei pazienti sarcopenici (Pegreffi et al., 2023). Inoltre, la sarcopenia, se non tempestivamente diagnosticata e trattata, può predisporre a fenomeni avversi ricorrenti come le cadute, che nell'anziano fragile si traducono in una vera e propria emergenza dagli esiti spesso infausti (Veronese et al., 2023).

Molto spesso, la condizione fisica ridotta nel paziente con sarcopenia influisce negativamente non solo sulla sua stessa autonomia (che se non conservata lo costringe ad avvalersi di personale sanitario per lo svolgimento delle proprie attività quotidiane), ma anche sul costo sanitario complessivo che la comunità deve sostenere per trattare le numerose complicanze associate. L'inattività fisica è, perciò, da annoverare tra i principali fattori di rischio per lo sviluppo e la progressione della malattia. Ricordiamo che quando si parla di "attività fisica" si fa riferimento a qualsiasi movimento che utilizza i muscoli scheletrici: cammino, corsa, nuoto, ecc. Pertanto, l'inattività fisica risulta essere uno dei maggiori fattori di rischio per la sarcopenia, in quanto provoca diminuzione della forza muscolare, riduzione della massa muscolare, e, originando un circolo vizioso, un'ulteriore graduale riduzione dei livelli di attività fisica e andando così ad amplificare tutti e comportamenti e le abitudini che rendono lo stile di vita sedentario. Il ruolo protettivo dell'attività fisica contro lo sviluppo della sarcopenia è stato ben documentato dalla letteratura medica. Numerosi studi scientifici, infatti, concludono che l'attività fisica svolta regolarmente riduce le probabilità di sviluppare la sarcopenia in età avanzata (Xiang et al., 2023).

Per quanto concerne, invece, l'effetto prodotto dall'esercizio fisico sul tessuto osseo, è d'obbligo citare la "legge di Wolff" che spiega chiaramente come l'aumento del carico applicato ad un osso induce un adattamento dell'osso stesso, innescando un processo di rimodellamento che ha nel tempo la finalità di incrementare la resistenza meccanica (di rinforzare l'osso).

Se la forza applicata non supera la capacità di resistenza meccanica (punto di rottura oltre il quale si genera una frattura), l'architettura microscopica trabecolare ossea subisce una deformazione plastica che si adatta e si modifica. La nuova struttura, frutto dell'adattamento, è molto solida e le pareti stesse dell'osso tendono a ispessirsi. L'osso di chi svolge attività fisica, pertanto, viene rinforzato dalla medesima.

Risulta chiaro come un “semplice” programma motorio possa fungere da stimolo biologico modificando i processi che sovrintendono al benessere dei tessuti.

Nel caso della sedentarietà, quindi, la diminuzione del carico può provocare una riduzione della densità ossea lieve (osteopenia) fino a quadri a volte severi (osteoporosi) con una densità dell'osso che risulta biomeccanicamente meno resistente e quindi maggiormente a rischio di rottura (frattura).

Da notare, come anche nel caso del tessuto osseo vi sia un continuo adattamento alle sollecitazioni statiche e dinamiche al quale consegue un rimodellamento dell'osso funzionale all'esigenza dell'individuo in quel preciso ambiente. La risposta al carico dipendente dal processo di mecano-trasduzione, attraverso il quale forze o altri segnali meccanici vengono convertiti in segnali biochimici. Tale meccanismo, come descritto in letteratura, risulta strettamente condizionato dalla durata, dall'entità e dalla velocità del carico impartito. Studi scientifici hanno dimostrato come il carico ciclico possa indurre la formazione ossea. Anche se questa non è la sede idonea per scendere in tecnicismi, è importante considerare tali aspetti per progettare programmi motori specifici per la prevenzione della fragilità ossea nel soggetto sedentario ludopatico.

L'attività motoria ha effetti benefici anche sulla funzionalità articolare, fondamentale per consentire il movimento quotidiano e durante la pratica delle discipline sportive. L'attività motoria esercita un'azione protettiva sulle articolazioni e sul loro rivestimento biologico conosciuto come cartilagine. Un programma di allenamento adeguato contribuisce al mantenimento fisiologico dell'ambiente articolare in termini fisiologici e biomeccanici.

Il paziente sedentario ludopatico è fortemente a rischio di usura del “rivestimento articolare” e quindi a rischio di osteoartrosi: una complessa patologia degenerativa cronica dell'intera articolazione sinoviale caratterizzata dalla perdita progressiva della cartilagine articolare e dal rimodellamento dell'osso subcondrale. Diversi i fattori di rischio descritti come associati all'osteoartrosi. Tra questi vi sono la predisposizione genetica e l'invecchiamento, fattori non correggibili, ma anche sedentarietà e obesità, fattori correggibili e sui quali è possibile agire attraverso la sensibilizzazione ai corretti stili di vita.

Nel soggetto ludopatico, oltre allo stile di vita sedentario, è necessario valutare due ulteriori aspetti: la postura obbligata e seduta davanti alle slot-machine e l'alimentazione, sregolata e non equilibrata.

LA POSTURA DEL SOGGETTO LUDOPATICO

Le problematiche derivanti dallo stile di vita sedentario, nel soggetto ludopatico si associano anche a disordini muscolo-scheletrici determinati dalla postura scorretta mantenuta permanendo per lungo tempo durante l'attività di gioco.

La postura di ogni individuo è la conseguenza dello stretto rapporto esistente tra il sistema muscolare e quello scheletrico che, con il loro interfacciarsi, generano i movimenti e l'assetto in posizione statica (Kuorinka et al., 1987).

Si viene così a definire il cosiddetto sistema tonico-posturale, molto complesso e che garantisce il mantenimento della postura grazie all'azione integrata dei recettori visivi (apparato visivo), vestibolari (apparato vestibolare) e dei meccanocettori (recettori podalici, la principale interfaccia tra il soggetto e il terreno, e recettori muscolari e articolari con un ruolo chiave in statica in dinamica). Nel loro insieme essi lavorano in sinergia conducendo stimoli di natura differente al sistema nervoso centrale che li elaborerà integrandoli e dando il via a risposte conseguenti. Nel momento in cui il rapporto tra questi recettori dovesse risultare sregolato si manifesterà uno squilibrio che condurrà a conseguenti tensioni tonico-muscolari anomale.

Il movimento inizia e finisce in una postura e per la maggior parte del tempo il sistema motorio si preoccupa di mantenere il corpo in una postura stabile, piuttosto che muovere il corpo. Mantenere questa postura stabile è un processo attivo che ha come finalità il mantenimento del centro di gravità nell'area che corrisponde al mantenimento dell'equilibrio corporeo in relazione al gesto motorio che si deve o vuole compiere. Questo grazie alla contrazione selettiva di gruppi muscolari che regolati da un biofeedback propriocettivo consentono l'adattamento del corpo all'ambiente e al compito motorio. Esistono compiti motori che ripetiamo abitualmente, senza nemmeno rendercene conto e per i quali siamo stati programmati per sopravvivere. Durante lo svolgimento delle normali attività quotidiane il nostro corpo, inteso come insieme di elementi anatomici caratterizzati da una specifica funzione, si muove armonicamente per alimentarsi, spostarsi, riposarsi, ecc.

In tali circostanze, nella maggior parte dei casi, si assiste ad un adattamento funzionale all'ambiente e al compito motorio da svolgere. Appare chiaro che quando il compito motorio è semplice tali strutture che sono caratterizzate da un elevato adattamento svolgono la loro funzione senza alcun problema, in modo fisiologico, ma quando il compito motorio diviene complesso in termini di necessità di mantenere una postura obbligata per lungo tempo, non fisiologica, ci si trova di fronte a risposte biologiche da interpretare e valutare al fine di evitare conseguenze non piacevoli. Il primo punto da chiarire è quello di specificare quando la postura fisiologica diviene non fisiologica, e quindi capire quando un compenso evolve in uno scompenso. Da ultimo è necessario individuare i fattori correlati a promuovere tale evoluzione che, come noto produce dolore e nel tempo patologia.

Intesa l'importanza della postura che i ludopatici tendono ad assumere quotidianamente è importante capire come tale aspetto sia declinabile in modo corretto solo se analizzato congiuntamente al contesto ergonomico. In altre parole, "posture fisse" mantenute per tempi più o meno prolungati che, a lungo andare, possono ripercuotersi sulla muscolatura rachidea e dei cingoli con la comparsa di una sintomatologia

algico-disfunzionale poli distrettuale dipendenti strettamente dal contesto ambientali. Le sale gioco non hanno certo a disposizione sedute ergonomiche.

Il mantenimento non corretto della posizione seduta, con rachide staccato (non sostenuto) dallo schienale e proteso (flesso) in avanti potrebbe ridurre la lordosi fisiologica fino a convertirla in cifosi con conseguente sofferenza da schiacciamento vertebrale. In linea con i principi ergonomici, applicabili universalmente, la posizione corretta dovrebbe essere simile a quella del dattilografo o dell'autista, categorie maggiormente studiate e per le quali esistono protocolli specifici per ridurre la prevalenza dei disordini che progressivamente potrebbero manifestarsi e che traggono origine dal sovraccarico funzionale.

Il sovraccarico funzionale è una circostanza, intesa come la risposta fisiologica del sistema muscolo-scheletrico ad uno stimolo meccanico, che persevera sino a determinare un danno che progredisce come entità se il sovraccarico non viene interrotto. In tale caso si determinano le patologie da sovraccarico biomeccanico che se non controllate evolvono in veri e propri disturbi muscolo-scheletrici a carico delle articolazioni, dei tendini, dei muscoli e dei nervi e del sistema circolatorio, ascrivibili all'assunzione di posture incongrue e coatte, come quelle riscontrate nel ludopatico.

Le patologie muscolo-scheletriche includono un'ampia varietà di condizioni infiammatorie e degenerative di muscoli, tendini, legamenti, articolazioni, nervi periferici e strutture vascolari. La posizione seduta, soprattutto in condizioni ergonomiche sfavorevoli e utilizzando sedute non su misura, predispone, inoltre, alle patologie del tratto lombo-sacrale conosciute come "lombalgie" o "mal di schiena".

Le più frequenti sono la lombalgia, la lombosciatalgia e la lombocruralgia. Per *lombalgia* si intende un dolore limitato alla regione lombare. È espressione di una lesione del rachide lombare che non determina alcun risentimento sulle radici nervose. Quando si verifica anche una sofferenza radicolare il dolore si estende agli arti inferiori lungo il territorio di distribuzione della radice interessata e si parla di lombosciatalgia (dolore lombare + dolore irradiato al territorio di distribuzione del nervo sciatico: faccia posteriore della coscia, faccia postero-laterale della gamba e piede (tranne il margine mediale) e di lombocruralgia (dolore lombare + dolore irradiato al territorio di distribuzione del nervo crurale o femorale: faccia anteriore della coscia, faccia antero-mediale della gamba e margine mediale del piede). Circa il 60% della popolazione soffre di almeno un episodio di sciatalgia: è più frequente nelle donne rispetto agli uomini. La lombalgia rappresenta il 10% di tutte le patologie croniche ed è un'importante causa di invalidità e la sedentarietà, l'obesità e l'alterazione della postura sono fattori causali correggibili sui quali si può e si deve agire.

Per contrastare le conseguenze derivanti dall'assunzione di posture errate e dalla sedentarietà è consigliabile un allenamento quotidiano, al fine di mantenere elastiche le strutture articolari, capsulari, muscolari.

CONSEGUENZE DELLE CATTIVE ABITUDINI ALIMENTARI

Dipendenza da gioco d'azzardo e nutrizione, argomenti apparentemente slegati tra loro, presentano in realtà una correlazione se ben analizzati.

La dipendenza dal gioco d'azzardo costringe il soggetto a trascorrere la maggior parte del tempo concentrato sull'attività ludica, statica, con conseguente assunzione di un cattivo stile di vita alimentare che predispone al sovrappeso e all'obesità.

La ricerca scientifica documenta una correlazione tra obesità e infiammazione. Nell'individuo obeso, si rileva un aumento della produzione di molecole infiammatorie (adipochine) che dai depositi di grasso si distribuiscono nei diversi distretti del corpo creando un quadro infiammatorio cronico sub-clinico. Tale quadro predispone ad una graduale perdita di massa muscolare, di tessuto osseo e di incremento del grasso, elementi predisponenti la sarcopenia e l'artrosi (descritti precedentemente).

Si parla, quindi, di obesità associata alla sarcopenia (obesità sarcopenica), considerata un enorme fattore di rischio per l'artrosi e per le patologie croniche a carico di diversi organi e apparati. Studi precedenti hanno suggerito l'esistenza di una relazione bidirezionale tra ipotrofia muscolare e osteoartrosi, limitando ancora di più la possibilità di svolgere attività fisica nei soggetti ludopatici già sedentari che si muoverebbero ancora meno divenendo inattivi.

Se da un lato il corretto stile di vita alimentare è fondamentale per evitare eccessi ponderali e per mantenere il corretto rapporto tra massa magra e massa grassa, risulta utile sottolineare un ulteriore importante ruolo dell'alimentazione inteso come integrazione/supplementazione di sostanze che svolgono una funzione importante per migliorare il metabolismo cerebrale e preservare la funzione cognitiva.

Studi recenti hanno suggerito che la supplementazione con omega-3 può ridurre il comportamento impulsivo nelle persone con dipendenza dal gioco d'azzardo. Integratori come N-acetilcisteina e vitamina B12 sono stati studiati come potenzialmente in grado di ridurre le dipendenze e migliorare la salute mentale. Assumere un regime alimentare che presenti tali alimenti e tali micronutrienti può risultare un metodo efficace per affrontare tale disturbo quale la ludopatia.

Tendenzialmente i soggetti ludopatico assumono cibi energetici, ma poco nutrienti con ripercussioni sul rapporto tra massa grassa e magra, a scapito di quest'ultima.

Pertanto, azioni preventive per migliorare la salute e la qualità di vita dei ludopatici devono essere messe in atto anche sul piano alimentare strettamente correlato a quello del movimento (attività motoria).

Quanto dovremmo muoverci?

Le linee guida internazionali fornite dall'OMS forniscono indicazioni precise sulla quantità di attività fisica che, se rispettata, è ascrivibile a uno stile di vita corretto.

Di seguito le indicazioni:

- mezz'ora al dì per almeno 5 giorni a settimana di attività fisica ad intensità moderata (40-60% VO₂max);
- due ore e mezza a settimana o 20 minuti al giorno per almeno 3 giorni a settimana ad intensità vigorosa (61-85% VO₂max);
- un'ora a settimana o qualunque combinazione di attività fisica ad intensità moderata o vigorosa, che raggiunga o superi i valori minimi consigliati;
- per quanto riguarda i bambini e gli adolescenti si consigliano 60 minuti al giorno di attività di intensità da moderata a vigorosa.

Le regole generali di programmazione attività fisica strutturata “preventiva” non differiscono in alcun modo a quelle sport-specifiche:

- incrementare gradualmente i parametri di carico, volume e intensità;
- allenarsi con costanza e motivazione;
- considerare l'allenamento come abitudine di vita, come un momento piacevole e capace di incastrarsi perfettamente nei momenti di vita familiare, professionale e sociale.

Le proposte inerenti all'allenamento “per la prevenzione”, nonostante sembrano standardizzate, devono essere plasmate sull'individuo e adattate in caso di patologia. La personalizzazione e l'adattamento sono i fattori grazie ai quali chiunque può svolgere attività motoria in sicurezza e giovando dei grandi benefici.

Un compito complesso che deve essere svolto da figure professionali preparate ed esperte come il Dottore in Scienze Motorie. Tale professionista avrà, inoltre, l'arduo compito di realizzare convergenze ed alleanze su obiettivi condivisi, coinvolgendo professionisti della sanità (ortopedici, fisiatristi, reumatologi, fisioterapisti, ecc.). Per il soggetto sedentario, il professionista del movimento propone inizialmente un lavoro basato sulla mobilità articolare e sulle capacità coordinative, caratterizzato da volumi e intensità d'allenamento adeguati alla tipologia di soggetto e che tendano progressivamente a crescere per quanto possibile senza determinare sovraccarichi funzionali che, come precedentemente descritto, potrebbero determinare dolore e patologia osteoarticolare.

La dipendenza da gioco d'azzardo sottopone l'individuo a rischi psico-fisici non trascurabili. Non dobbiamo abbassare la guardia sul monitoraggio degli stili di vita in termini di attività fisica e alimentazione affidando il difficile compito al Dottore in Scienze Motorie. Il professionista del movimento lavorerà con approccio intersettoriale, in squadra con lo specialista, per progettare e attuare programmi di attività motorie finalizzati al raggiungimento, al recupero e al mantenimento delle migliori condizioni di benessere psicofisico dell'individuo con ludopatia.

L'IMPATTO DEI LABORATORI SPORTIVI SULLE CAREGIVERS A RISCHIO PATOLOGICO

Andrea Garulli

Docente di Educazione Fisica e Presidente della ASD Leaf

Il gioco d'azzardo è un problema di salute globale in aumento che genera gravi conseguenze sullo stato psichico delle persone ed è spesso associato ad uno stato di cronicizzazione di patologie. Per diventare "abuso" un'azione deve possedere "proprietà dopaminergiche", cioè agire sulla parte del cervello che si occupa del sistema della gratificazione (il "reward system") che innesca il fenomeno del craving, vale a dire il "desiderio impulsivo per qualunque cosa che attui un comportamento gratificante che crea dipendenza finalizzata a fruire dell'oggetto del desiderio".

Secondo una ricerca condotta da *Auser Nazionale* sul gioco d'azzardo, i soggetti over sessantacinque, raggiunta l'età della pensione, sono esposti al rischio di diventare giocatori d'azzardo abituali a causa del maggior tempo libero a disposizione, il quale, se non viene in qualche modo impegnato e valorizzato, rischia di essere solo un "tempo vuoto" da trascorrere alla ricerca di piccole momentanee gratificazioni. Inoltre uno stato di solitudine, una lontananza affettiva e altre fasi negative della propria vita possono indurre le persone anziane verso stati depressivi e la messa in atto di comportamenti disadattivi.

È ormai consolidato da ampia letteratura che l'attività fisica ha notevoli benefici per la salute, contribuisce alla prevenzione e coadiuva la terapia delle malattie croniche non trasmissibili come le dislipidemie, le malattie cardiovascolari e respiratorie, il cancro, il diabete e concorre a ridurre l'ansia, lo stress, gli stati depressivi e la regolazione del ritmo sonno-veglia. La letteratura suggerisce inoltre che l'esercizio fisico può rappresentare un intervento aggiuntivo economico ed accessibile nel trattamento delle comorbidità psichiatriche concomitanti tra le persone che giocano d'azzardo. I motivi dell'influenza positiva dell'esercizio fisico su questa patologia comportamentale vanno ricercati nel rilascio di neurotrasmettitori quali la serotonina e le endorfine, che producono stati di gratificazione induttori del benessere in chi pratica esercizio fisico, rendendolo un prezioso alleato contro gli stati depressivi e contribuendo ad antagonizzare gli effetti dopaminergici del craving indotto dal gioco

d'azzardo. L'esercizio fisico deve, per sua natura, essere riprodotto con continuità per dare i benefici richiesti. Questa peculiare caratteristica fidelizzante prevede una riorganizzazione del tempo personale e l'inclusione in gruppi omogenei che favoriscano il passaggio dall'*io ermetico* al *noi in salute*, facilitando l'instaurazione di nuovi legami relazionali, di momenti confidenziali, di incremento delle capacità individuali.

ASD Leaf è un'associazione che opera su tutto il territorio della Città Metropolitana di Bologna promuovendo momenti di aggregazione per la comunità attraverso percorsi di attività fisica costituiti da gruppi di cammino, corsi di ginnastica dolce e posturale, momenti di informazione competente sulla prevenzione (alimentazione, primo soccorso, sicurezza domestica) ed azioni atte a contrastare il disagio giovanile. ASD Leaf attua le proprie attività in complessi condominiali, parchi, centri sociali e giovanili per favorire la salute dei cittadini di ogni età privilegiando i soggetti fragili, soggetti in condizioni socio-economiche non adeguate, caregivers, giovani a rischio devianza. La percentuale maggiore di partecipanti alle nostre attività è costituita da donne adulte o in età avanzata ed abbiamo attuato inoltre percorsi per giovani che hanno abbandonato l'attività sportiva.

**LA PRATICA SPORTIVA COME STRUMENTO DI PREVENZIONE E CONTRASTO
AL GIOCO D'AZZARDO.
L'ESPERIENZA DELL'UNIONE SPORTIVA ACLI DI BOLOGNA**

Filippo Diaco

Dirigente sportivo e Consigliere comunale

L'olandese Johan Huizinga pubblicò nel 1938 un saggio filosofico in cui il gioco viene considerato come fondamento di ogni cultura e dell'organizzazione sociale umana (Huizinga, 1946). Nel testo, il gioco ha di per sé una valenza molto positiva nello sviluppo dell'uomo e dell'ambiente in cui vive: secondo l'autore, in una civiltà che gioca "bene" ritroviamo elementi quali la consapevolezza del limite, il rispetto delle regole, l'accettazione della relazione universale che sussiste fra uomini (che è la base dell'azione morale). Ritroviamo, cioè, il fondamento della responsabilità. Questa viene meno, secondo Huizinga, nell'Ottocento, quando andiamo incontro a una grave crisi dell'umanità: il fattore ludico originario viene sostituito dal puerilismo, che rifiuta i limiti, è autonomo, indipendente, autarchico, si prende gioco degli altri e non gioca con gli altri. Il puerile rifiuta le regole e le relazioni oggettive che a lui non sono gradite, stabilisce regole che non rispetta. Così l'impulso naturale al gioco viene snaturato: l'utile, il fattore economico, il calcolo arido hanno la meglio. L'uomo si sente ormai adulto e maturo, non ha più tempo per il gioco, che dunque acquisisce molte delle connotazioni negative che oggi gli attribuiamo (cosa poco seria, passatempo per bambini, inutile spreco di tempo). Dove viene a mancare la responsabilità legata al rispetto delle regole del gioco, fondamento della vita civile, la dissoluzione è imminente e viene meno anche la reciprocità. Il giocatore patologico è esattamente questo: non è in grado di osservare le regole del vivere sociale e, quindi, si fa meno scrupoli a degenerare anche moralmente.

“Nel criterio del valore etico si decide l'eterno dubbio di gioco o serietà. Chi nega il valore oggettivo di diritto e norme morali non troverà mai il limite fra gioco e serietà. La politica è fissata con tutte le sue radici nel terreno primitivo di cultura, giocata in competizione. [...] E così siamo giunti ad una conclusione: cultura vera non può esistere senza una certa qualità ludica, perché cultura suppone autolimitazione e auto dominio, una certa facoltà a non vedere nelle proprie tendenze la mira ultima e più alta, ma a vedersi racchiusa entro limiti che essa stessa liberamente si è imposti.

La cultura vuole tuttora, in un certo senso, essere giocata dopo comune accordo, secondo certe regole. La cultura vera esige sempre e per ogni rispetto fair play e fair play non è altra cosa che l'equivalente, espresso in termini di gioco, di buona fede. Il guasta-gioco guasta la cultura stessa. Se questa qualità ludica vorrà creare o promuovere la cultura, allora dovrà essere pura. Non dovrà consistere nel pervvertimento o nell'abbandono delle norme prescritte dà ragione, umanità e fede. Non dovrà essere una falsa apparenza dietro la quale si mascheri un disegno di realizzare date mire con forme ludiche appositamente coltivate. Il vero gioco esclude ogni propaganda. Ha in sé la sua finalità" (Huizinga, 1946).

Cosa possono fare, quindi, le istituzioni e il terzo settore, insieme, per contrastare la degenerazione del gioco, che di per sé è un elemento insito nella nostra vita? Uno degli strumenti che l'Unione Sportiva Acli ha messo in campo per il contrasto alla ludopatia nelle donne e, in particolare, nelle caregiver è stata la pratica sportiva. Non si è trattato solo di sostituire il gambling con il gaming, ma di offrire uno strumento di contrasto alla solitudine di queste persone, utilizzando l'attività fisica come fonte di benessere anche psichico e come prevenzione a dipendenze e comportamenti devianti. Infatti, la nostra esperienza e la ricerca che abbiamo svolto ci hanno mostrato come la solitudine sia la cifra caratteristica delle caregiver che si avvicinano al gioco, col rischio di degenerare. Inoltre, è noto che il caregiver tenda a trascurarsi (Pazzaglia, Pregelheffi, 2021). Questo fa sì che anche la salute ne risenta negativamente. Insomma, la pratica sportiva raggiunge il duplice scopo di favorire il benessere psicofisico di queste donne e, allo stesso tempo, di distogliere la loro attenzione da uno "svago" che può facilmente diventare patologia. La pratica sportiva, tra l'altro, si mostra alle beneficiarie esattamente come l'opposto dell'azzardo: questa premia l'impegno, la costanza, la dedizione, la volontà di migliorare e le capacità proprie, mentre il gambling, specie quello che piace di più alle donne, è un'attività di pura fortuna. Una è il benessere, l'altro la malattia. Una la relazionalità, l'altro l'alienazione. Questo è risultato molto chiaro alle partecipanti al nostro percorso. Fin dall'inizio, tutte hanno dichiarato di giocare sporadicamente, ma periodicamente. Pian piano è emerso che la frequenza di gioco era per quasi tutte almeno settimanale. Abbiamo quindi utilizzato primariamente il rugby come strumento di partenza (a livello, com'è ovvio, del tutto basilare). I passaggi della palla sono stati il primo step. Il gioco di squadra, l'altruismo, la collaborazione, l'accettazione dell'errore, il superamento dei propri limiti sono i tratti maggiormente educativi di questo sport ancora sottovalutato e poco diffuso, ma che si dimostra strumento pedagogico fondamentale anche per le donne adulte. Le attività svolte hanno favorito il crearsi di un clima ludico tra le partecipanti: non abbiamo mai fatto mancare il cosiddetto "terzo tempo", cioè la merenda insieme alla fine dell'incontro, talvolta insieme agli anziani di cui si curano o ai loro figli, condividendo spesso pietanze multietniche, dei loro Paesi d'origine. Non solo: attraverso la pratica sportiva è stato più facile veicolare alcuni contenuti

(soprattutto legati al tema dell'impegno versus la casualità dell'azzardo) ed essa è stata utile anche a migliorare la capacità di esprimersi in lingua italiana nelle donne straniere. La relazionalità ha fatto loro riscoprire quella dimensione di condivisione che è la prima a mancare al giocatore compulsivo. Inoltre il caregiver, così come la persona sedentaria in generale, ha più problematiche di salute che si ripercuotono anche su un accumularsi di stanchezza, di distorta percezione di sé e della propria fisicità, che portano a una chiusura ancora maggiore. Invece gli esercizi di gruppo sono stati di stimolo ad aprirsi all'altro.

In generale, la nostra esperienza insegna che la pratica sportiva è uno strumento molto efficace di contrasto alla degenerazione del gioco compulsivo. Non ci siamo limitati, ovviamente, al piccolo gruppo del rugby, ma abbiamo proposto anche gruppi di cammino e di ginnastica dolce al parco. Stare all'aria aperta è il primo elemento di benessere (vitamina D, serotonine). Il gruppo, poi, con le sue dinamiche, invoglia la partecipazione.

Anche per le donne più giovani questo modo costruttivo di impiegare il proprio tempo libero, corredato da attività di sensibilizzazione al benessere e all'adozione di stili di vita sani, è utile nella prevenzione e nel contrasto non tanto dell'azzardo tradizionale, quanto dell'uso smisurato di videogiochi, specie quelli che contengono le cosiddette loot box, come abbiamo appreso da un altro saggio di questo volume. Il senso dell'impegno e del sacrificio trasmessi dallo sport, specie di squadra, è importante per una crescita armonica. Abbiamo visto altresì che, pur in altri ambiti, come il contrasto al bullismo o alla violenza, la sensibilizzazione sin dall'infanzia è molto utile, per crescere generazioni più attente e consapevoli rispetto a questi fenomeni. Con il gioco d'azzardo si crea il medesimo scenario: a livello di prevenzione e creazione di consapevolezza, è importante mostrare ai bambini la differenza tra il gioco sano e quello patologico. Accrescere il loro sguardo critico permette di agire anche sulle loro famiglie.

Certamente impedire il posizionamento di slot e sale scommesse vicino a luoghi sensibili come le scuole, gli impianti sportivi, gli oratori e i centri di aggregazione giovanile ha aiutato a contrastare il fenomeno. Molte amministrazioni locali applicano questa norma ormai da un decennio e, come spesso avviene, la Regione Emilia-Romagna è stata virtuosa anche in questo. Non dimentichiamo, però, che le stesse sale giochi per i bambini, presenti in tutte le località di villeggiatura delle Riviera e pure a Bologna (anche una generazione fa erano la meta prediletta di chi marinava la scuola), propongono, per ogni vincita, dei ticket che vengono poi spesi per ottenere piccoli premi. Persino questo sistema, apparentemente del tutto innocuo, incentiva in realtà i ragazzi a divenire ossessionati dalla vincita e dall'ottenimento dei tagliandi, rendendoli compulsivi. Non dobbiamo ignorare questi campanelli d'allarme, che non sono del tutto scevri da rischi, come potrebbe sembrare.

Vanno dunque proposte alternative sane: ecco perché, nel mio duplice ruolo di dirigente sportivo e consigliere comunale, mi batto per la diffusione nelle nostre città

di impianti sportivi a libera fruizione. Vanno mantenuti quelli esistenti e ampliati nel numero: nella “città del basket” dovrebbe esserci un “campetto” in ogni parco! Bene fa il Comune di Bologna a proporre diverse iniziative gratuite come “parchi in movimento”, in estate, per favorire l’attività fisica all’aria aperta. Gli adolescenti non sono più in età da centri estivi, ma hanno lunghe vacanze, che spesso trascorrono per lo più in città. Questo tempo va riempito in maniera positiva. La diocesi, tramite “Estate ragazzi”, pensa anche a loro che, in ottica di “peer education”, si occupano dei più piccoli. Va data un’alternativa a chi non frequenta gli oratori, che spesso sono anche i ragazzi più fragili. Proporre loro attività sportive libere e gratuite, ma strutturate, o educativa cosiddetta “di strada”, consente di riempire di qualità il tempo libero dallo studio, allontanandoli da sale gioco e device, che costruiscono la prima forma di avvicinamento al gambling.

Di fronte a una società sempre più globalizzata e liquida nei legami e nelle relazioni, che, come conseguenza, isola le persone e riduce il confronto a quello con gli algoritmi o con un’intelligenza artificiale, la dimensione sportiva deve recuperare il suo significato più profondo di divertimento sano e gioioso, libero, costruttivo, relazionale.

LO SPORT E LA LUDOPATIA

Giovanni Paruto

Docente del Dipartimento di Scienze per la Qualità della Vita, Alma Mater Studiorum -
Università di Bologna; Consigliere di Amministrazione Fondazione C. Rizzoli per le Scienze Motorie

I giovani si identificano nei campioni, sognano di diventare come loro e questo conferisce al mondo dello sport una grande responsabilità: quella di educare la società a valorizzare quei sani principi propri dell'attività sportiva che fanno dello sport un importante maestro di vita¹.

L'attività motoria e lo sport sono tra i fattori che aiutano ad avere uno stile di vita sano, hanno il potere di ispirare persone di ogni età e di parlare ai giovani in una lingua che comprendono, riescono a unire le persone e a portare speranza dove una volta c'era solo disperazione.

Lo sport aiuta gli atleti a superare paure e pregiudizi, a manifestarsi e a realizzarsi nelle proprie potenzialità, ad affrontare le difficoltà e fornisce gli strumenti per poterle risolvere.

Fornendo speranza e nuovi obiettivi, lo sport rivoluziona il punto di vista delle persone con disabilità, facendo loro conoscere il proprio corpo in tutte le sue potenzialità, in un'ottica positiva da valorizzare e da far esprimere e non come ostacolo e impedimento.

La disciplina, il rispetto dell'avversario, le regole in qualsiasi pratica sportiva sono fattori che aiutano i giovani all'inclusione e alla partecipazione, fattori che indirettamente diventano strumenti di lotta agli stupefacenti, alle dipendenze giovanili e all'alcool, cui si è affiancata da qualche decennio una nuova forma di dipendenza: la ludopatia.

I benefici della pratica sportiva (anteponizione degli obiettivi collettivi a quelli individuali, adattamento agli imprevisti, rispetto delle regole e degli altri, maggiore capacità organizzativa degli impegni quotidiani, regolarizzazione dei ritmi biologici, inclusione tra soggetti normodotati e soggetti con disabilità) generano autostima,

¹ <https://www.liberaifuturoroma.it>, Gioco d'azzardo: un fenomeno tra giovani, adulti e nello sport.

aggregazione e integrazione oltre che prevenzione dei disturbi correlati ad ansia e depressione. Diversamente i danni del gioco d'azzardo (ossessione e dipendenza, impulsività, distorsione della realtà, insonnia, depressione, isolamento sociale, ansia, maggiore propensione all'utilizzo di sostanze stupefacenti o alcool) portano i giovani a distrazioni a scuola e gli adulti a disorganizzazione sul lavoro e nel loro vivere quotidiano.

Quando si scommette online si può puntare non solo su una sconfitta, su una vittoria o su un pareggio delle squadre indicate dallo scommettitore, ma anche sugli avvenimenti che potrebbero verificarsi nel corso di una partita o durante un campionato.

L'uso continuato del cellulare o del computer da parte dei più giovani potrebbe causare forme di ludopatia quando giocano per ore e questo può accadere ancora di più quando lo sport seguito o praticato rientra tra quelli sui quali è possibile scommettere.

Può accadere che gli atleti professionisti e dilettanti siano di cattivo esempio per i loro beniamini quando, durante o alla fine della loro carriera e probabilmente perché sottoposti per anni a forme di forte stress, sviluppano forme depressive, forse a causa di una ricerca di luoghi alternativi allo sport in cui poter continuare a competere e nei quali poter ritrovare l'adrenalina che li aveva caratterizzati durante la loro attività sportiva. Forse proprio a causa dello stress dovuto alle partite e alle competizioni, alcuni, dopo la loro attività, sentono di riprovare quelle sensazioni di stress che ritrovano nei video, nei poker online e nelle slot machine.

In questi casi il gioco d'azzardo ha prevalenza su tutto e fa apparire meno importanti e necessarie tutte le altre attività. Per i più giovani, con il passare del tempo l'utilizzo dei giochi sul cellulare e sul computer aumenta ed il tempo da dedicare all'attività motoria o allo sport rimane spesso quello delle poche ore dell'attività praticata all'interno degli istituti scolastici.

In questo modo la ludopatia fa perdere ai giovani gli stimoli necessari per migliorare lo stile di vita e la qualità della vita e per loro, seguire uno sport o praticarlo come gioco online diventa un rifugio che allontana dalla normalità e che porta sempre più verso forme di dipendenza e spesso di isolamento dalla famiglia e dagli amici.

I legami tra sport e bookmaker sono cresciuti negli ultimi anni al punto che alcune squadre sparse per il mondo esibiscono i loghi delle piattaforme di gioco sulle loro magliette, così come a volte capita che su alcune reti televisive, durante la trasmissione di una partita di calcio, le interruzioni pubblicitarie includano una pubblicità sul gioco d'azzardo.

Chi scommette online è prevalentemente un soggetto giovane: il 42% degli scommettitori ha un'età tra i 18 e i 30 anni, il 41% ha un'età tra i 31 e i 45 anni, meno del 20% sono i giocatori d'azzardo fra gli over 45 e solo il 2% degli scommettitori online ha più di 60 anni. Del resto per coloro che non giocano online è possibile scommet-

tere un gioco lecito nei punti commerciali². La pubblicità e i messaggi promozionali dei giochi d'azzardo online, che i media sponsorizzano con la partecipazione di testimonial famosi quali calciatori o atleti di altri sport, raffigurano il gioco d'azzardo come un passatempo come tanti altri, rendendo la scommessa un qualcosa di normale, sicuramente socialmente accettato, insomma una concezione molto lontana da quella che un tempo si aveva riguardo al gioco d'azzardo³. La conseguenza è che in questi anni sembra essere cambiata la considerazione sociale degli scommettitori online: lo scommettitore appare agli occhi del pubblico televisivo come un soggetto interessante e dinamico, con una bella vita e che scommette per passatempo ludico per cui non esistono, come accadeva in passato, motivi di vergogna⁴.

Da anni la Fondazione C. Rizzoli per le Scienze Motorie, attraverso convegni, studi e pubblicazioni, rivolge un'attenzione particolare ad importanti aspetti dei settori afferenti allo sport, agli sport, quali doping e ludopatia. Attraverso studi e ricerche, convinti che la costante crescita del mercato del gioco d'azzardo sia strettamente correlata a situazioni di disagio e di intreccio che possono venirsi a creare tra sport, gioco e a volte criminalità, la Fondazione si adopera per far capire ai giovani e ai meno giovani che il gioco d'azzardo è un qualcosa che divora piano piano dentro e che può colpire chiunque, anche coloro che nello sport dovrebbero dare l'esempio.

In un progetto finanziato dalla Fondazione Cassa di Risparmio in Bologna e dedicato allo sport nelle Scuole, la Fondazione C. Rizzoli, tra i temi della sua mission, ha realizzato una serie di video che illustrano e spiegano i vari sport con il proposito di trasmettere agli studenti e ai loro genitori le scelte più opportune e più vicine alla predisposizione dei ragazzi. Valorizzare il ruolo dello sport a livello sociale e il movimento come stile di vita, vuol dire, tra l'altro, contribuire ad utilizzare uno strumento di prevenzione, di inclusione e di lotta alle devianze giovanili ed in particolare a contrastare la ludopatia.

Nel contesto della ludopatia, il ruolo della Fondazione C. Rizzoli per le Scienze Motorie è essenziale per la formazione di dottori in Scienze Motorie in grado di utilizzare l'attività motoria, declinata nelle sue forme, come strumento efficace di prevenzione.

² <https://www.codacons lombardia.it> › 2018/04, Relazione sulle scommesse sportive online.

³ <https://www.codacons lombardia.it> › 2018/04.

⁴ Se la ludopatia colpisce anche gli sportivi - BlogLive <https://www.bloglive.it>.

È UN PASSATEMPO O UNA DIPENDENZA? COMPNDERE LE DIFFERENZE E PROTEGGERSI

Rosa Smurra

Psicologa e psicoterapeuta

Il termine dipendenza ci fa facilmente pensare alle droghe, all'alcool, al fumo e, forse, anche al gioco d'azzardo.

È così perché negli anni queste dipendenze hanno ricevuto molto interesse mediatico e istituzionale in quanto ne è stata riscontrata e riconosciuta la pericolosità sia a livello di salute sia a livello sociale. Per questo sono state investite molte risorse nella conoscenza e prevenzione di questi fenomeni.

Tuttavia, queste non sono le uniche forme di dipendenza. Ne esistono tante altre sommerse che non hanno ancora raggiunto la notorietà delle precedenti solo perché nuove e più difficili da individuare.

Per dipendenze sommerse possiamo intendere tutte quelle piccole abitudini apparentemente innocue e quei comportamenti apparentemente normali che appartengono un po' a tutti noi.

Pensiamo, ad esempio, al cibo. Mangiare è un comportamento normale, appartiene a tutti e, addirittura, è un bisogno essenziale dell'essere umano.

Come può una persona essere dipendente da una cosa così naturale? Al massimo possiamo arrivare a pensare che alcune persone sono molto più golose di altre ma è più difficile pensare al cibo come ad una dipendenza.

Lo stesso discorso vale per la sessualità, di per sé istinto innato e così anche per lo shopping considerato un semplice momento di svago per molte persone.

Lo sport è addirittura consigliato da tutti i medici per stare in salute e lo stesso vale per le relazioni sentimentali, esperienza che tutti vivono nella vita. Possiamo immaginare persone più innamorate di altre ma difficilmente pensiamo ad una dipendenza affettiva.

Poi ci sono tutte le abitudini di gioco che vanno dai veloci e innocui gratta e vinci fino ad arrivare all'ultima frontiera delle loot box, le scatole virtuali che si usano nei giochi online.

Infine, non possiamo ignorare l'utilizzo dei social network: abitudine ormai di tutti che spesso occupa molte ore della giornata e che causa a volte forti stati di agitazione e malessere emotivo collegati ad una prolungata assenza dal mondo online.

Tutti questi comportamenti e queste abitudini sono da tenere sotto osservazione perché a differenza delle grandi dipendenze (droga, alcool, fumo) sono socialmente accettate e, in alcuni casi, pubblicizzate e promossi favorendone l'utilizzo e facendone sottovalutare gli effetti negativi.

Inoltre, per giungere alla vera e propria dipendenza patologica c'è un iter, cioè una successione di fasi in cui i comportamenti in questione rimangono in un range di normalità, ricercati dalle persone per il semplice piacere e svago. Solo a un certo punto e in certe circostanze, lo svago può virare verso un abuso o una dipendenza. Si parte sempre da comportamenti normali, magari per ricercare il piacere o lo svago occasionale ma questo espone le persone ad un maggiore rischio di farsi prendere la mano e di sviluppare una dipendenza patologica.

Ad esempio, se pensiamo al gioco, molte persone iniziano con il cosiddetto gioco sociale, un gioco occasionale, un passatempo che può rimanere invariato in questa dimensione per molti anni. Ma sicuramente, il gioco sociale espone maggiormente le persone all'aumento della dose di gioco che in un momento critico della vita oppure a seguito di un evento traumatico può portare verso la ludopatia conclamata.

Quindi, quelli che sembrano banali e innocui passatempi possono diventare delle dipendenze.

Ma come fare a distinguere le due cose? Quali sono i campanelli d'allarme a cui prestare attenzione?

Diciamo innanzitutto che un passatempo è un'attività che si svolge nel tempo libero, può coinvolgere altre persone, può essere condiviso e soprattutto non provoca disagio se non si può mettere in atto.

Ci accorgiamo che un'abitudine o un passatempo rischia di diventare una dipendenza quando:

- sentiamo la **NECESSITÀ/BISOGNO** di fare quella certa attività in maniera continuativa; quasi come se sentissimo addirittura una spinta a farla. Quindi quel comportamento non è più totalmente una libera scelta ma la persona ne sente la necessità;

- il **TEMPO** dedicato a quella attività aumenta a discapito di altre attività della giornata; quando si inizia a rinunciare troppe volte o addirittura si dimenticano le attività giornaliere perché troppo assorti nel comportamento in questione;

- quando si perde **INTERESSE** nelle cose che solitamente suscitavano piacere e di contro ci si sente attratti solamente da quella abitudine. Non si prova più entusiasmo per le altre attività della giornata;

- si osserva DIFFICOLTÀ A SMETTERE o diminuire la frequenza di un comportamento e si osservano sintomi spiacevoli, fisici o psicologici, nel momento in cui non si può mettere in atto il comportamento desiderato;
- si osserva la tendenza a NASCONDERE, SMINUIRE O INVENTARE SCUSE per poter svolgere il comportamento;
- viene investito DENARO in maniera eccessiva e soprattutto oltre le proprie possibilità.

Quando notiamo uno o alcuni di questi campanelli d'allarme dobbiamo fortemente sospettare che la nostra abitudine sta prendendo il sopravvento e che sta transitando verso una dipendenza. Per *dipendenza* intendiamo "un'alterazione del comportamento che da semplice e comune abitudine diventa una ricerca esagerata del piacere attraverso una sostanza o un comportamento". L'individuo a questo punto inizia a perdere ogni possibilità di controllo sull'abitudine.

Ci troviamo in presenza di una dipendenza quando non si può fare a meno della sostanza o del comportamento malgrado i danni fisici, psicologici, legali e familiari. La dipendenza conclamata è una vera e propria malattia e non un semplice vizio legato alla volontà delle persone. Nella dipendenza le normali abitudini smettono di svolgere il loro ruolo sociale e diventano elementi che alterano il funzionamento del cervello.

Una persona con dipendenza non è più quella di prima! Il funzionamento del cervello di una persona con dipendenza è diverso dal funzionamento di un cervello senza dipendenza. Se è diverso il funzionamento del cervello sarà diverso anche lo stato (ciò che quella persona prova e sente, ovvero il modo di sentirsi di quella persona) e poi anche il suo modo di comportarsi. Infatti, quando si instaura una dipendenza il cervello cambia il funzionamento di alcune aree.

Per comprendere questa parte facciamo una breve premessa teorica. Il cervello è costituito da milioni di cellule chiamate neuroni che comunicano tramite impulsi elettrici e sostanze chimiche dette neurotrasmettitori. Possiamo immaginare i neurotrasmettitori come dei messaggeri che trasportano informazioni ai neuroni vicini. Ogni neurotrasmettitore trasporta un messaggio diverso. I neuroni all'interno del cervello sono organizzati in gruppi, in strutture, che possiamo immaginare come delle stazioni che si collegano tra loro formando dei percorsi, dei circuiti ognuno con delle proprie caratteristiche e delle proprie funzioni. Il circuito che viene alterato in caso di dipendenza è il cosiddetto circuito del piacere e della ricompensa. Dentro questo circuito il neurotrasmettitore che circola di più è la dopamina che trasporta messaggi di piacere, di gratificazione e produce, quindi, sensazioni di benessere. Il compito principale di questo circuito è quello di favorire la sopravvivenza dell'individuo e della specie tramite la premiazione dei comportamenti utili alla sopravvivenza. I comportamenti utili vengono premiati con la sperimentazione di sensazioni piacevoli in modo da favorirne la ripetizione.

Facciamo nuovamente l'esempio del cibo: mangiare è un comportamento molto utile alla sopravvivenza, ed è per questo che produce delle sensazioni positive. Quando mangiamo siamo contenti perché viene prodotta dopamina e quindi ci ricorderemo che il cibo ci dà piacere e lo ricercheremo. In questo modo garantiremo la nostra sopravvivenza.

Le sostanze e i comportamenti di dipendenza attivano il circuito del piacere, producendo dopamina, allo stesso modo dei bisogni fondamentali per la sopravvivenza anche se non lo sono. Tutte le sostanze o i comportamenti di dipendenza aumentano la produzione di dopamina, la quale stimola continuamente i neuroni mandandoli in sovraccarico e generando una sensazione prolungata e intensa di euforia. L'aumento di dopamina disorganizza il circuito del piacere che non è più reattivo agli stimoli quotidiani ma l'unica cosa percepita come gratificante diventa la sostanza o il comportamento di dipendenza.

Dalla disorganizzazione cerebrale di questo circuito derivano conseguenze a diversi livelli:

- a livello cognitivo si generano pensieri che sottovalutano il problema e aumentano i pensieri di avere il controllo;

- a livello comportamentale ed emotivo si nota il frequente verificarsi di contrasti e litigi familiari. Questo avviene per gli effetti diretti della dipendenza, come l'intrattabilità e gli sbalzi di umore che portano più facilmente ad entrare in contrasto ma anche perché le persone dipendenti sono più assenti, più distratte e meno partecipi delle attività familiari generando ulteriori discussioni;

- a livello economico e lavorativo si verificano altrettante conseguenze importanti.

Tutte le dipendenze costano e riducono le famiglie sul lastrico a causa dei debiti. I debiti e la ricerca di denaro portano a chiedere i soldi in prima battuta ad amici e parenti con varie scuse oppure a spostare risorse dagli impegni familiari sui comportamenti di dipendenza o ancora a vendere oggetti per recuperare denaro. Queste difficoltà economiche oltre all'enorme dispendio provocato dalla dipendenza sono dovute anche allo scarso rendimento lavorativo: le energie, l'attenzione e l'entusiasmo vengono investiti unicamente sulla dipendenza. Quindi, si verifica una condizione in cui ci sono molte spese e meno entrate.

Il fatto che la dipendenza implichi un alterato funzionamento di alcune aree del cervello e che produca tutta questa serie di conseguenze ci fa comprendere, sin da subito, che la strada per uscirne non è semplice. Non è semplice ma non è impossibile!

Esistono fortunatamente diversi strumenti e percorsi di cura ma, sicuramente, la strada è impegnativa. Vedremo più avanti gli strumenti e i percorsi di cura, ma il concetto fondamentale da sottolineare è che il modo migliore per uscire dalla dipendenza è non arrivarci. La cura migliore è la prevenzione, cioè quell'insieme di attività che mirano ad evitare e a limitare la diffusione di comportamenti dannosi.

Cosa posso fare io per evitare di ritrovarmi in un comportamento di dipendenza? Cosa posso fare se mi accorgo che dall'uso sto passando all'abuso di una sostanza o di un comportamento?

La buona notizia è che si può fare davvero tanto perché la prevenzione parte dalla conoscenza e dalla consapevolezza. Acquisire conoscenze su un fenomeno, sapere che è importante prestare attenzione anche a delle semplici abitudini ed essere attenti agli eventuali cambiamenti è già un primo passo fondamentale. Allo stesso tempo, è molto importante prestare attenzione a ciò che le persone intorno a noi ci dicono. Potrebbero farci notare che stiamo esagerando oppure che siamo spesso distratti o che i conti in famiglia non tornano. Queste osservazioni devono essere considerate come dei salvagenti a cui aggrapparsi e non come delle critiche.

La conoscenza del fenomeno riguarda la conoscenza dei cosiddetti fattori di rischio e di protezione. I fattori di rischio sono quei fattori che facilitano le dipendenze mentre i fattori di protezione sono quei fattori che ci allontanano e distolgono dai comportamenti di dipendenza.

I principali fattori di rischio sono:

- fattori legati al contesto, che riguardano il facile accesso alla sostanza o all'oggetto della dipendenza. Ad esempio, il fatto di avere un metodo di pagamento impostato in automatico sul cellulare aumenta la probabilità di iniziare un comportamento di dipendenza.

Anche una certa spinta al conformismo rappresenta un importante fattore di rischio. Ad esempio, fare molto sport per avere una certa forma fisica oppure desiderare di avere standard di vita superiori alle proprie possibilità può spingere verso una dipendenza (potrebbe indurre a cercare il gioco per guadagnare e potersi permettere uno stile di vita più agiato).

Un altro importante fattore di rischio è l'inizio precoce del comportamento di dipendenza: prima avviene l'incontro con la sostanza o con il comportamento più è facile che si instauri una dipendenza in futuro. E anche avere amici con comportamenti di dipendenza e frequentare ambienti dove certi comportamenti di dipendenza non sono considerati pericolosi aumenta il rischio.

- fattori familiari/relazionali come difficoltà familiari, comportamenti di abuso presenti in famiglia, solitudine e difficoltà a creare e mantenere rapporti di amicizia;

- fattori individuali come la scarsa capacità di introspezione, il bisogno di regolare velocemente gli stati emotivi (come per esempio non tollerare la frustrazione e non riuscire a differire il piacere) e il disagio psicologico;

- fattori scolastici/lavorativi come scarsi o inappaganti risultati, poco interesse per quello che si fa, scarso supporto/comprendimento da parte di insegnanti o di colleghi di lavoro, scarse aspettative e progettualità.

Viceversa, per fattori di protezione si intende atteggiamenti, comportamenti, credenze e azioni che incrementano la capacità dell'individuo a rispondere in modo ade-

guato ad eventi stressanti. I principali fattori di protezione legati al contesto sono la scarsa tolleranza alla dipendenza, amicizie che non mettono in atto comportamenti di dipendenza, amicizie coinvolte in attività sociali e di gruppo. Chiaramente un buon clima familiare e un rapporto di fiducia, supporto e complicità familiare sono importantissimi fattori protettivi, così come lo sono l'aver una buona consapevolezza di sé, la capacità di gestire le proprie emozioni e il possedere dei desideri, delle ambizioni e una progettualità. Infine, avere delle buone relazioni a scuola o a lavoro, avere interesse per quello che si fa e riuscire ad ottenere dei buoni risultati e riconoscimento da parte dei colleghi o degli insegnanti sono i fattori protettivi che completano il cerchio.

Ognuno di noi avrà i propri fattori di rischio e i propri fattori protettivi.

Alcuni fattori di rischio non dipendono da noi così come non è sempre facile sviluppare dei comportamenti protettivi. Quindi, è importante conoscere i propri fattori di rischio e i propri fattori protettivi per cercare di ridurre al massimo i primi e aumentare i secondi per quelle che sono le proprie possibilità con lo scopo di trovare almeno un equilibrio tra i due.

La cosa importante è fare in modo che questi fattori siano almeno in equilibrio. Se non possiamo evitare di vivere con una persona con dipendenza (fattore di rischio) possiamo aumentare i fattori di protezione come per esempio studiare, frequentare persone senza dipendenza, avere dei progetti e migliorare la consapevolezza di sé.

Nella pratica, le cose principali che si possono fare per tenersi il più possibile in sicurezza sono:

- frequentare persone che non mettono in atto il comportamento di dipendenza;
- frequentare gruppi di persone che condividono attività (ad es. gruppi sportivi, religiosi);
- fare sport e attività piacevoli prevalentemente fuori casa;
- prendere un animale se ci si sente soli oppure fare volontariato per aiutare gli altri e sentirsi utili;
- cercare delle persone di riferimento a cui chiedere aiuto e consiglio;
- ascoltare e farsi aiutare se qualcuno ci fa notare i nostri comportamenti;
- frequentare iniziative in cui si parla di dipendenza per aumentare la conoscenza;
- chiedere aiuto agli esperti.

Cosa si può fare quando i comportamenti di prevenzione non sono sufficienti e si arriva ad una dipendenza? La prima cosa da fare è non aspettare e rivolgersi il prima possibile a professionisti esperti in materia. Si può parlare con il proprio medico di base, si possono contattare associazioni dedicate, consultare psicologi e/o psichiatri, rivolgersi ai servizi territoriali o comunali dedicati ma anche a sacerdoti specializzati in questa tipologia di difficoltà che possono fungere da guida per scegliere un percorso di cura.

Queste figure forniscono le giuste informazioni sui percorsi dedicati esistenti, nel caso dei medici prescrivono eventualmente una terapia farmacologica di supporto,

nel caso dello psicologo propongono percorsi terapeutici per aumentare la consapevolezza e le abilità, oltre a insegnare tecniche di mindfulness e di rilassamento per gestire meglio le emozioni. Ma possono aiutare la persona a rielaborare il momento di esordio della dipendenza se legato ad eventi traumatici. Esistono anche trattamenti biologici come la stimolazione magnetica transcranica che grazie ad un campo magnetico stimola alcune aree del cervello portandolo ad una condizione di maggiore equilibrio.

Riassumendo, i principali errori da non fare sono:

- aspettare;
- isolarsi;
- pensare di trovare online, su un motore di ricerca, la soluzione al proprio problema;
- pensare di farcela da soli e ricorrere al fai da te;
- pensare che esista un farmaco miracoloso o un guru che ci salverà;
- pensare che non ci sia niente da fare;
- far vincere la vergogna e non chiedere aiuto: nessuno giudicherà la richiesta di aiuto e la richiesta di aiuto è la migliore azione che una persona con dipendenza può fare, è la vera azione vincente per vincere il gioco!

L'IMPATTO DEI LABORATORI DI PET THERAPY. I PROGETTI RIVOLTI ALLE DONNE

Simona Ronchi

Operatore in Zooantropologia didattica (ZD);
Responsabile di Attività in Interventi Assistiti con Animali (IAA)

Credendo molto nelle potenzialità e nel beneficio degli Interventi Assistiti grazie agli animali, (comunemente nota come pet therapy) si sono nel tempo svolti alcuni progetti, specificatamente rivolti alle donne.

Il primo per un gruppo di ragazze nigeriane vittime di tratta e di violenza che ha interessato il cavallo, come mediatore emozionale e facilitatore sociale. Ci siamo affidati alle sue competenze sociali, al suo modo di porsi in maniera non invadente, lavorando sugli spazi personali e altrui. Entrare nella sfera personale del cavallo (bolla prossemica) è un atto di fiducia che il cavallo consente a chi la merita, la sua capacità di porre limiti e spazi è stata fondamentale per essere il punto di riferimento del progetto, per trasmettere fisicamente il concetto che la volontà personale va affermata e difesa. Ripensare e condividere modalità di approccio non basate sulla forza e sulla violenza, ma sul rispetto dell'identità, sono azioni che possono tradursi in una nuova consapevolezza nelle donne vittime di tratta e di violenza, riconoscendo e apprendendo come sia possibile instaurare relazioni con l'altro ma in primis nel rispetto di sé. La sua comunicazione, che passa più attraverso gesti e movimenti, che parole, ha fatto sì che potesse essere anche il miglior mediatore interculturale.

Il secondo progetto, invece, è stato realizzato all'interno del progetto R.Y.E. (Raise Your Entrepreneurship), e ha dato vita ad un percorso di empowerment femminile che ha coinvolto un gruppo di donne al fine di valorizzare e amplificare le loro competenze per poi metterle a frutto nel mondo del lavoro. Il percorso ha proposto una metodologia che ha messo al centro le persone, ha attivato sia la parte razionale sia emotiva e alternato esperienze laboratoriali, momenti di gruppo e individuali, video, riflessioni, momenti teorici e di messa in pratica. Ogni persona ha una storia, fatta delle esperienze passate e presenti, della propria cultura, dei propri vissuti, emozioni e risorse: il percorso è partito proprio da questo. Insieme abbiamo costruito il progetto, partendo dai bisogni e aspettative di ciascuna, in trasparenza, creando un patto fondamentale per condividere un clima di fiducia, dialogo e confronto. Il focus

principale del percorso è stato l'allenamento della consapevolezza personale come primo passo per poter riconoscere talenti e risorse e metterli in campo nei contesti professionali e di vita.

Entrambi i progetti avevano come leva l'idea che il mondo femminile, forse più di ogni altro, andasse potenziato e reso consapevole delle proprie forze e capacità, perché la consapevolezza di sé, degli strumenti che ogni donna possiede e che tutti i giorni mette in atto quasi inconsapevolmente sono ciò che la rende unica e soggetto protagonista delle vite che la circondano e la attraversano. Purtroppo averle, ma non esserne consapevoli presta il fianco a quelle che possono essere dipendenze, sfruttamento, maltrattamenti o anche superficialità di chi le vede come scontate e di poco valore.

Se le donne sono coloro che spontaneamente prendono in carico, per noi significa che la forza che hanno è molto maggiore di quella che ha l'altra parte dell'universo. Con i nostri progetti abbiamo cercato, con la mediazione degli animali, di trasferire questa meravigliosa consapevolezza alle nostre fanciulle.

L'INTERVENTO PUBBLICO NEL CONTRASTO ALLA LUDOPATIA: BREVI CENNI

Angelo Francini

Dottorando di ricerca in "Sport, Salute e Benessere", Dipartimento di Scienze per la Qualità della Vita, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Il tema della ludopatia, o disturbo da gioco d'azzardo secondo la definizione del Legislatore nazionale del 2018¹, è molto complesso e negli ultimi decenni ha visto acutizzarsi preoccupazione e allarme per i suoi effetti, sotto il profilo sia sanitario sia sociale.

Negli ultimi tempi, in ragione anche della nuova frontiera del *gaming online* conseguente alla maggiore accessibilità di internet e alle tecnologie mobili, il fenomeno si è diffuso ancor più rapidamente e in modo trasversale, coinvolgendo anche i più giovani e ripercuotendosi negativamente su intere reti familiari e su tutta la collettività, compromettendo i rapporti personali.

La suddetta espansione ha comportato la necessità di un'azione pubblica di contrasto e prevenzione, non solo per i potenziali collegamenti con la malavita organizzata, ma anche per lo specifico rischio socio-sanitario di quella che, oramai, è riconosciuta dalla scienza medica come patologia².

Limitandosi alla disamina del solo gioco lecito, ossia di quello gestito dallo Stato anche attraverso concessionari preventivamente autorizzati, secondo quanto disposto dall'art. 1 del D.lgs. n. 496/1948 e dall'art. 88 del Testo Unico delle Leggi di Pubblica Sicurezza (TULPS), tra i provvedimenti adottati a livello nazionale per il contenimento del fenomeno, vanno annoverati la legge finanziaria del 2011, che ha introdotto la definizione di "ludopatia conseguente a gioco compulsivo"³ e, soprattutto, il primo intervento organico in materia, il Decreto n. 158/2012⁴, cd. "Decreto Balduzzi" dal nome dell'allora Ministro della Salute che ha, tra l'altro, aggiornato i

¹ Locuzione utilizzata dal Legislatore all'art. 9 della L. 9 agosto 2018, n. 96.

² Come esplicitato anche nel "Manuale dei Dipartimenti delle dipendenze" pubblicato dal Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri nel 2013.

³ Art. 1, comma 70, L. n. 220 del 13 dicembre 2010.

⁴ Convertito con L. n. 189/2012.

livelli essenziali d'assistenza (LEA) con l'introduzione delle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da ludopatia ed ha istituito l'Osservatorio per il contrasto alla ludopatia⁵.

Tra le specifiche misure di lotta agli effetti patologici del gioco d'azzardo compulsivo, notevole importanza è rivestita dall'introduzione, con la legge di stabilità per il 2016, di uno strumento di consistente rilevanza giuridico-finanziaria qual è il "Fondo per il gioco d'azzardo patologico (GAP)", con una dotazione iniziale di 50 milioni di euro, ripartito tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla base delle indicazioni del Ministero della Salute, avente la funzione di garantire alle persone affette da ludopatia le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione⁶.

L'attenzione del Legislatore verso la lotta al fenomeno prosegue nel 2018 con il cd. "Decreto Dignità" (D.L. n. 87/2018), poi convertito con L. n. 96/2018 che, al Capo III, intitolato proprio "Misure per il contrasto al gioco d'azzardo patologico", vieta qualsiasi forma di pubblicità, anche indiretta, di giochi e scommesse con vincite di denaro, ad eccezione delle lotterie nazionali⁷.

Il tema è particolarmente delicato in quanto vede lo Stato doppiamente coinvolto: nell'adozione di disposizioni volte a reprimere il gioco d'azzardo patologico ed aiutare chi ne è affetto e nella stringente regolamentazione della gestione del settore dei giochi per il rilevante gettito di entrate che determina per le casse pubbliche e per limitare il rischio di infiltrazioni della malavita⁸.

Ad esempio, l'art. 22 della Legge n. 289/2002, relativo al contrasto dell'uso illegale degli apparecchi per scommesse, impone che tutte le strumentazioni da gioco debbano essere preventivamente autorizzate e collegate con il sistema centrale gestito dal Ministero dell'economia e delle finanze, così da evitare manomissioni.

I dirompenti effetti sanitari, psicologici e sociali prodotti rendono il gioco d'azzardo patologico un problema di tutela dell'ordine pubblico e, forse maggiormente, una vera e propria emergenza sanitaria assimilabile alla tossicodipendenza⁹ e a tutte quelle patologie che mettono a rischio la salute, da intendersi come diritto dell'individuo e della collettività, tutelato nell'art. 32 della Costituzione.

Il contrasto alla ludopatia presenta profili tanto di competenza esclusiva dello Stato, in cui rientra l'ordine pubblico secondo l'art. 117, comma 2, lett. h) della Costituzione, quanto di competenza legislativa concorrente tra Stato e Regioni, in tema di tutela della salute, prevista dal comma 3 dello stesso articolo 117.

⁵ Art. 7, comma 10, D.L. 158/2012.

⁶ Art. 1, il comma 946, della L. 208/2015.

⁷ Art. 9, L. n. 96/2018.

⁸ Corte dei Conti, Deliberazione n. 23/2021, *Il Fondo per il gioco d'azzardo patologico*, p. 36.

⁹ TAR Lombardia, Sez. I, 17 novembre 2015 n. 2412.

Anche il governo del territorio, altra materia di legislazione concorrente, può fornire un ulteriore strumento per osteggiare il fenomeno potendo le Regioni stabilire limiti alla localizzazione delle sale da gioco ed imporre determinate distanze da luoghi considerati sensibili, come gli istituti scolastici di qualsiasi grado o i centri di aggregazione giovanile.

Dette limitazioni non contrastano il principio europeo della garanzia della libera concorrenza in quanto adottate in ragione di superiori finalità di interesse generale.

L'intervento pubblico, infatti, è qualificato quale imprescindibile, come attestano, a titolo esemplificativo, le sentenze della Corte di Giustizia UE nelle cause C-212/08 e C-98/14, le quali riconoscono la fondatezza delle restrizioni alle attività di gioco d'azzardo in quanto tese alla tutela dei consumatori contro la dipendenza dal gioco stesso oltre che contro il rischio di cadere vittime di attività criminali e fraudolente, e la Raccomandazione n. 478/2014 della Commissione, che sollecita gli Stati membri ad una serie di azioni finalizzate alla salvaguardia della salute e alla riduzione al minimo degli eventuali danni economici che possono derivare da un gioco compulsivo o eccessivo.

Anche se gli interventi normativi nazionali sopra accennati, in particolare l'aggiornamento dei LEA ad opera del "Decreto Balduzzi" e la creazione di un fondo destinato a contrastare la ludopatia e fornire sostegno ai soggetti colpiti da tale patologia, risultano coerenti con le raccomandazioni europee ed appaiono un incoraggiante inizio, il percorso si prospetta, però, ancora lungo, come attestano la mancata attuazione della Legge delega n. 23 del 2014 sul riordino dell'intera materia del gioco, il parziale svolgimento dei monitoraggi previsti dal Decreto Dignità, la mancata istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sul settore del gioco e sul contrasto al gioco illegale e il mai concluso iter di approvazione dei diversi progetti di legge per il contrasto e la prevenzione delle dipendenze da gioco d'azzardo patologico presentati alle Camere.

A parere di chi scrive, non meno importanti e dirimenti elementi per frenare l'esponentiale diffusione del fenomeno della ludopatia sembrano essere sia la garanzia di sufficienti risorse per le politiche di cura e prevenzione sia un più efficace coordinamento tra i diversi livelli di governo: una più stretta concertazione tra l'azione dello Stato, delle Regioni, dei Comuni, delle Ausl e, anche, degli Enti del Terzo settore (ETS).

Questi ultimi, come afferma la Corte Costituzionale nella sentenza n. 131/2020, costituiscono "sul territorio una rete capillare di vicinanza e solidarietà, sensibile in tempo reale alle esigenze che provengono dal tessuto sociale, e sono quindi in grado di mettere a disposizione dell'ente pubblico sia preziosi dati informativi (altrimenti conseguibili in tempi più lunghi e con costi organizzativi a proprio carico), sia un'importante capacità organizzativa e di intervento: ciò che produce spesso effetti positivi, sia in termini di risparmio di risorse che di aumento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate".

L'agire congiunto dei soggetti pubblici e del privato sociale potrebbe promuovere presso i cittadini, compresi gli esercenti dei locali con giochi d'azzardo, la conoscenza del fenomeno della ludopatia e dei rischi ad essa correlati.

In conclusione, un argine agli effetti negativi prodotti dal gioco d'azzardo patologico può essere rintracciato proprio nel principio di sussidiarietà presente nell'art. 118 della Carta Costituzionale, nella sua accezione sia verticale, tra i vari livelli di governo centrale e locale, che orizzontale, attraverso la sensibilizzazione e l'azione dei cittadini, singoli e in associazione tra loro, per la salvaguardia di interessi generali.

**GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO:
IL SERVIZIO DI CURA DELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA**

Chiara Persichella

Psichiatra, Responsabile Clinico PDTA-DGA, Percorso DGA, Az. Usl di Bologna

PREMESSA

L'inclusione del Disturbo del Gioco d'Azzardo (DGA) all'interno del gruppo dei disturbi correlati alla dipendenza da sostanze, alcool, secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi mentali (DSM V), ha identificato tale disturbo come una patologia della dipendenza, a carattere comportamentale. Di fatto questo riconoscimento e l'inserimento di tale patologia all'interno dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) nel 2017 ha formalizzato che la dipendenza comportamentale è un'entità clinica e neurobiologica, ovvero una malattia con conseguenze sanitarie e sociali gravi, che necessita di diagnosi, cura, riabilitazione e progetti di prevenzione. Il "Decreto Balduzzi" n. 158/2012 che legittima il DGA come un grave problema di salute pubblica, con gravi conseguenze psicosociali sia all'individuo coinvolto, che ai suoi familiari, identifica come luogo deputato alla cura i Servizi per le Dipendenze.

IL SERVIZIO DI CURA

Il disturbo da gioco d'azzardo presenta una serie di aspetti che lo differenziano dalle forme di addiction che i servizi hanno affrontato nelle fasi iniziali della loro storia, e risultano invece emblematici dei fenomeni più attuali, l'adozione di nuovi paradigmi di intervento, indispensabile ai fini di un'azione efficace, costituisce pertanto un'operazione necessaria ad affrontare le nuove dipendenze.

Il servizio di cura per il Gioco d'azzardo patologico dell'Azienda Usl di Bologna comprende il Servizio Unico DGA della città di Bologna e i sei SERDP provinciali. L'accesso al servizio è gratuito, chi è interessato può prendere un appuntamento telefonando, mandando una mail o recandosi personalmente al Servizio. Per accedere non è necessaria l'impegnativa del medico curante; la richiesta al servizio può avvenire

nire in modo autonomo oppure su invio del medico curante, del servizio di salute mentale, dell'assistente sociale, di altre agenzie del territorio, dai familiari o amici della persona. Il servizio si occupa non solo del giocatore, ma anche del suo nucleo familiare, inevitabilmente coinvolto nelle dinamiche relative al gioco d'azzardo.

L'équipe curante è multidisciplinare, composta da professionisti specificamente formati è composta dall'educatore, dall'assistente sociale, dall'infermiere, dallo psicologo e dallo psichiatra. La specificità dei pazienti con problematiche di DGA (malattia della dipendenza) ma a tipologia comportamentale ha determinato la progettazione di un percorso specifico di accoglienza, diagnosi, trattamento e prevenzione, ovvero la costruzione del PDTA-DGA approvato nel 2016.

PDTA-DGA E TIPOLOGIA DI UTENTI

Il PDTA-DGA dell'Azienda Usl di Bologna è stato realizzato mettendo al centro i bisogni del paziente e dei suoi familiari e ha come obiettivi:

- affrontare e rispondere alle richieste di cura di questa tipologia di utenza;
- ridurre la variabilità di gestione e uniformare la procedura nelle strutture aziendali;
- integrare la rete dei servizi: SERDP, CSM, MMG, Servizi specialistici (Neurologia), Associazioni, Enti pubblici e privati, che affrontano tale problematica a diversi livelli.

I servizi di cura dell'Usl di Bologna negli ultimi nove anni (2013-2022) hanno accolto complessivamente poco più di 900 persone e il trend è in aumento. Si tratta in prevalenza di maschi, rapporto 4-1, di età media superiore ai 48 anni. Il gioco prevalente praticato dai pazienti presi in carico sono le slot machine, le VLT, le scommesse sportive, gioco online e il gratta e vinci. Molti pazienti presentano elevata comorbidità con abuso/dipendenza da alcool, da nicotina, da sostanze, con disturbi della sfera affettiva e dell'ansia.

Ma i numeri sono ancora insufficienti: infatti, nonostante cresca il numero di richieste di aiuto ai servizi di cura, la cifra di quanti si rivolgono ai servizi è ben lontana dalla domanda che ci si aspetterebbe. La vergogna, il sentimento di colpa, lo stigma sono elementi in primo piano e tuttora responsabili della sottovalutazione della reale necessità di un intervento, personalizzato ed efficace al recupero della salute psicofisica, presso i centri specifici per la cura di tale disturbo.

Il percorso di cura del DGA è articolato in 4 fasi:

- fase 1: Accesso - Accoglienza
- fase 2: Valutazione diagnostica
- fase 3: Trattamento
- fase 4: Follow-up

L'accoglienza viene effettuata entro sette giorni dalla richiesta, viene svolto un colloquio conoscitivo in cui si raccoglie il consenso informato e la privacy, si valuta la richiesta dell'utente o altro significativo, si forniscono informazioni sull'organizzazione e sulle procedure del servizio, si fa la raccolta dell'anamnesi con apertura della cartella digitale.

Nei successivi sette giorni, l'individuo effettua un secondo appuntamento con lo psicologo o lo psichiatra dell'équipe per la valutazione psicodiagnostica e in 2-3 incontri si giunge ad una considerazione degli aspetti problematici e/o patologici attraverso l'utilizzo dei criteri diagnostici del DSM-5 – somministrazione di test psicodiagnostici (es.: MMPI). Nell'équipe secondo un approccio multidisciplinare viene formulata l'ipotesi diagnostica ed elaborato un trattamento personalizzato che prevede vari interventi: la consulenza psicologica individuale, il supporto psicologico, la consulenza familiare, gli interventi psico-educazionali di gruppo e individuali, la psicoterapia di gruppo e quella individuale e familiare, la presa in carico sociale, il sostegno educativo individuale e familiare, la consulenza psichiatrica, l'invio ai gruppi di auto-mutuo aiuto e la progettazione di interventi di inserimento in Comunità Terapeutiche specifiche per DGA.

Obiettivi del trattamento sono:

- astinenza dal gioco
- miglioramento delle capacità di gestione economica
- controllo dell'abuso di alcool/sostanze
- trattamento dei disturbi e dei sintomi psicopatologici
- cambiamenti nello stile di vita
- riduzione del danno

Dopo tre/sei mesi e dodici mesi dalla dimissione il paziente viene contattato per il follow-up, cioè un colloquio di valutazione.

ATTIVITÀ DELL'AMBULATORIO DGA DI BOLOGNA

L'Usl di Bologna nel 2021, mostrando grande capacità di innovazione e di attenzione al rapido trasformarsi dato dalla complessità del disturbo del gioco d'azzardo, ha istituito un ambulatorio specialistico dedicato a soggetti portatori di tale problematicità, con sede fuori dai SERDP cittadini, offrendo un servizio che rappresenta una sfida positiva, poiché richiede un salto di qualità sul piano metodologico e organizzativo.

La sede del percorso DGA è a Bologna: per facilitare l'accesso dei cittadini è stata scelta una location che ha una posizione semicentrale nella città, ben raggiungibile con i mezzi pubblici e con buona possibilità di parcheggio per le auto. È attiva un'accoglienza telefonica, su un numero dedicato, tutti i giorni dalle 9.00 alle 15.00, mentre l'apertura al pubblico è di 2 giorni alla settimana: il martedì dalle 9.00 alle 18.30 e il giovedì dalle 9.00 alle 16.30, gli altri giorni riceve su appuntamento.

L'attività clinica in due anni di apertura dell'ambulatorio ha visto la presa in carico di 140 nuovi pazienti, 110 uomini e 30 donne, tutti hanno ricevuto una valutazione diagnostica multidimensionale. L'assessment attivato è volto ad avviare un'alleanza con il paziente e/o i familiari, a delineare il quadro dei bisogni e delle risorse della persona e della sua rete di relazioni, a comprendere in maniera approfondita il problema del gioco d'azzardo, a verificare l'eventuale compresenza di altri disturbi o patologie. Costituisce la base indispensabile per definire il progetto terapeutico appropriato a ciascuna situazione specifica, e un punto di riferimento per il monitoraggio successivo del programma di trattamento.

Il progetto di cura dei pazienti è anche sostenuto dagli interventi di tipo riabilitativo e di reinserimento nel tessuto relazionale e lavorativo, e attraverso l'offerta di un trattamento riabilitativo residenziale e/o semi-residenziale.

Il team clinico del PDTA-DGA inoltre collabora ed organizza diversi interventi di formazione e aggiornamento delle reti territoriali e dei portatori d'interesse (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, polizie locali, esercenti), degli operatori delle équipes dedicate, garantendone la supervisione periodica.

Il servizio DGA, in collaborazione con l'istituto di Neurologia dell'Università di Bologna, accoglie anche i pazienti ammalati di Parkinson che diventano dipendenti dal gioco d'azzardo, come effetto collaterale non prevedibile manifestato in seguito all'assunzione di farmaci dopaminergici indispensabili ad affrontare i disturbi motori propri della loro patologia, ed è stato istituito un percorso anche per tali pazienti.

Inoltre il ruolo di questo servizio non si esaurisce nel lavoro clinico, di diagnosi, cura e riabilitazione, ma funge allo stesso tempo da punto di riferimento nei territori per lo sviluppo di azioni e progettualità integrate con i servizi dei Comuni e le altre istituzioni locali, il terzo settore, il volontariato, secondo una logica di sistema ed un modello di intervento rispondente a criteri di intersectorialità, di continuità, di omogeneità nel territorio, di efficacia organizzativa e metodologica, nell'ottica di promuovere cultura, contrasto al gioco d'azzardo patologico e sensibilizzazione a 360° su tale problematica.

DONNE CHE “AZZARDANO” AIUTO AL SERVIZIO

Mi piace partire con la segnalazione di un numero crescente di donne che nell'ultimo anno si sono rivolte al servizio unico cittadino e che attualmente sono in numero di 30 le pazienti in carico, ma in realtà le donne afferenti al nostro servizio sono in quantità maggiore, perché spesso sono accompagnatrici e quindi madri, mogli, sorelle, amiche, dei nostri pazienti uomini. Alcune di loro sono madri iperprotettive che sono schiacciate dal sentimento della colpa o dal fallimento del proprio oggetto narcisistico (il figlio con DGA) in maniera così potente e invalidante da dover

attivare un trattamento psicologico individuale e/o farmacologico. Altre sono delle mogli disperate, annichilite dal disastro economico in cui è caduta la propria famiglia in conseguenza del DGA del marito, appaiono così frustrate e rabbiose che spesso possono essere di intralcio al trattamento del congiunto e pertanto necessitano di un intervento terapeutico proprio. Oppure sono figlie che, accompagnando il padre che finalmente vive separato, raccontano di anni di vita in cui il clima familiare è stato caratterizzato da tristezza, anaffettività, dolore e che in alcuni casi ha presentato aspetti di violenza psicologica perpetrata dallo stesso padre determinando insicurezze e fragilità indelebili nelle figlie. Mentre a volte si tratta di sorelle che provano a vicariare l'assenza dei genitori, ma si scontrano con una realtà di privazione e impotenza, ovvero entra in primo piano la propria storia di vita che impedisce di poter continuare nella proposta di aiuto al fratello, perché esse stesse sono prive di strumenti e risorse. E poi ci sono anche tanti esempi di donne che entrano nel processo di cura del congiunto, ma a sostegno, facendo rete con il servizio partecipando attivamente e portando quell'elemento in più per la riuscita del percorso.

Le pazienti donne affette da DGA che hanno interrotto il trattamento presso il nostro servizio nel 2021 e 2022 sono in numero di 4. L'invio di alcune signore spesso è stato promosso dai colleghi del Centro di salute mentale che le seguono da tempo e che hanno registrato il comportamento (ludopatia). Le signore che chiedono aiuto frequentemente hanno un'età media che supera di buon grado i 50 anni.

La maggior parte delle donne si sono avvicinate con molto timore e con il pensiero di potercela fare da sole, a volte sono state spinte dai familiari arrabbiati o preoccupati, ma poche volte ne sono state accompagnate. Quello che è sempre emerso è una comune motivazione che spinge le pazienti a cercare un modo per venirne fuori: essa è la paura di aver compromesso, per colpa del DGA, il proprio ruolo di perno della famiglia e di aver creato una grave instabilità fonte di uno stato ansioso estremamente doloroso a tutto il sistema familiare. È spesso una donna delusa dalla propria vita, dalla propria famiglia, dal proprio lavoro e riversa le sue frustrazioni in un'esperienza (gioco) che promette spensieratezza e gioia.

Molto importante è il colloquio dell'accoglienza che deve essere empatico e supportivo fin dall'inizio, in grado di stemperare da subito il sentimento di vergogna, di colpa, mostrare approvazione e incoraggiamento della scelta effettuata, segno di forza e carattere nel poter raggiungere buoni risultati.

In alcuni casi il problema del gioco d'azzardo è apparso solo parzialmente riconosciuto, il più delle volte sottostimato e minimizzato, accompagnato da sentimenti di acredine e rabbia. In altre storie sono apparse fragili, indifese, ma proseguendo con l'osservazione più approfondita è stato possibile accedere ad un mondo interiore molto complesso e multiproblematico ben disponibile all'aiuto e all'accoglienza.

In letteratura, ci sono pochi studi che hanno evidenziato le peculiarità del disturbo nel genere femminile e questi rilevano che tra le tipologie predilette dalle donne

(per es. slot machine) ci sono prevalentemente tipologie di gioco d'azzardo, che sembrano particolarmente inclini a favorire lo sviluppo di una dipendenza. Anche nella nostra piccola esperienza la donna sceglie tutti giochi non di strategia: slot machine, videolottery, lotto, gratta e vinci e si rifugia nel gioco per insoddisfazione e non perché è attratta da ciò che è proibito.

I trattamenti che sono stati attivati comprendono: interventi strutturati di psicoeducazione, psicoterapia individuale, psicoterapia di coppia, trattamento psicofarmacologico, inserimento in comunità residenziale per DGA, attivazione di caregiver, invio a gruppi GA e Gam-anon, invio a gruppi con conduzione di un professionista che appartiene sia alla rete del privato sociale sia dell'Ausl di Bologna.

Da pochi mesi è stato attivato presso il nostro servizio anche un gruppo psicoterapeutico aperto solo alle donne, è condotto da due psicologhe, si riunisce ogni 14 giorni ed è una realtà che sembra avere molto successo tra le partecipanti. Il trattamento ha il suo punto di forza nell'approccio integrato che mira alla creazione di una relazione di fiducia con la persona, si cerca di stabilire quasi una relazione di dipendenza positiva che possa permettere alle pazienti di percorrere una strada dove la dipendenza dal gioco è solo la punta dell'iceberg di una sofferenza più profonda, dolorosa e a volte umiliante. Le narrazioni descrivono scenari di fragilità, di sopraffazione, di svalutazione e di violenza psicologica e/o fisica che hanno minato le basi di fiducia e autostima necessarie allo sviluppo armonioso e sintonico della persona nel mondo e della propria realizzazione affettiva.

Importante diventa provare ad aprire possibili nuovi scenari, pensare a nuove e diverse soluzioni, alternative ad un finora monolitico approccio col mondo e con l'altro schiacciante e disperato, dove poter ritrovare quel riconoscimento di valore per sé e per ciò che ancora può essere pensabile poter realizzare.

L'intervento al femminile parte dall'ascolto attento ed empatico, mira a rielaborare, attraverso la rilettura dei propri vissuti e sentimenti, l'importanza di sé stessi, è costruzione del proprio posto nel mondo, nella famiglia, è riconoscimento della propria e preziosa individualità ed identità.

PREVENZIONE E CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

La complessità del Disturbo da Gioco d'Azzardo richiede accanto alla valutazione medica anche un approccio più ampio che rivolga l'attenzione anche alla salute dei soggetti più prossimi, la famiglia del giocatore e della collettività più in generale (la cosiddetta salute pubblica).

Pertanto diventa fondamentale un approccio di salute pubblica, per strutturare sia le azioni di prevenzione che gli interventi efficaci nel processo di cura del giocatore, andando per es. ad attenuare il rischio di ricadute oppure ad operare delle

riduzioni del danno. Quindi la costruzione di una rete territoriale è un elemento fondamentale per la progettazione di interventi di prevenzione e/o di riabilitazione a partire dalla quotidianità, dai pregiudizi e dagli stereotipi (giocatore = vizioso), dall'apertura di spazi di riflessione per la popolazione generale o mirati a fasce specifiche (gli adolescenti con interventi nella scuola, gli anziani con i centri di aggregazione sociale, gli extracomunitari con le comunità di immigrati).

Il servizio pubblico e il privato sociale accreditato devono pertanto integrarsi per ottimizzare gli interventi di prevenzione e per migliorare l'approccio clinico alla cura, attraverso una collaborazione di rete che favorisca il dialogo tra istituzioni pubbliche e private che a diverso titolo si occupano di gioco d'azzardo. Costruire un'equipe interistituzionale allargata che coniughi "il sapere dell'equipe clinica" con il "sapere del territorio".

Su questa mission il Servizio DGA dell'Ausl di Bologna ha stretto numerose collaborazioni in primis con l'area welfare del Comune di Bologna, partecipa ai tavoli dei Piani di zona distrettuali e ai Servizi di Comunità, collabora con le Associazioni alle numerose iniziative sia di tipo culturale che ludico (teatro, sagre e convegni, ecc.), con interventi mirati a sensibilizzare la cittadinanza alla problematica del DGA fornendo informazioni anche sui servizi che si occupano di tale problematica e distribuendo materiale informativo.

Ha collaborato alla promozione sul territorio del gruppo psicoeducativo per i famigliari dei Giocatori d'Azzardo, gestito da professionisti esperti nella tematica da tempo e appartenenti alla cooperativa Solco dai Crocicchi.

Collabora con il Centro Antiusura per le tematiche del sovra indebitamento/amministrazione di sostegno.

Gli operatori dell'ambulatorio DGA hanno partecipato agli ultimi due Progetti di prevenzione, insieme al Comune di Bologna e alle associazioni AUSER e LIBERA, dal titolo: "Liberi da un Gioco" e "Giochiamo?" rivolto alla popolazione fragile e vulnerabile sia nel 2021 che nel 2022.

Da anni è consolidata la collaborazione con i Gruppi di GA (Giocatori Anonimi) e Gruppi GAM-ANON (Familiari e Amici di Giocatori Anonimi) attraverso invii reciproci di pazienti e partecipazione a convegni organizzati da loro e viceversa ecc.

Infine numerose e proficue sono le collaborazioni con le diverse Associazioni del territorio.

CONCLUSIONI

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo è un fenomeno sanitario complesso che necessita di una fitta rete di collaborazioni tra Ausl, Ente locale, associazioni e privato sociale in grado di affrontare le peculiarità e vulnerabilità individuali che hanno le basi nella

biologia, nella psicologia e nelle caratteristiche culturali e socio-ambientali. I dati descrivono un disturbo che determina, nel giocatore patologico, diversi gradi di compromissione della salute mentale e fisica, ed elevati livelli di disfunzionalità nelle relazioni familiari e sociali, importanti problemi finanziari e legali e frequenti difficoltà sul lavoro. Importante diventa quindi il riconoscimento precoce e l'avvio alla cura di persone sofferenti di tale disturbo e dei loro famigliari. La nostra esperienza di équipe specialistica attraverso l'analisi di alcuni dati scaturiti dalle risposte ai trattamenti di cura e dalle narrazioni delle pazienti, ci porta a qualche spunto di riflessione di utilità a migliorare la comprensione del fenomeno dell'azzardo al femminile, determinante per un'efficace ed efficiente presa in carico predittiva dei successivi outcome.

In Italia si stima che circa mezzo milione di donne possa aver sviluppato una problematicità e/o una dipendenza da gioco d'azzardo, in particolare da slot machine, videopoker e gratta e vinci. Sembra che in media le donne si avvicinano più difficilmente e più tardi al gioco, ma diventino dipendenti più rapidamente.

Le donne che giocano d'azzardo subiscono delle ripercussioni sociali maggiori di quelle degli uomini. Queste, insieme al senso di colpa verso la famiglia, rendono le donne più fragili e meno inclini a chiedere aiuto. A queste donne bisogna fornire un luogo protetto dove confrontarsi e trovare aiuto al sicuro dallo stigma. Questo processo è ulteriormente ostacolato dalla difficoltà a riconoscere il problema, infatti solo quando le perdite economiche sono importanti emerge la gravità e consapevolezza della compromissione.

Altro fattore importante è rappresentato dalle caratteristiche stesse dei giochi d'azzardo, che sono in continua evoluzione e sempre più connesse allo sviluppo tecnologico di forme sempre più raffinate di proposte di gioco e che richiedono operatori super aggiornati e formati su tutto ciò che il mercato dell'azzardo propone e sulle tecniche/strategie di raggiungimento del target più o meno esposto alla problematica dell'azzardo.

L'ambulatorio specialistico ha attivato un numero di cellulare dedicato a disposizione dei pazienti e dei famigliari, vi rispondono gli operatori dell'équipe multidisciplinare del DGA, tutti i giorni dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle 15.00, fornendo un supporto telefonico immediato e disponibile alle richieste e ai bisogni espressi dal paziente e dai famigliari.

CONCLUSIONI

Maria Carla Re

V. Presidente del Rotary Club Bologna;

Professoressa ordinaria presso il Dipartimento di Medicina Specialistica, Diagnostica e Sperimentale,
Scuola di Medicina dell'Alma Mater Studiorum - Università degli Studi di Bologna

A volte, quando abbiamo in mano un libro per la prima volta, la curiosità ci spinge a leggere solo qualche pagina, a curiosare nell'introduzione o nelle conclusioni. Ma in questo caso, anche solo il titolo *Mi prendo cura di lei* è un invito alla lettura. Prendersi cura, e non solo curare, è un invito a tendere la mano a chi ha bisogno. Ognuno di noi deve imparare a prendere coscienza di un aspetto di fragilità che oggi sta colpendo anche le donne, indipendentemente dall'età. Elena Pulcini nel suo ultimo testo *La cura del mondo* ci insegna che dobbiamo governare la paura e "intervenire sugli sviluppi disturbati e caratterizzati dalla cattiva polarità tra ossessione dell'Io e ossessione del Noi".

La maggior parte delle persone che sono cadute nel vortice della ludopatia mai avrebbero pensato di dovere conoscere questo disastro dell'anima e del corpo, che non solo distrugge chi ne è colpito ma anche chi sta a loro vicino, chi li guarda impotenti, chi di loro si vergogna. Sì, perché di fronte a questa catastrofe, spesso si viene anche abbandonati, per incapacità, per timore, per ignoranza...

Bisognerà avere coraggio, forza, volontà per raggiungere il nostro obiettivo, per rimetterci al centro del nostro piccolo mondo, allontanando e allontanandoci da un mondo oscuro creato da gente senza scrupoli e dalla criminalità organizzata.

E mi piace ricordare quanto ha detto Papa Francesco il 27 marzo 2020 che, anche se a proposito della pandemia da COVID-19, si adatta a qualsiasi condizione della nostra fragile esistenza, quando all'improvviso si deve affrontare una situazione non annunciata: "Ci siamo ritrovati impauriti e smarriti. Ci sentivamo forti e capaci di tutto. Ma la tempesta ha smascherato la nostra vulnerabilità e lasciato scoperte quelle false e superflue sicurezze con cui abbiamo costruito le nostre agende, i nostri progetti, le nostre abitudini e priorità".

Ed è così che ci sentiamo quando dobbiamo affrontare una patologia come la ludopatia che avremmo giurato non avrebbe mai riguardato né noi, né i nostri cari e

che invece lentamente prende il sopravvento sulla nostra fragilità, sulle nostre paure e sui nostri timori di non essere all'altezza.

Leggendo questo libro ci renderemo conto di chi ci può aiutare, di chi ha esperienza e professionalità per assisterci in un percorso sicuramente duro ma che deve avere una via d'uscita. Perché le parole, da sole, non servono e non servono, soprattutto, le parole di chi parla di luce e invece diffonde oscurità.

Molte sono le persone e i gruppi che lavorano in questo senso. E mi piace ricordare anche il Rotary Club Bologna che, creando una Commissione Sanità, ha creato un piccolo universo in cui attività motoria, benessere fisico e mentale rappresentano tre fattori connessi e interdipendenti e sta realizzando interventi educativi guidati da operatori professionisti, in grado di motivarci e di aiutarci ad uscire dall'isolamento sociale, determinato da una patologia, ancora poco considerata ma devastante.

Ritengo, infine, determinante parlare di prevenzione anche nel caso di ludopatia perché prevenzione vuol dire tracciare e seguire i percorsi corretti da effettuare per evitare la comparsa di una patologia, di un suo eventuale aggravamento o ancora di una recidiva. E dovremo imparare come affrontare e superare la paura, quella paura silenziosa e terribile che ci fa nascondere dietro un muro insormontabile perché non vogliamo sapere.

La lettura di questo libro è una *buona lettura* che ci insegnerà il *fare insieme*, perché tutti hanno bisogno di tutti e solo se saremo insieme raggiungeremo la nostra salvezza e usciremo dal dolore. Fate suonare la musica che è in voi...

BIBLIOGRAFIA

a cura di Chiara Pazzaglia

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., Text Revision (DSM-IV-TR). Washington D.C.
- American Psychiatric Association (2012). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5)*. Washington D.C.
- American Psychiatric Association (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. V Edizione DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina.
- Anderson T.L. (2005). Dimensions of women's power in the illicit drug economy. *Theoretical Criminology*, 9(4): 371-400.
- Ashton J. (1898). *The History of Gambling in England*. London: Duckworth and Co.
- Avanzi M., Baratti M., Cabrini S., Uber E., Brighetti G. & Bonfà F. (2006). Prevalence of pathological gambling in patients with Parkinson's disease. *Mov Disord.* Dec; 21(12): 2068-2072.
- Avanzi M., Prever F. (2015). *Gambling Disorder in Parkinson's Disease: a Support Group for Patients and Caregivers*, International Congress on Addictive Disorders (Nantes, April 16-18, 2015).
- Bastiani L., Gori M., Colasante E., Siciliano V., Capitanucci D., Jarre P., Molinaro S. (2013). Complex factors and behaviors in the gambling population of Italy. *Journal of Gambling Studies*, 29(1): 1-13.
- Bellio G., Fiorin A. (2009). Caratteristiche sociodemografiche, cliniche e differenze di genere in giocatori d'azzardo patologici in trattamento ambulatoriale. *G. It. Psicopat.*, 15: 39-47.
- Bellio G., Fiorin A. (2015). *Il modello di valutazione diagnostica dell'ambulatorio per il gioco d'azzardo problematico di Castelfranco Veneto*. Technical paper n°5 dipartimento per le dipendenze Az. Ulss 8, Castelfranco Veneto.
- Boughton R., Brewster J.M. (2002). *Voices of Women Who Gamble in Ontario: A Survey of Women's Gambling Barriers to Treatment and Treatment Service Needs*, Ministry of Health and Long Term Care.

- Bowden-Jones H., Michalczuk R., Verdejo-Garcia A. & Clark L. (2011). Impulsivity and cognitive distortions in pathological gamblers attending the UK National Problem Gambling Clinic: a preliminary report. *Journal of Psychol. Med.*, 41(12): 2625-2635.
- Bowen M. (1974). *Toward the Differentiation of Self in One's Family of Origin, Family Therapy in Clinical Practice* (reprint ed.), Lanham, MD: Rowman & Littlefield (published 2004), 529-547.
- Brandt L., Wöhr A., Prever F. (2014). Factors Influencing Treatment-Seeking Behavior in Female Pathological Gamblers – A Comparison of Different Treatment Centers in Europe: Austria, Germany & Italy, 10th European Conference on Gambling Studies and Policy Issues (Helsinki, Finland, 9-2 Sept., 2014).
- Brown S. & Coventry L. (1997). *Queen of Hearts: The Needs of Women with Gambling Problems*, Melbourne: Financial and Consumer Rights Council.
- Bull F.C., Al-Ansari S.S., Biddle S., Borodulin K., Buman M.P., Cardon G., Carty C., Chaput J.P., Chastin S., Chou R., Dempsey P.C., DiPietro L., Ekelund U., Firth J., Friedenreich C.M., Garcia L., Gichu M., Jago R., Katzmarzyk P.T., Lambert E., Leitzmann M., Milton K., Ortega F.B., Ranasinghe C., Stamatakis E., Tiedemann A., Troiano R.P., van der Ploeg H.P., Wari V., Willumsen J.F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br. J. Sports Med.* Dec.; 54(24): 1451-1462.
- Bybee S. (1988). Problem gambling: One view from the gaming industry side. *Journal of Gambling Behavior*, 4(4): 301-308.
- Caillois R. (1981). *I giochi e gli uomini. La maschera e la vertigine*. Milano: Bompiani (prima ed. 1958).
- Capitanucci D. (2010). Figli d'azzardo. Gioco d'azzardo patologico e trascuratezza dei figli: un tema di cui occuparsi, in F. Picone (a cura di). *Il gioco d'azzardo patologico. Prospettive teoriche ed esperienze cliniche*. Roma: Carocci.
- Capitanucci D., Carlevaro T. (2004). *Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel disturbo di gioco d'azzardo patologico*, Centro di documentazione e di ricerca Osc (Organizzazione socio-psichiatrica cantonale). Mendrisio: Hans Dubois.
- Capitanucci D., Ladouceur R. (2003). Analisi, trattamento e prevenzione del gioco d'azzardo eccessivo. *Personalità/Dipendenze*, 9(2): 167-177.
- Cardinal M. (1975). *Les mots pour le dire*. Paris: Éditions Grasset & Fasquelle.
- Castellani B. (2000). *Pathological Gambling: The Making of a Medical Problem*. Albany (NY): State University of New York Press.
- Colombo A., Macaccini E., Tinti V. & Airoidi S. (2013). Podere Jana-Donna anziana. Criteri di gravità e analisi del target “donna over 59”, in D. Capitanucci (a cura di). *L'inquadramento clinico del giocatore d'azzardo patologico*. Atti del 2° Simposio residenziale. Vinci (FI): And-in-carta.

- Cosgrave J.F. (2010). Embedded Addiction: The Social Production of Gambling Knowledge and the Development of Gambling Markets. *Canadian Journal of Sociology*, 35(1): 113-134.
- Crisp B.R., Thomas S.A., Jackson A.C., Thomason N., Smith S., Borrell J., Ho W.Y. & Holt T.A. (2000). Sex differences in the treatment needs and outcomes of problem gamblers. *Research on Social Work Practice*, 10(2): 229-242.
- Custer R. (1982). An overview of compulsive gambling, in P.A. Caron, S.F. Yolles, & S.N. Kieffen (eds.). *Addictive disorder update: Alcoholism, drug, abuse, gambling*. New York: Huma Science Press, 107-124.
- Custer R.L. (1984). Profile of the pathological gambler. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 45(12): 35-38.
- Decreto legge n. 158 (cd. Decreto Balduzzi) convertito, con modificazioni, nella Legge 8 novembre 2012, n. 189.
- Dowling N.A., Suomi A.C., & Lavis T. (2016). Problem gambling family impacts: development of the problem gambling family scale. *Journal of Gambling Studies*, 32(3): 935-955.
- DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo in *Gazzetta Ufficiale - Supplemento* n. 15.
- Esposito L., Perez F.M. (2014). Neoliberalism and the Commodification of Mental Health. *Humanity & Society*, 38(4): 414-442.
- Ettorre E. (1992). *Women and Substance use*. Houndsmill: Macmillan.
- Ettorre E. (2004). Revisioning women and drug use: gender sensitivity, embodiment and reducing harm. *International Journal of Drug Policy*, 15: 327-335.
- Farhud D.D. (2015). Impact of Lifestyle on Health. *Iran. J Public Health*. Nov 44(11): 1442-1444.
- Giddens A. (1994). *Le conseguenze della modernità. Fiducia e rischio, sicurezza e pericolo*. Bologna: Il Mulino.
- Grall-Bronnec M., Bruneau M., Bouju G., Caillon J. (2014). *Vulnérabilité liée au sexe*, 3rd International Multidisciplinary Symposium on Excessive Gambling, Université de Neuchâtel, CH.
- Grant J.E., Kim S.W. (2002). Gender differences in pathological gamblers seeking medication treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 43: 56-62.
- Grant J.E., Odlough B.L. & Mooney M.E. (2012). Telescoping phenomenon in pathological gambling: association with gender and comorbidities. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 200: 996-998.
- Grant J.E., Potenza M.N. (eds.). (2004). *Pathological Gambling: A Clinical Guide to Treatment*, American Psychiatric Pub.
- Grant J.E., Potenza M.N. (2010). *Il gioco d'azzardo patologico. Una guida clinica al trattamento*. Springer.
- Griffiths M.D. (2010). Problem gambling in Europe: what do we know?. *Casino & Gaming International*, 6(2): 81-84.

- Guerreschi C. (2008). *L'azzardo si veste di rosa: storie di donne, storie di gioco, storie di rinascita*. Milano: Franco Angeli.
- Haley J. (1969). *The Power Tactics of Jesus Christ and Other Essays*. USA: Avon Books.
- Hayle S. (1998). *The Cultural Contradictions of Motherhood*. New Haven: Yale University Press.
- Hing N. & Breen H. (2001). Profiling lady luck: an empirical study of gambling and problem gambling amongst female club members. *Journal of Gambling Studies*, 12: 47-69.
- Holdsworth L., Hing N., Breen H. (2013). Exploring women's problem gambling: A review of the literature. *International Gambling Studies*, 12(2): 199-213.
- Huizinga J. (1946). *Homo ludens*. Torino: Einaudi.
- Hunt G., Antin T., Bjonness J., Ettorre E. (2016). The increasing visibility of gender in the alcohol and drug fields, in I.T. Kolind, G. Hunt, B. Thom (eds.). *The SAGE handbook of drug and alcohol studies: Social science approaches*. London: SAGE, 396-417.
- Ibàñez A., Blanco C., Moreryra P. & Saiz-Ruiz J. (2003). Gender differences in pathological gambling. *J. Clin. Psychiatry*, 64: 295-301.
- Kalant O.J. (1980). Introduction, in O.J. Kalant (ed.). *Alcohol and drug problems in women*, New York: Plenum Press, 1-24.
- Karter L. (2010). Therapist in women and gambling at level ground therapy, in *Crossroads and Roundabouts; The Right Way Forward*, EASG conference, Wien.
- Kuorinka I., Jonsson B., Kilbom A., Vinterberg H., Biering-Sørensen F., Andersson G., Jørgensen K. (1987). Standardized Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Appl.*, 18: 233-237.
- Ladouceur R., Sylvain C. & Boutin C. (2003). La psicoterapia cognitivo comportamentale nel gioco d'azzardo. Discussione di un caso. In M. Croce, R. Zerbetto (a cura di). *Il gioco e l'azzardo. Il fenomeno la clinica e le possibilità di intervento*. Milano: Franco Angeli.
- Lavanco G., Varveri L. (2006). *Psicologia del gioco d'azzardo e della scommessa. Prevenzione, diagnosi, metodi di lavoro nei servizi*. Roma: Carocci.
- Lenzi Grillini F. (2016). Un'etnografia del gioco d'azzardo. *Antropologia Pubblica*, 2(1): 89-102.
- Lenzi Grillini F. (2017). *L'antropologia in azione. Esperienze etnografiche fra America Latina e Italia*. Roma: Cisu.
- Lesieur H., Blume S.B. (1991). When lady luck loses: women and compulsive gambling, in N. Van Den Bergh (ed.). *Feminist Perspectives on Addictions*. New York: Springer.
- Lesieur H.R., Blume S.B. (1991). When lady luck loses: Women and compulsive gambling, in N. Van Den Bergh (ed.). *Feminist perspectives on addictions*. New York: Springer, 181-197.

- Luppi C., Biagioni S., Molinaro S. (2020). GAPS Gambling Adult Population Survey. L'azzardo nella Regione Emilia-Romagna, rapporto di ricerca CNR.
- Luppi C., Potente R., Molinaro S. (2019). ESPAD Italia 2019. Gli stili di vita dei giovani emiliano-romagnoli, rapporto di ricerca CNR.
- Mangiaracina R., Planzi M. (2014). Il gioco online in Italia: tra maturità e innovazione, Osservatorio Gioco Online, Osservatori.net, ICT & Management. Milano: Politecnico di Milano.
- Marini L., Lopane G., Sermi S., Mohamed S., Sambati L., Persichella C., Contin M. (2021). Disturbo del controllo degli impulsi nei pazienti con malattia di Parkinson e agonisti dopaminergici: studio dei possibili fattori di rischio farmacocinetici e psicologici. Poster X Congresso Nazionale Ferderserd (Milano, 3-5 novembre 2021).
- Mark M.E., Lesieur H.R. (1992). A feminist critique of problem gambling research. *British Journal of Addiction*, 87(4): 549-565.
- Matteucci N., Vieira Lima S. (2016). Women and Happiness, in L. Bruni & P.L. Porta (eds.). *Handbook of Research Methods and Applications in Happiness and Quality of Life*. Edward Elgar Publishing, 419-447.
- Natali C. (2019). Mercato del lavoro, occupazione e occupabilità femminile: il significato di un concetto, in Acli Bologna (a cura di). *Occupabilità femminile: oltre l'occupazione* Milano: Franco Angeli, 15-24.
- Nelson S.E., Laplante D.A., Labrie R.A. and Shaffer H.J. (2006). The proxy effect: gender and gambling problem trajectories of Iowa gambling treatment program participants. *Journal of Gambling Studies* 22(2), 221-240.
- Norwood R. (1985). *Women Who Love Too Much*. Los Angeles: Tarcher.
- Nower L. & Blaszczynski A. (2006). Characteristics and gender differences among self-excluded casino problem gamblers: Missouri data. *Journal of Gambling Studies*, 22: 1-99.
- Odoardi S., Albasi C. (2013). Donne e gioco d'azzardo: uno sguardo d'insieme sul fenomeno. *Recenti Progressi in Medicina*, 104(12): 631-636.
- O'Malley S.S. (2001). Gender-Related Differences in the Characteristics of Problem Gamblers Using a Gambling Helpline. *American Journal of Psychiatry*, 158: 1500-1505.
- Pavarin R. (2018). Gioco problematico: evidenze empiriche e riflessioni per la prevenzione. *PRISMA Economia - Società - Lavoro*, 3(3): 16-40.
- Pazzaglia C., Pegreff F. (a cura di) (2021). *La salute del Caregiver*. Bologna: BUP. PDTA del paziente affetto dal disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico. Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale, PDTA020 AUSLBO, 2016.
- Pegreff F., Balestra A., De Lucia O., Smith L., Barbagallo M., Veronese N. (2023). Prevalence of Sarcopenia in Knee Osteoarthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Clin. Med.* Feb 15; 12(4): 1532.

- Piazza N.J., Vrbka J.L. & Yeager R.D. (1989). Telescoping of alcoholism in women alcoholics. *International Journal of the Addictions*, 24(1): 19-28.
- Pilver C.E., Libby D.J., Hoff R.A. & Potenza M.N. (2013). Gender differences in the relationship between gambling problems and the incidence of substance-use disorders in a nationally representative population sample. *Drug. Alcohol Depend.*, 133(1): 204-211.
- Pini M. (2012). *Febbre d'azzardo: antropologia di una presunta malattia*. Milano: Franco Angeli.
- Piquette-Tomei N., Norman E., Corbin Dwyer S. & McCaslin E. (2008). Group therapy for women problem gamblers: a space of their own. *Journal of Gambling Issues*, 22, <http://www.camh.net/egambling/issue22/pdfs/07>.
- Potenza M.N., Steinberg M.A., McLaughlin S.D., Wu R., Rounsaville B.J. & O'Malley S.S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *Am. J. Psychiatry*, 158: 1500-1505.
- Preble E. (1966). Social and Cultural Factors Related to Narcotic Use Among Pueritorians in New York City. *International Journal of the Addictions*, 1(1): 30-41.
- Prever F. (2021). *Azzardo al femminile, un mondo sommerso: clinica e ricerca in un'ottica transculturale e di genere*. Lavori del Convegno "Donne e azzardo. Il gioco della complessità" (Bologna, 3 dicembre 2021).
- Prever F., Bowden-Johns H. (2017). *Gambling Disorders in Women*. UK: Routledge.
- Prever F., Haggiag E. (2015). Problem Gambling in Specific Populations. *International Congress on Addictive Disorders (Nantes, April 16-18, 2015)*.
- Prever F., Locati, V. (2012). Women who gamble. A group clinic experience through the circus metaphor and other stories 9th European Conference on Gambling Studies and Policy Issues. http://www.easg.org/media/file/loutraki2012/pres_pdf_loutraki_2012/thursday_20_september_2012/1615-1815/parallel_4/prever_women_who_gamble.pdf.
- Prever F., Locati V. (2014). A Female Group: a Peculiar Italian Experience. *Gambling as a "Way Out"?*. 3rd International Multidisciplinary Symposium on Excessive Gambling, Université de Neuchâtel, CH.
- Prever F., Locati V. (2017). Female Gambling in Italy. A specific Clinical Experience, in H. Bowden-Jones, F. Prever (eds.). *Gambling Disorders in Women. An international Female Perspective on Treatment and Research*. New York: Routledge, 124-140.
- Ravasi L. (2010). *Di madre in figlia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Regione Emilia-Romagna (2016a). *Gioco d'azzardo: rischi e cura*.
- Regione Emilia-Romagna (2016b). *Legge Regionale 28 Ottobre 2016, n. 18, Testo unico per la promozione della legalità e per la valorizzazione della cittadinanza e dell'economia responsabili*.

- Richmond-Rakerd L.S., Slutske W.S., Heath A.C. & Martin N.G. (2014). Genetic and environmental influences on the ages of drinking and gambling initiation: evidence for distinct etiologies and sex differences. *Addiction*, 109(2): 323-331.
- Ronzitti S., Lutri V., Smith N., Clerici M., Bowden-Jones H. (2016). Gender Differences in Treatment-Seeking British Pathological Gamblers. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(2): 231-238.
- Sassen M., Kraus L., Buhringer G. (2011). Differences in pathological gambling prevalence estimates: facts or artifacts?. *International journal of methods in psychiatric research*, 20(4): 83-99.
- Schinco M. (2007). La natura dialogica della psicoterapia, in C. Capello, E. Gianone (a cura di). *I non colloqui di Alice*, nuova ed. Milano: ISU Università Cattolica Milano, 115-159.
- Slutske W.S., Piasecki T.M., Deutsch A.R., Statham D.J. & Martin N.G. (2015). Telescoping and gender differences in the time course of disordered gambling: evidence from a general population sample. *Addiction*, 110(1): 144-151.
- Stea J.N., Hodgins D.C. (2011). A critical review of treatment approaches for gambling disorders. *Current Drug Abuse Review*, 4(2): 67-80.
- Suurvali H., Hodgins D.C., Cunningham J.A. (2010). Motivators for resolving or seeking help for gambling problems: A review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 26(1): 1-33.
- Svensson J., Romild U., Nordenmark M. and Månsdotter A. (2011). Gendered gambling domains and changes in Sweden. *International Gambling Studies*, 11(2): 192-211.
- Randall C.L., Roberts J.S., Del Boca F.K., Carroll K.M., Connors G.J., Mattson M.E. (1999). Telescoping of landmark events associated with drinking: a gender comparison. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(2): 252-260.
- Reith G. (2007). Gambling and the contradictions of consumption: A genealogy of the “pathological” subject. *American Behavioral Scientist*, 51(1): 33-55.
- Rosenthal R.J. (1987). The psychodynamics of pathological gambling: a review of the literature, in T. Galski, & C. Charles (eds.). *The handbook of pathological gambling*. Springfield Illinois: Thomas, 41-70.
- Schüll N.D. (2002). *Escape mechanism: Women, caretaking, and compulsive gambling*, Center for Working Families. Berkeley: University of California.
- Schüll N.D. 2015 [2012]. *Architetture dell'azzardo. Progettare il gioco, costruire la dipendenza*. Bologna: Luca Sossella.
- Tavares H., Zilberman M.L., Beites F.J. & Gentil V. (2001). Gender differences in gambling progression. *Journal of Gambling Studies*, 17: 151-159.
- Toneatto T., Boughton R. & Borsi D. (2002). *A Comparison of Male and Female Pathological Gamblers*. Ontario: Ministry of Health and Long Term Care.

- Ufficio Statistica del Comune di Bologna, Servizio Studi e Statistica della Città metropolitana di Bologna e SWG (a cura di) (2020). Indagine demoscopica “L’impatto del Covid 19 sul capitale sociale e sulla condizione occupazionale dei cittadini bolognesi”.
- Vannini M.A. (1975). *Chinesiologia*, Bologna: Martina ed.
- Veronese N., Honvo G., Bruyère O., Rizzoli R., Barbagallo M., Maggi S., Smith L., Sabico S., Al-Daghri N., Cooper C., Pegreffi F., Reginster J.Y. (2023). Knee osteoarthritis and adverse health outcomes: an umbrella review of meta-analyses of observational studies. *Aging. Clin. Exp. Res.* Feb; 35(2): 245-252.
- Volberg R. (2003). Has there been a “feminization” of gambling and problem gambling in the United States? *eGambling: The Electronic Journal of Gambling Issues*, 8.
- Waldorf D., Reinerman C., Murphy S. (1991). *Cocaine Changes: The Experience of Using and Quitting*. Philadelphia: Temple University Press.
- Wardle H. (2014). *Women and Gambling: Understanding Behaviour, Attitudes and Motives*, 3rd.
- Wenzel H.G., Dahl A.A. (2008). Female pathological gamblers – a critical review. *International Journal of Mental Health and Addiction. International Multidisciplinary Symposium on Excessive Gambling*, Université de Neuchâtel, CH.
- Won C.W. (2023). Management of Sarcopenia in Primary Care Settings. *Korean J. Fam. Med.* Mar; 44(2): 71-75.
- Xiang Q., Hu Y., Zheng J., Liu W., Tao J. (2023). Research hotspots and trends of exercise for sarcopenia: A bibliometric analysis. *Front Public Health.* Mar; 8(11): 1106458.
- Zinberg N.E. (1984). *Drug, Set and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven: Yale University Press.

SITOGRAFIA

a cura di Chiara Pazzaglia

<https://www.avvisopubblico.it/home/home/cosa-facciamo/informare/documenti-tematici/gioco-dazzardo/prima-indagine-epidemiologica-dellistituto-superiore-di-sanita-sul-gioco-dazzardo-ottobre-2018/>

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.124.3163&rep=rep1&type=pdf>

<http://www.iss.it>

https://www.iss.it/documents/20126/45616/18_5_web.pdf/1ab76d19-b28e-f3b4-1860-148986a7dce1?t=1581095770863

<https://www.nicerx.com/best-healthcare-countries/>

https://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=60&area=Disturbi_psichici

<http://salute.regione.emiliaromagna.it/dipendenze-patologiche/giocodazzardo>

Finito di stampare nel mese di settembre 2023
per i tipi di Bologna University Press

QUADERNI DI DIRITTO DELLE ATTIVITÀ MOTORIE E SPORTIVE

Il volume, curato dalla giornalista e Presidente delle Acli di Bologna Chiara Pazzaglia e dal medico ortopedico Francesco Pegreffi, propone un'analisi multidisciplinare del tema della ludopatia, con un focus sul gioco d'azzardo femminile e, in particolare, da parte delle caregivers, formali e informali. Partendo dall'analisi dei dati attuali, procede indagando le cause del fenomeno e proponendo soluzioni volte a prevenire e mitigare le conseguenze.

L'Unione Sportiva Acli di Bologna, insieme all'Associazione Medici in Centro Interdisciplinare, col sostegno della UI Salute e Città Sane - Settore Salute, Benessere e Autonomia della Persona - Dipartimento Welfare e Promozione del Benessere di Comunità, Comune di Bologna ha avviato una ricerca sociologica sul tema dell'azzardo femminile, somministrando questionari e interviste a utenti dei servizi Acli e a testimoni privilegiati. Sulla base dei risultati ottenuti, ha progettato alcune attività di contrasto e prevenzione alla ludopatia, con un'ottica di genere. Nel volume viene presentata la ricerca, corredata di autorevoli analisi di professionisti di diversi settori, che offrono un punto di vista a 360 gradi sulle cause, le conseguenze e le possibili azioni di prevenzione e contrasto al gambling femminile. Vengono poi descritte alcune buone pratiche di sostegno alle donne a rischio, per evitare che queste possano cadere nella rete dell'azzardo patologico. Attraverso laboratori ludici, sportivi, gruppi mutualistici cui partecipano donne di ogni età, provenienza e condizione sociale, il sistema Acli ha ideato negli anni alcuni percorsi utili, soprattutto alle donne impegnate nel lavoro di cura, a ritrovare una dimensione di equilibrio personale che favorisca il loro benessere psicofisico allontanandole, di conseguenza, dai rischi delle dipendenze.



ISBN 979-12-5477-319-2



9 791254 773192

€ 20,00