

IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

A cura della Dott.ssa Vincenza Fusco

LA DEFINIZIONE

È importante all'inizio, prima di affrontare un argomento così nuovo, chiarirsi sul significato dei termini.

Cominciamo dal termine **gioco**.

Il Devoto Oli – vocabolario della lingua italiana – definisce la parola gioco, nell'accezione che interessa nel nostro discorso, in due modi:

gioco è qualsiasi esercizio, singolo o collettivo, cui si dedichino bambini o adulti, per passatempo o svago o per ritemperare le energie fisiche e spirituali.

O anche

Gioco è una competizione fra due o più persone, regolata da norme convenzionali e il cui esito dipende in minore o maggiore misura dall'abilità o dalla fortuna.

Uno studioso francese – *Roger Caillois* – ha analizzato il gioco dal punto di vista sociologico, definendone le *caratteristiche* e classificando i giochi in *categorie*.

Secondo Caillois l'attività di gioco deve possedere le seguenti caratteristiche:

- **Libera** il giocatore non può essere obbligato a partecipare
- **Separata** l'attività di gioco deve svolgersi entro limiti di spazio e di tempo
- **Incerta** lo svolgimento ed il risultato non possono essere decisi a priori
- **Improduttiva** non crea né beni né ricchezze né altri elementi di novità
- **Regolata** con regole che sospendono le leggi ordinarie
- **Fittizia** consapevole della sua irrealtà.

Caillois classifica i giochi in **4 categorie**:

- **Giochi di competizione** = tutte le competizioni sia sportive sia mentali
- **Giochi di simulacro** = i cosiddetti “giochi di ruolo”, in cui si diventa “altro”

- **Giochi di vertigine** = tutti quei giochi in cui si gioca a provocare se stessi
- **Giochi d'azzardo o alea** (termine che significa **rischio**) = tutti i giochi in cui il fattore primario è la fortuna.

Per ottenere buoni risultati nei Giochi di Competizione occorrono allenamento, capacità personale e concentrazione; mentre i Giochi di Alea si fondano su elementi che non dipendono dal giocatore: in questo caso vincita o perdita non sono attribuibili a maggiori o minori capacità di chi sta giocando, ma sono piuttosto ascrivibili al caso.

È la **presenza di alea** che definisce un gioco d'azzardo.

Si definisce **GIOCO D'AZZARDO** qualsiasi puntata o scommessa, fatta per sé o per altri, con denaro o con qualsiasi altro bene, sull'ESITO di un evento FUTURO, che in genere riguarda un gioco di società oppure una gara.

In linea di principio, QUALSIASI ATTIVITA' che presenti INCERTEZZA SULL'ESITO FINALE si presta a scommesse e, quindi, può essere OGGETTO di gioco d'azzardo.

Il termine **azzardo** deriva dal francese *hasard* e questo, a sua volta, dall'arabo *az-zahr* che significa **dado**; infatti i più antichi giochi d'azzardo si facevano utilizzando i dadi.

UN PO' ... DI STORIA

Gli uomini hanno sempre scommesso e, quindi, giocato d'azzardo.

La culla del gioco d'azzardo è stata la CINA, dove sono stati rinvenuti i primi DADI, vecchi di 5.000 anni, e il primo MAZZO DI CARTE.

In Grecia era molto diffuso il gioco dei dadi; immagini di persone che scommettono con dadi appaiono sulle anfore elleniche.

A Roma il gioco d'azzardo con i dadi era proibito; ma la sera le bettole romane chiudevano e si trasformavano in bische. A Roma, però, era LEGALE scommettere sulle *corse di bighe e quadrighe* e sui *combattimenti dei gladiatori*.

Nel Medioevo nacquero le **baratterie** che erano delle taverne dove venivano praticati il gioco d'azzardo e la prostituzione. Quella delle baratterie tra il XIII e il XV secolo fu una storia controversa; infatti, inizialmente erano clandestine, poi, per **interessi economici**, molti Comuni sia settentrionali sia meridionali concessero un **riconoscimento** alle baratterie, trasformandole in bische pubbliche e, nello stesso tempo, imposero una **gabella sul gioco d'azzardo**.

Grazie a questa regolamentazione i “barattieri” accrebbero i loro guadagni e la loro influenza economica crebbe al punto che poterono organizzarsi in **regolari Corporazioni** con il loro Gonfalone, sotto la guida di un **potestà della baratteria**, a cui era affidato l’incarico di regolare i rapporti con il potere pubblico.

Nel XV secolo la baratteria aveva assunto le proporzioni di uno **scandalo pubblico** per cui, nonostante i lauti introiti provenienti dalle gabelle sul gioco d’azzardo, le autorità comunali cominciarono a vietarne la pratica.

Nel Rinascimento si affermarono definitivamente i **giochi di carte** e fece la sua comparsa la **prima roulette**, così come la conosciamo oggi, che fu inventata dal filosofo e matematico **Blaise Pascal** nel 1600, nell’ambito dei suoi studi sul moto perpetuo.

Nel 1638 venne costruito il **Casinò di Venezia**, che è il casinò più antico ancora attivo ai giorni nostri.

In America, nelle nuove città fondate dai colonizzatori, cominciava ad essere codificato il gioco d’azzardo come lo conosciamo noi oggi (poker e slot machines).

L’Età moderna – il gioco d’azzardo come lo conosciamo oggi e come viene giocato nei casinò è nato negli Stati Uniti d’America, dove sono nate le prime slot-machines, dove è stato codificato il poker, dove il gioco dei dadi ha assunto la forma attuale.

Negli ultimi anni stiamo assistendo ad una vera e propria rivoluzione nel mondo del gioco d’azzardo: in seguito all’avvento di Internet si passa dal casinò tradizionale al casinò online, che è un mercato ancora in espansione.

I GIOCHI PIU’ CONOSCIUTI

ROULETTE – risale al tempo dei legionari romani, i quali sembra che utilizzassero uno scudo fatto roteare sulla punta di una lancia come rudimentale roulette. Nel corso del tempo ha subito notevoli cambiamenti assumendo l’aspetto moderno solamente nel 1600 con Blaise Pascal, come abbiamo già detto.

Nel 1796 la roulette entra nelle sale da gioco a Parigi e nel 1810 i francesi la portano nelle sale di New Orleans, dove nascono i primi casinò statunitensi.

LOTTERIE – le prime notizie certe del **Gioco del Lotto** come lo conosciamo oggi risalgono intorno al 1734 a Venezia.

A Genova, all’inizio del XVI secolo, si eleggevano 5 senatori fra 120 cittadini del Consiglio utilizzando un’estrazione a sorte con i bussolotti. Dal 1620 in poi il gioco del Lotto in Liguria venne disciplinato da un regolamento molto preciso. Nel resto dell’Italia, invece, il gioco del Lotto non era ben visto, perché considerato contrario all’etica.

Nel 1728 il papa Benedetto XIII minacciò la scomunica per chiunque avesse partecipato al gioco, ma tre anni dopo il gioco fu riammesso dal suo successore papa Clemente XII e nel 1785 Pio VI decise la destinazione dei proventi alle opere pie.

Nel resto dell'Italia la liceità del gioco del Lotto viene ammessa gradualmente e trova via via una regolamentazione ufficiale: considerati i notevoli introiti derivanti dalle giocate, le Autorità pubbliche posero il gioco sotto il proprio monopolio.

A partire dal 1863 il gioco del Lotto è ormai diffuso in tutta Italia e da quell'anno viene giocato su 6 ruote. La struttura a 10 ruote viene inaugurata nel luglio 1939 e l'introduzione della ruota Nazionale (11° ruota) risale al maggio 2005.

Le estrazioni, un tempo limitate a 2 o 3 all'anno, si fanno più frequenti, diventando quindicinali nel 1807, settimanali nel 1871, bisettimanali nel 1977 e trisettimanali nel 2005.

Il 10eLotto è un nuovo gioco legato al Lotto, nato nel luglio 2009: su una schedina si scelgono da 1 a 10 numeri da 1 a 90 e, inoltre, si può scegliere tra *estrazione immediata*, *estrazione del Lotto ed estrazione ogni 5 minuti*. Si possono giocare da 1 a 20 Euro.

Il Lotto Più è una nuova modalità lanciata nel maggio 2012. Su un'apposita schedina, disponibile in tagli predefiniti negli importi (3, 4 e 5 Euro) e nelle sorti che si possono giocare (dall'ambo alla cinquina), il giocatore deve scegliere i propri numeri e la ruota su cui puntare. Il Lotto Più offre moltiplicatori di vincita più elevati rispetto alle stesse giocate effettuate al Lotto tradizionale.

SLOT MACHINES – la prima slot machine fu inventata nel 1895 da Charles Fey negli Stati Uniti. Nel 1907 il signor Fey si mise in società con una Compagnia e diede inizio alla produzione delle slot che suonavano ad ogni combinazione vincente e presentavano una serie di carte da gioco. Nel 1910 viene prodotta una nuova macchina che migliora notevolmente l'ingresso delle monete e introduce per la prima volta i simboli della frutta utilizzati anche oggi.

In italiano il termine slot machine è tradotto come “*macchina mangia soldi*”; per essere a norma di legge devono essere collegate fisicamente a dei modem, che trasmettono i dati e le statistiche di ogni singola macchina all'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato.

L'evoluzione delle slot sono le **VLT** (Video Lottery Terminal). Sono apparecchi simili alle slot da cui si differenziano per le modalità di gioco più evolute: non presentano all'interno una scheda con il gioco residente, ma sono collegate in tempo reale ad una rete presente sia tra apparecchio ed apparecchio sia con un server centrale presente nella sala che fornisce i giochi. Il server della sala, inoltre, comunica costantemente con un server nazionale centralizzato. Ogni apparecchio può fornire più giochi.

Le VideoLottery offrono i pagamenti in base al calcolo del ciclo di Payout stabilito dal Concessionario su base sia di sala sia di circuito sia nazionale. Le slot tradizionali, invece, pagano in base al COIN IN singolo (= totale delle monete inserite nella singola macchina).

Le VideoLottery sono caratterizzate dalla presenza di vincite Jackpot fino a 500.000 Euro; accettano banconote e non erogano denaro in caso di vincita, ma stampano un ticket che, dove possibile, può essere rigiocato oppure cambiato in contanti.

In letteratura viene sottolineato come i **video poker (slot e VLT)** sono i giochi che **più rapidamente inducono la dipendenza** per le loro caratteristiche peculiari: **bassa soglia di accesso, velocità e solitudine.**

UN ACCENNO ALLA LEGISLAZIONE

Tutte le disposizioni di legge esprimono la regola generale secondo cui il Gioco d'Azzardo **non è consentito e non è suscettibile di tutela.**

L'articolo 721 del CODICE PENALE definisce cosa debba intendersi per Gioco d'Azzardo :

“Sono giochi d'azzardo

quelli nei quali ricorre il fine di lucro

e la vincita o la perdita è interamente o quasi interamente aleatoria”.

Gli articoli 718 e 719 del CODICE PENALE **sanzionano sia l'esercizio (ovvero l'organizzazione)** del Gioco d'Azzardo **sia la partecipazione** al Gioco d'Azzardo.

L'articolo 110 del Testo Unico delle Leggi di Pubblica Sicurezza (T.U.L.P.S.) del 1931 **puniva come reato l'uso o l'installazione di apparecchi semiautomatici o elettronici per il gioco d'azzardo.**

A queste disposizioni sanzionatorie, però, si **sono contrapposte nel tempo e continuano a contrapporsi** altre disposizioni che introducono **eccezioni alla regola.**

Innanzitutto, il Regio Decreto Legislativo n. 636 del 27 aprile 1924 **autorizza** all'esercizio del gioco e della scommessa, anche d'azzardo, i **Casinò** di Campione d'Italia, Sanremo, Saint Vincent e Venezia.

Ancora il Regio Decreto legislativo n. 1933 del 19 ottobre 1938 **vieta ai privati** l'organizzazione del gioco del Lotto e delle lotterie nazionali, **riservandole esclusivamente allo Stato.**

Ed infatti esiste un Monopolio statale del settore, cui si correla un controllo sulla gestione dei relativi proventi.

L'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato (AAMS) fu istituita con il regio decreto-legge dell'8 dicembre 1927, n. 2258, con il compito di svolgere "servizi di monopolio di produzione, importazione e vendita dei sali e tabacchi e produzione e vendita del chinino di Stato".

L'accentramento delle competenze sul gioco pubblico iniziò nel [1988](#), con l'acquisizione delle lotterie nazionali, e nel [1994](#) con l'acquisizione del gioco del [Lotto](#) e delle [lotterie istantanee](#). Nel [2000](#) fu assunta la gestione del [Bingo](#), ed infine, nel [2001-2002](#), tutte le altre competenze che configurano oggi l'attuale portafoglio dell'Amministrazione.

Con il [decreto legge](#) 27 giugno 2012 n. 87 ai sensi dell'art. 3, l'[Agenzia delle dogane e dei monopoli](#) assorbe le competenze di AAMS.

Esiste, poi, una sentenza della Corte Costituzionale del **1985**, che ha evidenziato come la normativa in materia di istituzione e gestione delle case da gioco fosse caratterizzata da un massimo di disorganicità e, pertanto, invitava il legislatore ad emanare una legge organica su scala nazionale. Nello stesso tempo, questa sentenza della Corte Costituzionale **giustificava la depenalizzazione** del gioco d'azzardo perché "i proventi di cui si tratta" **sono legittimi in quanto costituiscono entrate dello Stato**, che li **destina al finanziamento di interventi di interesse generale** della popolazione. **QUINDI, l'uso pubblico** delle risorse provenienti dal gioco d'azzardo **giustifica la deroga alle norme penali**.

La Legge 13 maggio 1999 n. 133, che riguarda le "Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale", all'articolo 16 regola i giochi ed autorizza il Ministero delle Finanze a disporre l'accettazione di nuove scommesse. In attuazione di questa disposizione, il Ministero delle Finanze, con due diversi Decreti del 2000, istituisce il *gioco del Bingo e il gioco "TotoBingol"*; inoltre, con Decreto del gennaio 2001 *eleva l'importo della giocata massima* del gioco del Lotto.

Per tornare all'articolo 110 del T.U.L.P.S., esso, pur mantenendo il medesimo contenuto letterale, viene di fatto periodicamente aggiornato da tanti altri provvedimenti di natura legislativa e regolamentare (come, ad esempio, le leggi finanziarie). Una per tutte la legge n. 266 del 2005 (Legge finanziaria per il 2006) che ha **depenalizzato** la fattispecie dell'uso e installazione di videogiochi trasformandola in **illecito amministrativo**.

In particolare, sono suscettibili di continuo aggiornamento i **comma 6 e 7 dell'articolo 110**, che definiscono quali sono gli apparecchi ed i congegni idonei per il gioco lecito ed il **comma 9**, che stabilisce, per i trasgressori, un elenco delle sanzioni amministrative e pecuniarie.

Possiamo concludere che alla disorganicità di cui parlava la sentenza della Corte Costituzionale del 1985 non è stato posto ancora rimedio dal Parlamento italiano e il “famoso” decreto Balduzzi sul Gioco d’Azzardo del settembre 2012, convertito in legge nel novembre 2012, ha stabilito delle norme per contrastare la patologia da Gioco d’Azzardo, ma non riguarda la regolamentazione del gioco stesso.

QUALCHE DATO

Nonostante il clamore mediatico, la dimensione del fenomeno “Gioco d’Azzardo” in Italia è difficilmente stimabile in quanto ad oggi non esistono studi accreditati, esaustivi e validamente rappresentativi del fenomeno.

Gli studi effettuati finora sono stati promossi da Istituti di ricerca diversi, utilizzando strumenti di rilevazione diversi (per cui i risultati non sono confrontabili) ed anche una diversa terminologia. Abbiamo, quindi, una serie di dati parziali di cui l’interpretazione è difficoltosa.

La popolazione italiana totale è stimata in circa 60 milioni di persone, di cui il 54% ha risposto affermativamente, durante un’indagine, alla seguente domanda: “Lei ha giocato d’azzardo almeno una volta negli ultimi 12 mesi?”.

In base a dati forniti dal Ministero della Salute (2012), la stima dei giocatori d’azzardo problematici varia dall’1,3% al 3,8% della popolazione generale, mentre la stima dei giocatori d’azzardo patologici varia dallo 0,5% al 2,2%.

Il Ministero della Salute dal 2011 finanzia un progetto sperimentale nazionale sulle dipendenze comportamentali per la sorveglianza, il coordinamento e il monitoraggio degli interventi.

Nel 2011, è stata avviata un’indagine da parte del DPA, coinvolgendo le Regioni e le Province Autonome Italiane, che ha permesso di rilevare parzialmente una quota di soggetti trattati presso i Dipartimenti delle Dipendenze/Ser.D. Non hanno partecipato a questa ricerca, senza quindi fornire dati, l’Emilia-Romagna, la Toscana, la Basilicata, la Sardegna, l’Umbria, la Valle d’Aosta e le Marche. Il campione, se pur parziale, risulta comunque interessante e consta di 4.544 soggetti, di cui l’82% maschi e il 18% femmine. Le fasce di età più rappresentate nei maschi erano quelle comprese tra i 35 e i 54 anni, mentre nelle femmine erano quelle comprese tra i 45 e i 64 anni.

Il gioco d’azzardo genera un forte flusso finanziario in entrata al Monopolio di Stato e ai concessionari/gestori con una elevata quota che viene ripartita tra i vari vincitori (*pay out*). I dati riferiti dall’Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato circa l’andamento del flusso economico legato al gioco d’azzardo (*pay out*, entrate erariali, percentuale di guadagno di concessionari e gestori), indicano che dal 2005 al 2011 in valori assoluti il flusso economico è notevolmente aumentato. Questo aumento riguarda soprattutto il *pay out*, che è più che triplicato, e la quota di guadagno dei

gestori/concessionari, che è più che raddoppiato. L'aumento in valore assoluto riguarda anche le entrate erariali, ma solo in minima parte; infatti, guardando a livello percentuale, le entrate erariali hanno subito un forte decremento passando dal 21,8% al 10,9%.

La maggior parte delle quote in entrata dei giochi d'azzardo riguarda le slot machine (56,3%); secondariamente, le lotterie (12,7%), e quindi i giochi a distanza (10,5%).

Nel 2011, è stato registrato un forte investimento in denaro da parte dei giocatori, con importanti differenze tra le singole Regioni. Le tre Regioni che, nell'ordine, hanno speso di più in termini assoluti in gioco d'azzardo sono state la Lombardia (14,8 miliardi), il Lazio (9,1 miliardi) e la Campania (8,9 miliardi). Mentre quelle meno impegnate nel gioco d'azzardo sono la Basilicata, il Molise e la Valle d'Aosta.

Se si valuta, però, il denaro giocato pro capite, considerando la popolazione maggiorenne, nel 2011, le quattro regioni che hanno un maggior indice di spesa sono il Lazio, la Campania, l'Abruzzo, la Lombardia. Mentre quelle con valori più bassi sono Sardegna, Sicilia, Basilicata, Calabria.

Nel 2012, **l'Abruzzo ha raggiunto il primato nazionale** rispetto alla spesa pro - capite per il gioco d'azzardo.

IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Quando il gioco d'azzardo diventa patologico? Quando, cioè, diventa una malattia? Richiamiamo il concetto di malattia.

Una malattia è definita dai seguenti criteri:

1. **Alterazione e sofferenza** – la malattia è una condizione di alterazione del normale funzionamento e delle condizioni fisiologiche dell'organismo, in grado di creare sofferenza psichica e fisica di una parte, di un organo o di un sistema del corpo umano;
2. **Causalità** – la malattia risulta dall'azione di cause conosciute o sconosciute, interne o esterne, singole o plurime;
3. **Evidenza fenomenica** – costituisce ciò che appare della malattia ovvero una condizione caratterizzata da un gruppo di segni o sintomi identificabili;
4. **Processo con necessità di intervento** – la malattia è un processo di deviazione da una norma biologica e/o psicologica e/o funzionale che presenta l'inizio di un'evoluzione negativa per la salute e che necessita di diagnosi, cure e monitoraggio.

Giocare d'azzardo, di per sé, come abbiamo già visto, non è un comportamento patologico, ma **può evolvere in patologia**, quando diventa un comportamento **reiterato in una persona vulnerabile**.

Vediamo come.

Possiamo distinguere **tre forme** di gioco d'azzardo, che possono anche essere **tre stadi nel processo di evoluzione della patologia**:

IL GIOCO D'AZZARDO INFORMALE E RICREATIVO – è un comportamento *fisiologico* nell'essere umano in cui il gioco è *saltuario*, è motivato dalla *socializzazione e dalla competizione*, porta ad una *spesa contenuta*;

IL GIOCO D'AZZARDO PROBLEMATICO – è un comportamento che mette *a rischio la salute psicofisica e sociale* dell'individuo e che può avere una *possibile evoluzione prognostica negativa* verso una forma di malattia. Nel comportamento problematico, il gioco è *periodico* e determina *un aumento sia del tempo trascorso giocando sia delle spese dedicate al gioco*;

IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO – è una *malattia neuro-psico-biologica*, in cui il comportamento di gioco è *quotidiano o intensivo*, sono presenti il *craving*, cioè il *desiderio incontrollabile di giocare*, e l'insorgenza di *sentimenti di inquietudine* quando *si è impossibilitati a giocare*, le *spese dedicate al gioco diventano elevate con conseguenti indebitamenti*.

Il Gioco d'Azzardo Patologico si sviluppa in individui *vulnerabili alla dipendenza*, che presentano, cioè, alterazioni *preesistenti* di tipo *neuro funzionale* dei normali sistemi neurobiologici della *gratificazione* (sistema di reward dopaminergico con iper-risposta anomala al gioco d'azzardo), del *controllo degli impulsi* (corteccia prefrontale con deficit dell'autocontrollo) e delle *funzioni cognitive correlate* (credenze e distorsioni cognitive rispetto alle reali possibilità di vincita).

Esistono dei *sintomi sentinella* nel percorso da Gioco Ricreativo a Gioco Patologico.

Segni *prodromici* del passaggio dalla condizione di GA Ricreativo alla condizione di GA Problematico sono:

1. intensificazione degli accessi al gioco
2. aumento delle spese
3. comparsa di pensieri ricorrenti di gioco
4. comparsa di distorsioni cognitive e fantasie di super vincite
5. ricerca di ambienti di gioco sempre più specializzati
6. il comportamento di gioco diventa centro esclusivo di interesse.

Segni *prodromici* del passaggio da GA Problematico a GA Patologico sono:

1. comparsa delle menzogne
2. depauperamento delle risorse finanziarie
3. modificazione delle abitudini alimentari e della puntualità
4. piccoli furti domestici
5. cambiamenti dell'umore
6. cambiamenti delle amicizie e dei luoghi di frequentazione

7. aumento dell'aggressività
8. aumento del tempo dedicato al gioco con riorganizzazione delle attività e delle relazioni nel tempo
9. indebitamento.

Per la *diagnosi* di Gioco d'Azzardo Patologico si utilizzano i *criteri del DSM IV*.

Il DSM IV colloca il GAP tra i *Disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove*, ossia tra quei disturbi caratterizzati da incapacità di resistere ad un impulso, ad un desiderio impellente o alla tentazione di compiere una certa azione, anche pericolosa. Chi ne soffre riferisce, per lo più, di una **sensazione crescente di eccitazione o di tensione** PRIMA di compiere l'azione e IN SEGUITO prova **piacere, gratificazione o sollievo**. DOPO l'azione possono insorgere **rimorso, autoriprovazione o senso di colpa**.

All'interno di questa categoria il DSM colloca, oltre al GAP, il Disturbo esplosivo intermittente, la Cleptomania, la Piromania, la Tricotillomania, il Disturbo del controllo degli impulsi NAS.

I criteri diagnostici del DSM IV sono i seguenti.

- A. Persistente e ricorrente comportamento di gioco d'azzardo mal adattivo, come indicato da **5 o più** dei seguenti criteri:
 1. È eccessivamente assorbito dal gioco (esempio: è eccessivamente assorbito nel rivivere esperienze passate di gioco d'azzardo, nel soppesare o programmare la successiva avventura, o nel pensare ai modi per procurarsi denaro con cui giocare)
 2. Ha bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata
 3. Ha ripetutamente tentato senza successo di controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo
 4. È irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo
 5. Gioca d'azzardo per sfuggire i problemi o per alleviare un umore disforico (esempio: sentimenti di impotenza, colpa, ansia, depressione)
 6. Dopo aver perso al gioco spesso torna un altro giorno per giocare ancora (rincorrendo le proprie perdite)
 7. Mente ai membri della propria famiglia, al terapeuta o ad altri per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo

8. Ha commesso azioni illegali come falsificazione, frode, furto o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo
 9. Ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa, il lavoro oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo
 10. Fa affidamento su altri per reperire il denaro per alleviare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo.
- B.** il comportamento di gioco d'azzardo non è meglio attribuibile ad un Episodio Maniacale.

In base ai criteri del DSM IV si stabilisce la seguente distinzione:

- | | |
|------------------------|--|
| 0 – 2 criteri | <i>nessun problema di gioco</i> |
| 3 – 4 criteri | <i>gioco problematico</i> |
| 5 criteri e più | <i>gioco patologico</i> |

Poiché è stata pubblicata la nuova versione americana del Manuale, DSM V, parliamo anche di questa, in cui troviamo alcune differenze significative rispetto alla versione precedente.

La prima e più importante riguarda la **classificazione diagnostica**: il nuovo DSM inserisce il ***Disturbo da gioco d'Azzardo patologico (Gambling Disorder)*** tra i ***Disturbi correlati alle sostanze e Dipendenze***.

L'altra differenza riguarda la **definizione diagnostica**: i criteri elencati per la formulazione della diagnosi sono gli stessi che nel DSM IV, ma ***viene eliminato il criterio del commettere reati*** e viene richiesta la presenza, nell'arco di 12 mesi, di ***4 e più di questi criteri anziché 5***.

Il DSM V propone, poi, delle **specificazioni** circa:

- la **GRAVITA'** – che viene definita

LIEVE con un riscontro di **4 o 5 criteri**;

MODERATA con un riscontro di **6 o 7 criteri**;

GRAVE con un riscontro di **8 o 9 criteri**.

- Il **DECORSO** – che viene definito

EPISODICO, quando la presenza dei criteri diagnostici è verificata in più occasioni, ma con **attenuazione sintomatologica che duri almeno alcuni mesi** tra i periodi di disturbo da gioco d'azzardo;

PERSISTENTE, in cui c'è **persistenza continua** dei sintomi e criteri diagnostici soddisfatti per un periodo di diversi anni.

- La **REMISSIONE** – che viene definita

PRECOCE, quando non si ha nessun riscontro di criteri diagnostici per il disturbo da gioco d'azzardo **per un periodo di almeno 3 mesi**, e meno di 12 mesi, **dopo** che i criteri diagnostici sono stati soddisfatti;

PROLUNGATA, quando nessun criterio viene più riscontrato **per un periodo di 12 mesi o più**.

I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

In termini di sistemi assistenziali, i criteri per le prestazioni che è necessario erogare per la cura e la riabilitazione dei pazienti affetti da gioco d'azzardo patologico sono previsti nel **Decreto – legge del 13 settembre 2012 n. 158 (Decreto Balduzzi)** recante “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”. Di fatto, però, tali criteri non sono stati ancora definiti e, quindi, le prestazioni non sono ancora inserite nei LEA.

Attualmente, è stato previsto dalla nuova legislazione, su proposta del Ministero della Salute e del Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, l'inserimento di specifici LEA per il gioco d'azzardo patologico, che dovrebbero essere rapidamente definiti, approvati ed acquisiti dalle Regioni. Quindi, inserire la diagnosi precoce e la cura del Gioco d'Azzardo Patologico nei LEA è adesso obbligo di legge doveroso e non più procrastinabile.

Il Dipartimento Politiche Antidroga ha messo a punto una proposta di possibili Livelli Essenziali di Assistenza per il Gioco d'Azzardo problematico e patologico, che riportiamo qui di seguito:

1. Diagnosi precoce dei comportamenti a rischio e dei fattori di vulnerabilità dei giocatori d'azzardo;
2. Assessment iniziale multidisciplinare (medico, psicologico, sociale, educativo, legale) dei pazienti con GAP e successiva diagnosi specialistica (mediante strumenti standard e tecniche validate);
3. Diagnosi delle patologie eventualmente correlate (psicologiche, psichiatriche, internistiche);
4. Supporto generale mediante colloqui di counseling motivazionale;
5. Terapie cognitivo-comportamentali individuali e/o di gruppo in associazione con interventi di auto aiuto;
6. Trattamenti farmacologici specialistici per le comorbilità associate;
7. Supporto di counseling alla famiglia;
8. Diagnosi e trattamenti per la dipendenza da sostanze stupefacenti e da alcol,
9. Interventi specifici per la prevenzione e gestione delle recidive;
10. Interventi specifici per la valutazione e la prevenzione del rischio suicidario.

QUALCHE CONSIDERAZIONE

DALLA PRATICA CLINICA nel Ser.T. di Chieti

Negli anni recenti nel nostro Servizio c'è stato un aumento improvviso ed esponenziale delle richieste di aiuto per dipendenza da Gioco d'Azzardo. Nella nostra pratica clinica abbiamo cominciato ad incontrare e confrontarci con l'utenza che presenta questo specifico comportamento di addiction a partire dalla fine dell'anno 2009, periodo in cui è avvenuta la presa in carico del primo gambler.

Attualmente partecipiamo al Progetto Nazionale, promosso dal Dipartimento Politiche Antidroga, per l'attivazione di strategie e per lo studio e la preparazione di linee di indirizzo tecnico-scientifiche, coordinate e finalizzate alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione dei pazienti affetti da dipendenza da Gioco d'Azzardo e per il dimensionamento ed il monitoraggio del fenomeno.

Dal mese di novembre 2009 al mese di luglio 2013 sono stati presi in carico complessivamente **51 gamblers**.

È importante sottolineare come i giocatori patologici, rispetto ai dipendenti da sostanze stupefacenti, mettano in atto con frequenza molto maggiore meccanismi di negazione; infatti, quasi nel 75% dei casi l'accesso al Servizio ed alla cura non avviene spontaneamente e volontariamente, ma tramite uno o più familiari che fanno pressione sul giocatore patologico e per primi prendono contatto con il Servizio.

Rispetto al **SESSO** la nostra utenza è per la **stragrande maggioranza maschile (circa l'80%)**. Questo dato è in conformità con quello nazionale, che indica che il **67% dei giocatori patologici è di sesso maschile**.

Ciò significa che **essere di sesso femminile** rappresenta un **fattore di resilienza** rispetto allo sviluppo di una patologia di Gioco d'Azzardo.

Nell'esperienza del nostro Servizio la **differenza di genere** si riflette nell'espressione anche di **ALTRI FATTORI INDIVIDUALI** che sono collegati allo sviluppo di un comportamento di Gioco d'Azzardo Patologico, come, in particolare, i fattori: **età, temperamento e carattere, social conformity** e la **capacità di gestire il denaro**.

ETA' - La **totalità della nostra utenza è adulta**, supera, cioè, i trent'anni di età; la concentrazione maggiore è tra **i 30 e i 50 anni**; più della metà dei pazienti ultrasessantenni sono di **sesso femminile**.

Questo perché **le donne** cominciano a giocare **più tardivamente** rispetto agli uomini e ricercano aiuto più precocemente rispetto all'inizio della patologia (i dati del nostro Servizio sono in accordo con quelli nazionali); invece, nell'anamnesi della maggior parte dei **pazienti di sesso maschile**, si trova un **contatto con il gioco d'azzardo in età molto precoce** (13/14 anni).

TEMPERAMENTO E CARATTERE - le donne, rispetto agli uomini, hanno in genere un temperamento **harm avoidance** (tendono, cioè, ad evitare il pericolo), sono piuttosto **conformiste e si adeguano al ruolo sociale loro richiesto** e questo, oltre a proteggerle rispetto allo sviluppo della dipendenza da Gioco d'Azzardo, determina un **atteggiamento diverso** anche nel periodo della malattia: esse, cioè, **sono preoccupate sempre** (anche mentre sono dipendenti dal gioco) per le possibili conseguenze delle loro azioni, sono apprensive, sensibili alle critiche e alle punizioni.

RAPPORTO CON IL DENARO – le nostre pazienti donne, in genere, rispetto agli uomini, sono riuscite, fino al momento in cui hanno cominciato a giocare, a gestire con oculatezza il denaro e l'economia familiare, di cui spesso sono responsabili.

Complessivamente nelle *donne* il Gioco d’Azzardo Patologico appare come **l’ultimo di una serie di sintomi di disagio più o meno profondo, che non sono stati mai decodificati come tali o ai quali non è stato attribuito il giusto significato e peso.**

Nella pratica del nostro lavoro *non riusciamo* ad avere una stima sulla diffusione del Gioco d’Azzardo tra i *giovani* del nostro territorio.

Può sorgere spontanea la domanda: come mai i giovani non si rivolgono al Servizio, visto che, a livello nazionale, ci sono dati allarmanti sulla diffusione del Gioco d’Azzardo Patologico (e dipendenza da Internet) anche nella fascia d’età adolescenziale?

Il problema è sottovalutato da loro stessi e dai genitori?

Manca la spinta costituita da forti situazioni di indebitamento?

L’immagine dei Servizi è un deterrente?

Nella nostra utenza abbiamo rilevato **un’uscita precoce dai circuiti scolastici**, elemento che può essere individuato come fattore di rischio per lo sviluppo della patologia. Infatti, oltre il 70% dei pazienti ha una **scolarità medio bassa** (diploma di scuola secondaria inferiore, qualifica professionale, licenza elementare).

Anche in questo caso, potremmo chiederci a cosa è collegato un accesso così limitato delle persone più istruite al Servizio. È ovvio che ad una maggiore istruzione corrisponde una maggiore consapevolezza, una maggiore capacità di autocontrollo e di coping, una maggiore assertività ed autostima. **MA** la maggiore istruzione corrisponde, in genere, anche a posizioni professionali più elevate, quindi ad una maggiore disponibilità economica e ad una maggiore visibilità, per cui la malattia è più “gestibile” e l’accesso ai Servizi diventa più “problematico”.

Un ruolo **IMPORTANTE** come fattore di rischio è rivestito anche dalle **patologie psichiatriche**.

Le **sindromi cliniche di Asse I** prevalenti tra i nostri pazienti sono: la **Distimia** e il **Disturbo d’Ansia**. Diversi Autori hanno ipotizzato che il Gioco d’Azzardo Patologico possa rappresentare il **tentativo di ridurre, bloccare o evitare stati mentali negativi, depressione o ansia**. Le persone che fanno **giochi a bassa abilità** mirano a **focalizzare l’attenzione** e a **produrre una sorta di dissociazione**, mentre quelle che fanno **giochi a maggiore abilità** tendono a **vincere** e a **controllare gli stati di disforia**.

Per quanto riguarda i **fattori di rischio a livello familiare**, dobbiamo distinguere tra le condizioni presenti nella famiglia d’origine e quelle che caratterizzano la famiglia

acquisita, visto che, più della metà della nostra utenza, è sposata. Stiamo rilevando, attraverso la raccolta anamnestica, quanto segue:

- **Condizione di povertà nella famiglia d'origine**, che il paziente ha vissuto fin da piccolo (per cui è stato anche costretto, ad esempio, ad interrompere gli studi) SVILUPPANDO UNA FORTE FAME DI SOLDI (ed è questa una delle leve su cui va ad agire l'attuale alta disponibilità di gioco d'azzardo sul territorio);
- per le **donne** nella **famiglia d'origine** ci sono spesso *relazioni e vissuti* particolarmente *difficili e penalizzanti*, a cui si aggiunge l'impossibilità/incapacità di **sottrarsi** o **ribellarsi** ad un destino deciso dagli altri (mi riferisco in particolare alle pazienti più anziane).

Rispetto alla **famiglia acquisita**, possiamo dire che le *difficoltà coniugali* rappresentano sia una causa sia un effetto della dipendenza da Gioco d'Azzardo; infatti, molto spesso il comportamento di gioco d'azzardo patologico si instaura o si aggrava in concomitanza con il matrimonio; d'altra parte, ha delle conseguenze estremamente negative sull'intero sistema familiare sia a livello relazionale sia a livello economico:

per gli **uomini**, *due* sono i momenti di *forte stress*, che possono essere "scatenanti": il matrimonio in sé e per sé con l'inizio della convivenza (alcuni pazienti, ad esempio, hanno iniziato a sviluppare la dipendenza proprio durante il viaggio di nozze, frequentando con la moglie i casinò); la nascita dei figli, con sentimenti di abbandono, vuoto, esclusione dalla coppia madre/bambino.

Le donne, spesso, si sono ritrovate a perpetuare nella famiglia acquisita le stesse dinamiche disfunzionali vissute nella famiglia d'origine, rimanendo sempre in una posizione di inferiorità e di soggezione e di mancata (o parziale) realizzazione personale. Per cui arrivano al gioco con il *fardello* di decenni di **frustrazione** e di **insoddisfazione coniugale**, dovute soprattutto al mancato riconoscimento, da parte del coniuge, dei loro bisogni, sia affettivi sia esistenziali.

Un'ultima osservazione riguarda la *comorbidità per Dipendenza da sostanze stupefacenti*: i nostri dati si discostano notevolmente da quelli presenti in letteratura, che sottolineano una marcata frequenza di associazione tra le due forme di dipendenza (ricordiamo che mancano, comunque, dati precisi). Finora, tra i nostri pazienti, abbiamo riscontrato solamente **5 casi di comorbidità per Dipendenza da sostanze stupefacenti**.

