

Gioco d'azzardo e salute pubblica

L'APPROCCIO CHE INQUADRA IL GIOCO D'AZZARDO COME QUESTIONE DI SALUTE PUBBLICA CONSENTE L'ANALISI DI COSTI E BENEFICI, COGLIENDO A TUTTO CAMPO L'IMPATTO ECONOMICO E SOCIALE DI TALE ATTIVITÀ, FAVORENDO UN DIBATTITO "ALLARGATO" AI VARI ASPETTI DEL GAMBLING E ALLA SUA COMPLESSITÀ, E IDENTIFICANDO STRATEGIE DI INTERVENTO A PIÙ LIVELLI.¹

Daniela Capitanucci *

Psicologa psicoterapeuta
Presidente Associazione And,
Azzardo e nuove dipendenze

Sviscerare il tema della prevenzione in materia di dipendenze in generale non è facile. Numerosi studiosi in tutto il mondo si sono dedicati ampiamente al tema, spesso non riuscendo a trovare soluzioni definitive, e nella migliore delle ipotesi stilando modelli da testare e modificare in base alle evidenze empiriche raccolte. In ambito di gioco d'azzardo e di gioco d'azzardo eccessivo la questione è ancor più spinosa dal momento che ne è ancora totalmente assente un'univoca e più generale definizione.

Complica ulteriormente il fatto che non si stia tenendo affatto in conto delle esperienze maturate all'estero (dove l'introduzione di forme legalizzate di gioco d'azzardo ha più storia che da noi) e dove dunque vi è già un ricco patrimonio di preziose indicazioni pragmatiche che potrebbero essere seguite.

Affronteremo dunque l'argomento "prevenzione al Gap (gioco d'azzardo patologico)" evidenziando il problema della necessità di dotarsi quanto prima di un inquadramento *evidence-based* e condiviso del problema.

L'IMPORTANZA DEL CONTESTO DI INQUADRAMENTO

Le persone da sempre giocano d'azzardo e quest'attività è stata nel tempo inquadrata in contesti diversi. In America per tutta la prima metà del XX secolo, la maggior parte dei giochi d'azzardo era illegale e le possibilità di gioco legale erano abbastanza limitate. Anche in Italia sino a tempi recenti, a parte le lotterie ed i concorsi direttamente gestiti dallo Stato, ed eccezione fatta per i 4 casinò che operano sul territorio nazionale in virtù di un regio decreto dell'inizio del '900, il gioco d'az-

zardo è stata attività classificata tra quelle illegali (Romani, 2001).

Nell'ultimo decennio però ovunque, non solo oltre oceano ma anche in Italia, si è assistito ad una espansione senza precedenti del gioco d'azzardo legalizzato e possiamo ritenere che sia cambiata la cornice politica in cui esso è stato inserito. Si può pensare infatti che la forza motrice primaria di questa esplosione risieda nel bisogno economico e fiscale degli stati che hanno incentivato, più o meno esplicitamente, questo processo di legalizzazione (Fiasco, 2001): da noi ne sono esempio la recente introduzione delle sale da Bingo o la imminente legalizzazione prevista dall'attuale legge finanziaria di apparecchi elettronici ubicati nei bar e locali pubblici, in sostituzione dei meno regolamentati *videopoker*, che dal 2004 potranno erogare vincite in denaro, legalizzando di fatto l'azzardo sotto casa.

Conseguentemente, il *gambling* solo recentemente è divenuto tema "sociale" e probabilmente anche per questo ci troviamo di fronte ad una frammentazione dei paradigmi di inquadramento che non facilita la predisposizione di interventi preventivi e di trattamento.

LA SALUTE PUBBLICA: UN CONCETTO PIÙ GENERALE

La sistematizzazione del concetto di gioco eccessivo si è snodata a partire dagli anni '50 fino al suo culmine negli anni '80 (anche se a tutt'oggi la materia è ancora allo studio e tutt'altro che definita).

Nel 1949 è stato avviato il primo gruppo di auto aiuto dei Gamblers Anonymous negli Stati Uniti; nel 1972 Custer (1984) ha per primo classificato

la sindrome medica del "gioco compulsivo"; nel 1980 il gioco d'azzardo patologico è stato inserito per la prima volta nel Dsm-III tra i disturbi del controllo degli impulsi, nel 1987 è stato predisposto il primo strumento diagnostico atto a rilevare la prevalenza dell'affezione (il Sogs a cura di Lesieur e Blume) e sempre più da allora si è andata affermando una prospettiva sanitaria per inquadrare i problemi di gioco d'azzardo. Parallelamente cresceva una diffusa attenzione per le cosiddette "politiche di salute pubblica", fondamentale concetto maturato in quegli anni.

Nel 1984 l'Oms aveva definito la "salute" con un significato più ampio ed articolato del mero "benessere fisico". La salute da quel momento non è più solo "presenza" o "assenza" di malattia, ma "benessere psico-socio sanitario" in senso allargato. I fattori che concorrono a determinare lo stato di salute secondo il Federal Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health (1994, riportato da Korn et al., 2003) tra gli altri sono, oltre al patrimonio genetico e biologico, anche l'ambiente di vita, il reddito e lo status sociale, la presenza di reti di supporto sociale, i servizi sanitari disponibili, il livello di istruzione, l'occupazione e le condizioni di lavoro, le pratiche atte a mantenere la propria salute fisica, le capacità adattive, il sano sviluppo infantile. Wilkinson e Marmot (1998) hanno proposto un'integrazione "europea" aggiungendo la presenza di disomogeneità sociali e di dipendenze.

Questa nuova definizione fa sì che, da quel momento, occuparsi di salute non è più compito esclusivo di medici e ospedali, ma di ciascun cittadino per quanto di sua competenza.

L'introduzione del paradigma della salute pubblica rimanda dunque al fatto che le iniziative politiche in ogni settore (non solo prettamente sanitario) hanno anche il compito di promuovere sempre e comunque condizioni generali al sostegno della salute stessa, e ancor più le misure di politica sanitaria pubblica debbono avere in quest'ottica lo scopo di prevenire, eliminare o controllare la diffusione e insorgenza delle malattie, disabilità o morte in una determinata popolazione.

MOLTEPLICITÀ DI MODELLI DI INQUADRAMENTO DEL GIOCO D'AZZARDO E UTILITÀ DELLA CORNICE DI SALUTE PUBBLICA

Di seguito, riprenderò ancora brevemente il mirabile lavoro di sintesi operato da Korn et al. (2003) per descrivere alcune cornici concettuali utilizzate in riferimento al gambling nei contesti

occidentali. Esse non hanno la pretesa di essere esaustive, ma servono solo da esemplificare come differenti interpretazioni abbiano risvolti concreti nella possibilità di attuare alcune politiche sociosanitarie piuttosto che altre. Il gioco d'azzardo dunque può essere considerato:

- una questione di libertà individuale; a parte una legittima preoccupazione sociale in merito alla criminalità ad esso collegata, e alla tutela dei minori, secondo i sostenitori di questo approccio lo Stato non dovrebbe interferire in alcun modo per restringere la possibilità dei cittadini di usare il loro denaro per tale fine;
- una legittima forma di intrattenimento, un'attività ricreativa;
- un'importante fonte di proventi per lo Stato, una sorta di tassa volontaria, che proprio perché "volontariamente" pagata da chi gioca, è poco invida agli occhi di tutti gli altri cittadini;
- un importante strumento economico per lo sviluppo di un paese: si ritiene che sia in grado di fare aumentare occupazione e turismo nelle zone dove è lecitamente organizzato;
- un comportamento tradizionale proprio di alcune culture, e non deve riguardare la collettività;
- un problema individuale (e non sociale), quando diviene eccessivo, e pertanto deve essere trattato con il modello medico, alla stregua degli altri disturbi mentali;
- come il modo più facile (talvolta il solo) per passare da una classe sociale all'altra, nell'idea di poter attraverso di esso sfuggire dalle classi sociali più basse, muovendosi verso la classe dei ricchi;

• in un'ottica di salute pubblica e di pubblica responsabilità: secondo questo approccio, vi è una responsabilità dei leader politici nell'informarsi e tenersi aggiornati sui costi e sui benefici del gambling in senso allargato e complessivo, e promuovere azioni in conseguenza.

La scelta di una cornice piuttosto che un'altra si rivela anche attraverso l'analisi dei termini che vengono utilizzati per riferirvisi.

I critici tendono a parlare del gambling in termini etici e moralistici, definendolo "improduttivo", "frivolo", e persino "vizioso". Questa terminologia esclude di poter affrontare l'argomento mettendo l'enfasi sui costi sociali, o sulle possibilità di cura.

I professionisti sanitari usano termini che implicano una psicopatologia ed un comportamento maladattivo (quali ad esempio, "compulsivo", "additivo", "disturbato", "patologico").

I fattori del gioco d'azzardo sovente

utilizzano la sola parola "gioco" (omettendo la specifica "d'azzardo"), sottolineando così l'essenza del divertimento e del carattere ricreativo, concentrandosi sulla creazione di posti di lavoro, e sui conseguenti benefici economici ed incremento della ricchezza nella comunità locale.²

Molti governi e molti gestori di giochi parleranno di "gioco d'azzardo responsabile". Purtroppo per ora ciò accade ancora solo all'estero,³ perché in Italia non sembra a tutt'oggi essersi avviata questa tendenza socio-politica-economica, né parrebbe essersi sviluppata nemmeno la minima sensibilità circa la necessità di una "prevenzione-partecipata" tra gestori e promotori e tecnici della materia, circa il gioco eccessivo.

Questa nozione va comunque ben chiarita perché altrimenti rischia di avere connotazioni morali e può risultare ambigua. L'uso del termine "gioco responsabile" infatti, può significare sia la scelta informata che compie il giocatore rispetto al gioco, a conoscenza dei rischi connessi, e gli sforzi preventivi condotti dai gestori (l'accezione del termine auspicabile) sia, subdolamente, può scaricare la responsabilità dei problemi di gioco sugli individui che lottano contro i loro impulsi (è a loro che spetta, dopo tutto, di giocare responsabilmente!).

La terminologia prediletta in una cornice di salute pubblica è quella che parla di "problemi di gioco": con essa verrà enfatizzato l'ampio spettro dei comportamenti di gioco, dando spazio anche alla prevenzione e alla riduzione del danno, e si intenderanno tutti quei comportamenti di gioco d'azzardo che compromettono, danneggiano o distruggono le proprie mete personali, familiari e lavorative e che comportano conseguenze negative (di lieve, moderata o grave entità).

La scelta di una cornice piuttosto che un'altra inoltre, come si diceva poc'anzi, determinerà anche le reali possibilità di azione e l'orientamento possibile nel dibattito pubblico.

Se, ad esempio, il gioco d'azzardo è visto come una forma di tassazione volontaria attraverso la quale lo Stato supporta programmi sociali, il settore non profit o l'arte, il dibattito avrà una piega diversa che se si ritiene il gambling una forma di patologia: anche le strategie politiche conseguenti un approccio o l'altro saranno diverse.

Alcune cornici di inquadramento danno più spazi di manovra di altre per avviare politiche sociali pubbliche specifiche. Ad esempio, se si vede il gioco d'azzardo come una legittima forma di divertimento, lo spazio per

avviare politiche sociali sarà limitato. Alcune cornici metteranno in evidenza i benefici economici; altre metteranno in luce i costi sociali.

Va detto che nessuna di queste cornici è "campata per aria", e tutte godono comunque in varia misura di sostegno culturale, economico, politico e sociale.

Il gioco d'azzardo visto come divertimento ed esercizio della propria libertà personale è sostenuto esplicitamente dall'industria del gioco; l'accesso facilitato alla "ricchezza per tutti" è sostenuto dal sistema lotto, lotterie ed affini; amene località di villeggiatura richiedono la possibilità di aprire nuovi casinò per aumentare lo sviluppo economico locale attraverso l'incremento del turismo e dell'occupazione.

Queste cornici competono tra loro per affermarsi e vari sono i fattori che influenzano l'esito finale di questa competizione. I *mass media* sono uno di questi fattori: possono scegliere di presentare l'aspetto "spettacolare" di un suicidio per debiti di gioco, sottolineando la sofferenza individuale e sociale causata dal gambling, e contribuendo a contrastare una diffusa idea nell'opinione pubblica che il gioco sia solo una innocua forma di passatempo; oppure possono soffermarsi sui benefici economici e sociali di tale attività, favorendo la costruzione di un'immagine positiva che il gioco rappresenti un'opportunità di sviluppo.

L'approccio che inquadra il gioco d'azzardo come questione di salute pubblica è secondo il parere di chi scrive il migliore auspicabile tra quelli presentati, in quanto consente di guardare il problema con lenti diverse, analizzandone sia i costi che i benefici, cogliendo

Note

* capitand@tin.it.

1 Relazione parzialmente presentata il 12.09.03 a Bolzano in occasione del Convegno "Modelli di intervento per il gioco d'azzardo patologico", organizzato dalla Siipac, Società italiana di intervento sulle patologie compulsive. L'impianto di base della presente esposizione riprende in parte l'articolo di Korn D., Gibbins R., Azmier J. (2003), "Framing Public Policy Towards a Public Health Paradigm for Gambling", *Journal of Gambling Studies*, 235-256.

2 A questo riguardo, è interessante notare la proposta di legge elaborata dalla Commissione Attività produttive della Camera nell'estate 2003 per l'apertura di Parchi urbani del divertimento, un nuovo modello di casinò, in cui tavoli verdi e slot-machine si mischieranno a discoteche, bar, cinema, teatri e ristoranti. Nei nove articoli la parola "casinò" non viene mai utilizzata, giacché si parla appunto di parchi urbani del divertimento, strutture in cui si svolge in modo non prevalente il gioco d'azzardo. Ancor più interessante è confrontare questa proposta di legge con i regolamenti in vigore in Australia dove è espressamente vietato mescolare giochi d'azzardo ad attività ricreative nella consapevolezza che in tal modo si abbassa la soglia di accesso a questo tipo di attività, "catturando" una clientela che di per sé probabilmente non si recherebbe in un luogo esclusivamente dedicato alla pratica del gioco d'azzardo, e amplificando senza possibilità di controllo il rischio di casi di gioco patologico.

3 Usa, Australia, Canada, Svizzera e Olanda.

a tutto campo l'impatto economico e sociale di tale attività, favorendo un dibattito politico pubblico "allargato" ai vari aspetti del gambling e alla sua complessità, e identificando strategie di intervento a più livelli.

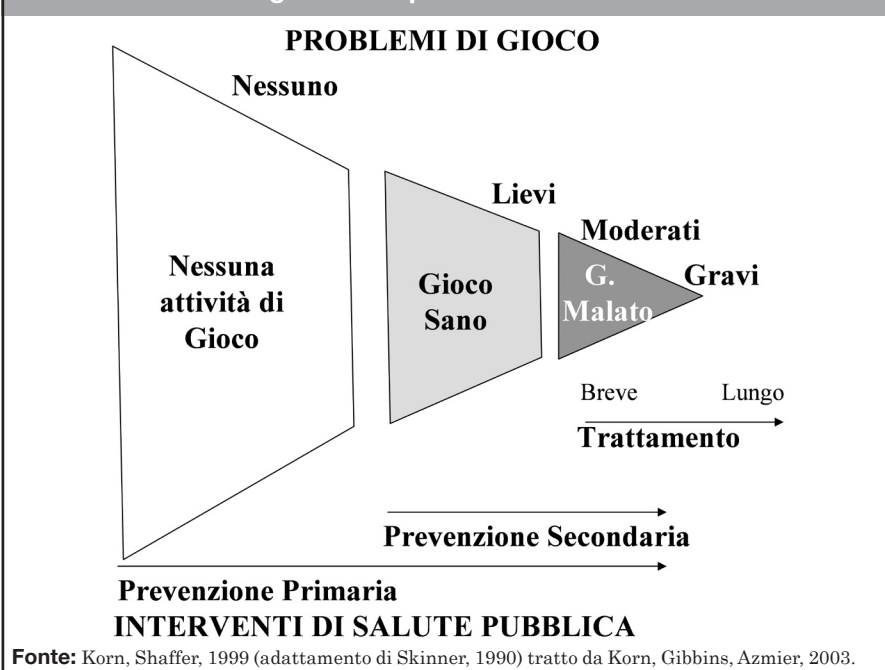
Per collegare appropriati interventi di salute pubblica ai problemi di gioco, Korn e Shaffer (1999) hanno modificato un precedente schema messo a punto da Skinner nel 1990 in relazione all'alcol (tavola 1).

In questo schema, che incorpora il nuovo concetto di salute secondo la definizione dell'Oms, il "gioco d'azzardo sano" è stato separato dal "gioco d'azzardo malato". Il primo, si riferisce alla situazione in cui chi gioca è consapevole delle reali possibilità/probabilità di vincita, vive un'esperienza gradevole in contesti a basso rischio e azzarda puntate sostenibili economicamente. Il gioco d'azzardo sano così descritto sostiene o potenzia lo stato di benessere del giocatore. Il "gioco d'azzardo malato" invece si riferisce ai vari livelli di problematicità al gioco, in cui una o più delle condizioni sopra esposte vengono meno (sovrastima delle proprie possibilità di vincita, esperienza che perde la connotazione di piacere e che anzi diviene fonte di ansia, depressione e panico, elevazione delle puntate oltre le proprie disponibilità) minacciando l'equilibrio del giocatore. Quest'ottica consente di prendere in considerazione l'intero spettro dei comportamenti sia sani che malati espressi dalla popolazione, abbinandoli ad una vasta gamma di interventi (che vanno da quelli preventivi, a quelli di riduzione del danno e di trattamento) che si snodano lungo un continuum in parallelo ai problemi di gioco.

Gli interventi di salute pubblica dunque si possono riassumere con le azioni di prevenzione primaria, secondaria e terziaria descritte da Caplan (1979).

La prevenzione primaria è finalizzata a impedire l'emergere di malattie e situazioni sociali deleterie per l'equilibrio psicologico e le condizioni sociali dell'individuo. Si attua o in assenza di gioco d'azzardo o in presenza di gioco sano. Per citare Lavanco (2001), fare prevenzione primaria nel gioco d'azzardo significa creare le condizioni psichiche e sociali in cui nessuno senta il bisogno di fare ricorso al gioco patologico. Concretamente, si deve lavorare per favorire la comprensione esatta delle proprie possibilità di vincita (evitando suggestioni illusorie di facili guadagni, neppure tramite i *media*⁴). Si deve allertare la clientela sugli elementi che stimolano la compulsione (velocità, facilità, possibilità di ripetizione delle giocate, illusione di controllo, ecc.),

TAVOLA 1 Gambling e salute pubblica



monitorando tali indicatori specifici per legge tra i produttori e gli esercenti dei giochi (approntando ad esempio macchinette *slot-machine* o videopoker normate anche sotto questo profilo). Si debbono infine prevedere misure di tutela nel caso di evidente scollamento tra le proprie disponibilità economiche e il denaro investito al gioco.⁵

La prevenzione secondaria riguarda gli interventi rivolti alla cura precoce dell'individuo, in seguito ad una diagnosi tempestiva ai primi segnali di disagio. Si attua all'inizio del gioco malato.

La prevenzione terziaria riguarda gli interventi tesi a impedire il progredire di una malattia conclamata (sono identificabili con il trattamento, azioni di cura e riabilitazione). Si attuano in presenza di gioco malato.

In altre parole, aderire a un'ottica di salute pubblica in relazione al gambling, significa affermare il principio che, in una società che consente il gioco d'azzardo, deve essere una priorità anche assicurare la prevenzione dei problemi gambling-correlati, destinando adeguate risorse tese a finanziare iniziative di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, adottando nei confronti del gioco d'azzardo un'ottica di promozione e tutela della salute mentale, stimolando la responsabilità personale e sociale in relazione alle pratiche e alle politiche di gambling.

Infatti, se si vuole evitare di pagare costi sociali assai elevati nel medio periodo, non è utile continuare a mantenere separati costi e benefici derivanti dall'introduzione di attività di gioco d'azzardo.

Più nello specifico, andranno urgentemente elaborate strategie di

prevenzione dei problemi correlati al gioco eccessivo nei soggetti e nei gruppi di popolazione a rischio di dipendenza, azioni protettive nei confronti di questi gruppi vulnerabili, promuovendo nei soggetti potenzialmente a rischio e nella comunità più in generale, atteggiamenti, comportamenti e politiche nei confronti dei giocatori d'azzardo basati su informazioni scientifiche.

IL VALORE STRATEGICO DELLA RICERCA

Un tema di salute pubblica va trattato basandosi su un solido inquadramento teorico e sulla ricerca condotta sia sugli aspetti "individuali" del gioco d'azzardo, sia su quelli relativi all'esplorazione del contesto, dell'epidemiologia e delle sue caratteristiche sociali.

Essa può giocare un ruolo importante e persino decisivo nell'indurre un cambiamento di approccio in relazione a un tema sociosanitario nell'opinione pubblica e politica.

Alcuni casi del passato (il consumo di tabacco e il fumo passivo; l'epidemiologia dell'Aids) possono fornircene adeguato esempio.

Gli sforzi compiuti per debellare il fumo di sigarette hanno avuto poco successo fintanto che l'uso del tabacco è stato considerato come una questione di scelta individuale e fintanto che si è rimasti convinti che le conseguenze negative riguardassero solo i fumatori. Quando la ricerca ha mostrato gli effetti indiretti del fumo (fumo passivo, fumo in gravidanza) e la correlazione con i rischi sanitari anche per i non-fumatori, gli oppositori hanno potuto inquadrare il fumo in una cornice di salute pubblica

dal momento che esso incideva su tutti i cittadini (e non più soltanto sui fumatori). Questa riclassificazione ha consentito divieti più aggressivi, che hanno portato anche a modifiche legislative importanti (si pensi, ad esempio, al divieto di fumare nei locali pubblici).

Inizialmente anche l'Aids è stato considerato un problema di salute individuale: la credenza diffusa era che l'incidenza di questa malattia era ristretta a particolari soggetti "a rischio" (gli omosessuali e gli utilizzatori di droghe per via endovenosa) e pertanto non toccava in alcun modo la popolazione in generale. La ricerca dimostrò velocemente che il pericolo andava ben oltre le popolazioni "ad alto rischio" inizialmente identificate, andando a toccare anche i bambini e le donne, e ciò condusse ad inquadrarlo in un più generale problema di salute pubblica. Un massiccio utilizzo dei media e un cambio drastico nella comunicazione relativa al tema fecero sì che anche nella popolazione generale avvenne velocemente un radicale cambio di prospettiva.

Il filone di ricerca nel settore del gioco d'azzardo è relativamente giovane ed ha avuto una rapida accelerazione negli ultimi vent'anni. Una recente rassegna condotta dalla Division on Addictions della Harvard Medical School (Shaffer et al., 1999) ha riscontrato in letteratura 152 studi di prevalenza condotti fino al 1997, il 50% dei quali effettuati negli ultimi cinque anni.

Le numerose seguenti acquisizioni sono ormai considerate assodate.

Purtroppo tutti i dati qui riferiti sono stati dedotti da ricerche internazionali in quanto in Italia non è stata mai condotta una indagine epidemiologica *ad hoc*.

La prevalenza *lifetime* nella popolazione adulta è abbastanza contenuta (Dsm-IV, 1998), ma è persa in crescita nel tempo. La quota percentuale di giocatori patologici e problematici è stimabile per gli adulti nel 5.5%, raggiungendo anche il 14% tra gli adolescenti, e le caratteristiche socio-demografiche associate al rischio maggiore di ricadere in questo problema sono di essere maschi, giovani, con comorbidità psichiatrica o polidipendenza, oltre a una correlazione esistente tra l'accessibilità ai luoghi di gioco d'azzardo e la comparsa di problemi ad esso relativi.

È stata dimostrata anche l'esistenza di relazioni tra gioco d'azzardo e popolazioni "sensibili" quali i ceti meno abbienti, le donne, gli anziani e le famiglie dei giocatori, da tenere dunque sotto controllo.

Sono state studiate le relazioni tra il gambling e lo *status* socio-economico

degli individui coinvolti ed è stato dimostrato come il gambling sia una sorta di tassa volontaria regressiva che impatta in modo proporzionalmente maggiore sui gruppi sociali più a basso reddito: infatti, sebbene il tasso di partecipazione e di spesa al gioco d'azzardo aumenti all'aumentare del reddito, i ceti sociali più bassi dotati di minore reddito spendono proporzionalmente di più se messi a confronto con i ceti più alti (il 2,2% contro lo 0,5%) (Marshall, 1998, 2000).

Le donne sembrerebbero avere comportamenti diversi dagli uomini in merito al gioco d'azzardo. Come questi ultimi, hanno aumentato la loro partecipazione a giochi d'azzardo (passando dal 22% nel 1975 all'82% nel 1998); sembrano però prediligere altri giochi (*slot-machine*, bingo e videopoker, piuttosto che giochi da tavolo di casinò o scommesse sui cavalli); infine la ricerca ha evidenziato che le donne giocano più per sfuggire, ridurre la noia e alleviare la solitudine, piuttosto che per vincere, provare emozioni eccitanti e piacevoli, come gli uomini.

Il tema "anziani e gambling" è stato analizzato sia perché questa popolazione rappresenta una considerevole entità in crescita, sia perché la loro presenza era difficilmente tracciabile in modo sistematico sui luoghi di gioco. Sebbene siano considerati "bassi assuntori di rischio", la loro vulnerabilità al gioco d'azzardo potrebbe derivare da altri fattori: basse pensioni, isolamento sociale, salute progressivamente più precaria.

L'impatto del gioco d'azzardo sulle famiglie è particolarmente importante perché si ritiene che la famiglia sia la determinante centrale della salute e dello sviluppo degli individui e che abbia un'influenza fondamentale nel determinare lo stato di salute e le occasioni di sopravvivenza non solo per il nucleo ristretto, ma anche per la società in generale. Per questo motivo, l'esistenza di un problema di gambling in una famiglia non può rimanere confinato nelle sue pareti domestiche. La ricerca ha dunque dimostrato l'influenza che ha la presenza di un giocatore eccessivo in termini di peggioramento dello stato di salute e delle conseguenze sociali sui suoi congiunti (moglie, figli, genitori, fratelli).

Korn et al. (2003) segnalano alcune indicazioni di lacune e criticità in merito al tema della ricerca nel settore. Andrebbero condotte analisi in merito all'impatto socio-economico del gioco d'azzardo sulla società, dove esso è disponibile. Solo uno studio a tutt'oggi si è occupato di indagare questa importante relazione (Vaillancourt, Roy, 2000) cercando di quantificare l'influenza del gambling sul benessere globale della

comunità attraverso l'analisi di numerosi indicatori. Tra questi, i costi legati alla criminalità, quelli legati alla salute e ai trattamenti, quelli relativi alla perdita di occupazione di giocatori patologici (e conseguentemente al relativo minore introito fiscale), il decremento o la perdita del "benessere" per le famiglie del giocatore patologico.

A partire dalla necessità di monitorare e valutare l'impatto del gambling sulla qualità della vita delle persone, delle famiglie e della comunità intera (e non solo quella prossima al giocatore patologico), è necessario definire un set standard di terminologia condiviso dai vari attori in gioco (ancora molto vario, come si è visto in precedenza) come pure è necessario stabilire canali di comunicazione costante tra i ricercatori, i clinici, i politici, ed i gestori dell'industria del gioco (che oggi operano separatamente ognuno per sé).

Altri temi da indagare riguardano:

- la valutazione delle attività intraprese dai gestori (e lo Stato in prima linea) per assicurare un bilancio responsabile tra incoraggiare il gioco d'azzardo come forma di divertimento e proteggere il pubblico dai danni gambling-correlati;
- la predisposizione e valutazione delle strategie di riduzione del danno adottate;
- l'approfondimento per meglio comprendere la comorbidità tra gambling, abuso di sostanze e disturbi mentali;
- l'ampliamento della ricerca sulle cause del gioco patologico sia in relazione alle componenti psico-sociali che a quelle biomediche;
- la sistematizzazione di ricerche epidemiologiche sull'incidenza della pato-

Note

4 Ancora un confronto con l'estero a questo riguardo. Da noi ha imperato, e in modo anche piuttosto martellante, la campagna pubblicitaria del gioco del Lotto che in TV e alla radio proponeva lo slogan: "Lotto. Vincere è un gioco". Il casinò di Lugano, soggetto per la legge elvetica a doversi occupare di non dare messaggi illusori alla clientela, nello stesso periodo ha impostato la campagna promozionale prevista in concomitanza con la nuova apertura nel mese di novembre 2002 in modo decisamente meno aggressivo, totalmente svincolato dal fare leva sulle aspettative di vincite probabili, scegliendo immagini dei futuri dipendenti intenti a predisporre per uscire, e con lo slogan "Io mi sto preparando. E voi?". Una bella differenza, non c'è che dire!

5 Sempre dal confronto con l'estero, ancora la Svizzera, che è dotata di una buona legge, ci mostra come sia necessario che le occasioni di gioco non siano frammentate e difficilmente mappabili (tanti gestori differenti in luoghi diversi e con diverse regole e sensibilità sociali), ma vengano accorpate (nel caso elvetico, in casinò il cui numero e concessione è disposto dalla Confederazione in base a numerosi parametri, tra cui anche quello di dotarsi della Concezione Sociale a tutela del rischio di gioco eccessivo), per garantirne un miglior controllo e una migliore gestione. I giocatori eccessivi hanno la possibilità di richiedere direttamente ai casinò (che in rete tra loro automaticamente trasmettono in tutto il Paese la richiesta del cliente) un'auto-esclusione per essere impediti di accedere, senza dovere per questo essere segnalati in Polizia, cosa che invece in Italia rimane l'unico modo per essere banditi dall'ingresso, qualora percepiscano di avere passato il limite.

logia anche attraverso studi longitudinali per valutare la naturale evoluzione dei giocatori (con particolare attenzione all'influenza dei fattori neurobiologici, comportamentali e sociali);

- lo studio dei nuovi giochi tecnologici (che rappresentano le nuove frontiere dell'azzardo);

- la ricerca relativa al gioco d'azzardo su internet, forma di gioco abbordabile e articolata (casinò virtuali *off-shore*, scommesse sportive, giochi in borsa on-line) che appare in forte espansione (nel 1996 c'erano solo 15 cybercasinò, divenuti 700 nel 1999, con un'affluenza di 14 milioni di giocatori on-line e oltre un miliardo di dollari americani spesi!) e particolarmente rischiosa essendo a bassissima soglia di accesso: individui di ogni età con un modem e una carta di credito possono in qualsiasi momento accedere a occasioni di gioco d'azzardo, attraverso il proprio pc e nella privacy di casa o dall'ufficio;

- lo studio finalizzato a predisporre ed attivare buoni servizi di counselling on-line che potrebbero includere linee guida sul "gioco sano", strumenti auto somministrabili per misurare il proprio rischio di sviluppare problemi correlati al gioco d'azzardo eccessivo, indicazioni di "auto-gestione" per coloro che stanno sperimentando problemi col gioco, gruppi di discussione e forum, materiale bibliografico per operatori professionali ed occasioni on-line per approfondire la propria formazione; un sito web ben disegnato che risponde a questi criteri è www.gamecare.org.uk.

È comunque necessario produrre ricerca oggettiva e libera da preconcetti, operativa, e cioè capace di fornire risposte ai temi dibattuti pubblicamente, come pure è necessario divulgarne i risultati in modo comprensibile e chiaro per i politici ed il pubblico in generale attraverso l'uso dei media. In poche parole, allo scopo di impattare sulle politiche pubbliche la ricerca dovrebbe essere utile, facilmente comprensibile, rilevante, appropriata nel tempo ("al momento giusto") e concreta.

VANTAGGI E OSTACOLI DI UNA CONCETTUALIZZAZIONE DEL GAMBLING IN UNA CORNICE DI SALUTE PUBBLICA

Numerosi sono i lati positivi che deriverebbero dall'adozione di un simile inquadramento:

- Il gioco d'azzardo verrebbe analizzato da un più ampio punto di vista nella società (non solo focalizzato agli aspetti del gioco patologico).

- Verrebbero enfatizzati gli aspetti preventivi e la riduzione del danno (per diminuire le conseguenze negative dei

comportamenti di gioco d'azzardo)

- Si terrebbe conto non solo dei rischi che corre il giocatore, ma anche la qualità della vita delle famiglie e della comunità più in generale

- Verrebbe incoraggiato il costante monitoraggio dell'impatto sociale ed economico del gambling, riconoscendo sia i cambiamenti significativi che avvengono nei contesti sociali dove il gioco d'azzardo ha luogo, sia preoccupandosi di valutare l'impatto sulle fasce di popolazione più vulnerabili, marginali e a rischio

- Verrebbe riconosciuta l'esistenza sia di costi che di benefici associati al gambling e adottate le misure necessarie a bilanciare questi due parametri

Gli ostacoli alla sua diffusione sono principalmente di tre tipi.

Gli altri approcci oggi esistenti sono ancorati a solidi interessi e i loro sostenitori non si arrenderanno facilmente ad abbandonare il campo. Il gioco d'azzardo continuerà ad essere pubblicizzato dall'industria del gioco come forma di divertimento e legittima attività ricreativa, che nulla ha a che vedere con la "salute pubblica". La pubblicità del Lotto, Superenalotto, lotterie e schedine continuerà a promettere anche all'uomo della strada sogni miliardari, e lo Stato continuerà a difendere la legittimità di tali proventi allo scopo di finanziare l'arte, i monumenti e lo sport. In breve, la proposta di un approccio alternativo in cui la gente possa assistere ad un confronto dialettico tra posizioni differenti susciterà opposizioni.

In aggiunta, le cornici oggi esistenti sono profondamente radicate anche nell'opinione pubblica. Una recente ricerca condotta su 2.200 persone dalla Canada West Foundation (2000) ha mostrato come gli approcci basati sul diritto individuale di giocare, sullo sviluppo economico conseguente il gioco e sugli effetti positivi dei proventi ottenuti tramite le entrate fiscali dal gioco che consentono lo sgravio da altre tasse, sono molto più popolari che il modello di salute pubblica.⁶ Il dato allarmante di questo stato di cose non è tanto che vi sia una scarsa adesione al modello di salute pubblica per il gioco d'azzardo, quanto piuttosto è che poche persone sono consapevoli del fatto che vi sia comunque un impatto del gioco d'azzardo che va al di là della sfera del giocatore problematico.⁷ Ciò evidenzia la necessità di una rigorosa azione di "educazione pubblica" sul fenomeno.

L'ultimo ostacolo per l'affermarsi dell'approccio di salute pubblica in relazione al gambling risiede nella necessità di dotarsi come si diceva di metodologie scientifiche rigorose, pratiche e ben documentate per misurarne gli effetti positivi e negativi, da un punto di vista sia

economico che sociale. In assenza di un accordo sulla metodologia e sull'approccio adeguato a rilevare tale impatto, i dati derivanti dalla ricerca non potranno contribuire alla comprensione dell'effetto del gioco d'azzardo sulla salute dei cittadini.

CONCLUSIONI

Se la ricerca di comunità, affiancata e sostenuta da politici lungimiranti, non riuscirà a dirimere questo complesso argomento, sarà assai difficile trovare un linguaggio comune e di conseguenza approdare al modello di salute pubblica per il gioco d'azzardo.

In questa logica, ancor meno sarà possibile adottare interventi preventivi che abbiano valenza globale, condivisa tra cittadini, tecnici, ricercatori, politici e portatori del problema, e in ultima analisi sarà poco verosimile pensare di muoversi "universalmente" nella stessa direzione.

Facendo prevenzione in un contesto così ambiguo si rischia di dare messaggi a prescindere dal reale ma ignoto contesto di riferimento degli interlocutori, e pertanto si hanno elevate probabilità di attuare interventi inutili, quando non dannosi.

Note

6 In questo sondaggio, gli intervistati esprimevano di essere d'accordo o molto d'accordo con le seguenti affermazioni: "penso che le persone abbiano il diritto di giocare, nonostante le conseguenze" (63% degli intervistati), "preferisco che le tasse necessarie a risanare/aumentare il bilancio statale derivino dall'imposta sul gambling, piuttosto che dall'aumento di tasse 'ordinarie' a carico di tutti" (67%), "ritengo che vi sia un incremento nell'occupazione laddove sono presenti attività commerciali di gioco d'azzardo" (58%).

7 Un altro studio canadese, sempre riferito da Korn et al. (2003), evidenziava a tal proposito che solo il 33% degli intervistati esprimeva l'opinione che il gambling avesse qualche effetto, positivo o negativo, sulla comunità e solo l'11% riteneva esserne influenzato direttamente.

Bibliografia

American Psychiatric Association (1998), *Dsm IV - Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, 674-677.

American Psychiatric Association (1980), *Dsm III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Third Ed.), APA, Washington DC.

Canada West Foundation (2000), "CWF Research: voting on video-lottery terminals", *Western Landscapes*, 1(3), 5-7.

Caplan R. D. (1979), "Social support, person-environment fit and coping", in Furman L. F., Gordi J. (a cura di), *Mental health and economy*, Upjohn Institute for employment Research, Kalamazoo, 2000.

Custer R. (1984), "Profile of the pathological gambler", *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 35-38.

Dickerson M. G. (1993), *La Dipendenza da Gioco*. Gruppo Abele, Torino.

Federal Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health (1994), *Strategies for Population Health: investing in the health of Canadians*. Health Canada, Ottawa.

Fiasco M. (2001), "Aspetti sociologici, economici e rischio criminalità", in Croce M., Zerbetto R. (a cura di), *Il gioco e l'azzardo*, Angeli, Milano.

Guerreschi C., Gander S. (2000), "Versione italiana del South Oaks Gambling Screen (SOGS) di H. R. Lesieur e S. B. Blume", in Guerreschi C., *Giocati dal gioco. Quando il divertimento diventa una malattia: il gioco d'azzardo patologico*, San

Paolo, Milano.

Korn D., Gibbins R., Azmier J. (2003), "Framing Public Policy Towards a Public Health Paradigm for Gambling", *Journal of Gambling Studies*, 235-256.

Korn D. A., Shaffer H. J. (1999), "Gambling and the health of the public: Adopting a public health perspective", *Journal of Gambling Studies*, 15 (4), 289-365.

Lavanco G. (2001), *Psicologia del gioco d'azzardo*, McGraw-Hill, Milano.

Lesieur H. R., Blume S. B. (1987), "The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers", *American Journal of Psychiatry*, 144(9).

Marshall K. (1988), "The gambling industry: raising the stakes", *Perspectives on Labour and Income*, 10 (4), 7-11.

Marshall K. (2000), "Update on gambling", *Perspectives on Labour and Income*, 12 (1), 29-35.

Oms, World Health Organization (1984), *Report of the working group on the Concepts and principles of health Promotion*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Romani P. (2001), "Ipotesi legislative e contenimento delle attività illecite", in Croce M., Zerbetto R. (a cura di), *Il gioco e l'azzardo*, Angeli, Milano.

Shaffer H. J., Hall M. H., Vander Bilt J. (1999), "Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis", *American Journal of public health*, 89 (9), 1369-1376.

Skinner H. A. (1990), "Spectrum of drinkers and intervention opportunities", *Canadian Medical Association Journal*, 143, 1054-1059.

Vaillancourt F., Roy A. (2000), "Gambling and Governments in Canada, 1969-1988: How much? Who pays? What Payoff?", *Special studies in taxation and Public Finance No 2*, Canadian Tax Foundation, Toronto.

Wilkinson R., Marmot M. (a cura di) (1998), *Social Determinants on health: the solid facts*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

APPUNTAMENTI

La Divisione Amministrazioni Pubbliche, Sanità e Non Profit della SDA Bocconi, propone dall'11 al 14 maggio p.v. il corso *Progettare Servizi Sanitari Appropriati*. L'obiettivo del corso è orientato a sviluppare le competenze necessarie per:

- comprendere le dinamiche di scelta e i comportamenti dei fruitori dei servizi sanitari
- identificare le variabili più critiche nelle scelte di programmazione e definizione delle politiche di prodotto in sanità
- padroneggiare le logiche e le tecniche di intervento tipiche per orientare i processi di produzione e consumo
- conoscere e applicare correttamente gli strumenti del marketing operativo nel peculiare contesto sanitario
- definire realisticamente nuove formule di gestione e monitoraggio dell'offerta di salute.

Il corso è rivolto ai dirigenti e professionisti delle aziende sanitarie, pubbliche e private che si trovano direttamente coinvolti in processi di progettazione e/o gestione dell'offerta di servizi sanitari.

Per informazioni:

Divisione Amministrazioni Pubbliche, Sanità e Non Profit www.sdbocconi.it/dap/cs/003

tel. 02.5836.6884

e-mail: dap@sdbocconi.it

Hand in cap: le mani legate

"LE MANI LEGATE": L'IMMAGINE SOCIALE DEL PORTATORE DI HANDICAP; LA RESPONSABILITÀ DELLA CULTURA NEL DETERMINARE PROBLEMATICHE PSICOLOGICHE E LA RIPOSTA DELL'INTERVENTO TERAPEUTICO; ALCUNI TIPICI ATTEGGIAMENTI E COMPORTAMENTI CHE VENGONO MESSI IN ATTO QUANDO TRA GLI ATTORI IN GIOCO VI È UN PORTATORE DI HANDICAP.

Luciano Cirino *

Psicologo, psicoterapeuta in formazione

"Si può nuotare insieme in alto mare, o sprofondare nelle sabbie mobili, ma resto sempre ancorato, alla terra o al cielo, ho una liana robusta cui poter fare affidamento, e questo serve a me e a te."

Hand in cap, nome di un antico gioco d'azzardo con monete che si estraevano a sorte da un cappello, è l'origine della parola *handicap*, che è il tema che desidero affrontare nel seguente lavoro.

Le definizioni, cioè il significato delle parole che adoperiamo, dicono molto delle immagini della realtà che hanno le persone appartenenti alla cultura in cui tali parole circolano. Le parole contribuiscono a creare la realtà soggettiva e intersoggettiva, nel momento in cui i loro significati sono condivisi. Le definizioni danno una prima indicazione su ciò di cui si sta parlando, mettono dei confini, letteralmente, al campo d'interesse, aiutano pertanto a mettere a fuoco l'oggetto dell'attenzione.

Per questo la mia curiosità mi ha portato prima di tutto a consultare, alla voce "handicap", enciclopedie e vocabolari, strumenti largamente riconosciuti e utilizzati, creati appositamente per raccogliere definizioni. Ne riporto una in particolare che mi sembra le riassume tutte. *Handicap* è un termine sportivo che "indica la prova, la corsa o il concorso nei quali i concorrenti ricevono o cedono un vantaggio di tempo, di misura, di peso, di punti o di colpi (come ad es. nel golf), in modo da usufruire tutti, nonostante le differenze di valore individuale, di una possibilità uguale di successo". (*Enciclopedia universale Rizzoli-Larousse*, voce "Handicap").

Dunque la situazione in cui il termine prende corpo prevede un confronto tra partecipanti a una gara, una richiesta di *performance*, un conseguente risultato, cui viene dato un punteggio che pone i partecipanti stessi su una scala, che restituisce ad ognuno il proprio relativo valore personale, e dà al conquistatore del primo posto il titolo di vincitore, agli ultimi della lista (se non all'ultimo *tout court*) il titolo di perdenti.

Questa situazione, di derivazione sportiva, ha molte correlazioni con la vita quotidiana, nel momento in cui la stima di sé si basa su un confronto con gli altri, e il soggetto, invece di porre l'attenzione su se stesso e sulle proprie aspirazioni, sembra essere alle prese con una sorta di gara. È ormai consueto parlare e sentir parlare di efficienza, performance, produttività, arrivismo, manager, farsi strada, farsi da sé, lotta senza esclusione di colpi ecc. In tale contesto prendono corpo i fantasmi del vincitore e del perdente, della vittoria e della sconfitta, collegate a originarie paure di esclusione dal gioco e al conseguente sforzo di non rimanere ultimi. Tali fantasmi si collegano a quelli della fortuna e della sfortuna, come ricorda l'originario gioco dell'handicap: è la sorte, il caso a distribuire i "talenti" e ad assegnare così le probabilità di successo.

Chi non è in grado di star dentro tali parametri, in cui il fare è ritenuto più importante dell'essere, non è considerato adeguato rispetto alle attese e agli

Note

* Coordinatore responsabile di un Servizio di Formazione all'autonomia per disabili.

1 Nelle note a piè di pagina farò riferimento a possibili letture secondo l'Analisi transazionale, approccio teorico di derivazione psicoanalitica ma maggiormente orientato al versante relazionale, nato dal lavoro di Eric Berne negli anni '50.