

Il gioco d'azzardo nel territorio

IL GIOCO D'AZZARDO È PASSATO DA FENOMENO LIMITATO A UN'ELITE, A COINVOLGERE LARGHE FETTE DELLA POPOLAZIONE. VIENE QUI PRESENTATA UNA RICERCA EPIDEMIOLOGICA SUI COMPORTAMENTI DI GIOCO D'AZZARDO E SUL TASSO DI PREVALENZA DI GIOCO PATOLOGICO NELLA POPOLAZIONE ADULTA DELLA PROVINCIA DI PAVIA, CONDOTTA DALL'ASSOCIAZIONE ITACA ONLUS IN COLLABORAZIONE CON IL SER.T.

AA. VV.*

La crescente offerta di giochi d'azzardo legali, a cui si sta assistendo da alcuni anni in Italia come negli altri Paesi industrializzati, accanto alla pratica illegale e storicamente consolidata di altri giochi, ha reso più visibile il fatto che queste attività possono risultare nocive, stimolando dipendenza e perdita di controllo perlomeno in una percentuale non trascurabile di individui vulnerabili. Ma come accennato il gioco d'azzardo, in forme più o meno legali, è sempre esistito e la bramosia per il gioco e le conseguenze talvolta estreme che ne derivano sono state descritte anche in modo molto vivido ed ancora attuale, in quanto i meccanismi psichici operanti sono sempre gli stessi, in diverse opere letterarie, alcune delle quali sono state scritte oramai oltre cento anni fa (ad esempio, *Il giocatore* di Dostoevskij, oppure *Gioco all'alba* di Schnitzler). Quello che sta cambiando è la dimensione del problema, che è passato da fenomeno limitato a una élite di persone a fenomeno che, se per fortuna non si può considerare proprio "di massa", coinvolge comunque larghe fette della popolazione.

Questo allargamento del numero di potenziali giocatori è stato determinato da più fattori, come la notevole differenziazione dei giochi esistenti (in grado quindi di stimolare l'interesse di molti), la diffusione capillare dei luoghi ove giocare e una maggiore accessibilità degli stessi, sia in termini di modalità d'ingresso sia in relazione alle cifre necessarie da impegnare.

Si riscontra quindi un'evoluzione nell'offerta e nella pratica del gioco d'azzardo che ricorda quanto è avvenuto nel caso delle sostanze stupefacenti

che, perlomeno nel mondo occidentale, si sono trasformate da occasioni per esperienze particolari intraprese da personaggi singolari, a oggetto di consumo di massa. Allo stesso modo, i drammi che si consumavano attorno ai tavoli della roulette, nei saloni dei casinò di cento anni fa, si possono ritrovare ora, ad esempio, attorno ad assai meno "romantiche" macchinette mangiasoldi, nelle salette un poco appartate dei bar sotto casa o alle ricevitorie del lotto, all'inseguimento del numero ritardatario che farà cambiare la vita.

Questa non è certo l'unica similitudine tra l'uso/abuso di sostanze e l'uso/abuso del gioco d'azzardo; ve ne sono altre molto importanti a livello teorico che sono state indagate dalla letteratura specializzata e che saranno in questo articolo solamente ricordate in modo sintetico.

Si assiste dunque di questi tempi ad una fioritura di iniziative e proposte, che stanno trovando la loro composizione in testi di legge, tesi ad ampliare l'offerta del mercato con l'apertura di nuovi stabilimenti di gioco o con l'offerta sempre più articolata di concorsi e lotterie.

In questo snodo si rivela tutta l'ambivalenza del ruolo dello Stato (questo vale per l'Italia, ma anche per la grande maggioranza dei Paesi occidentali) che da un lato deve mettere in atto misure per tutelare la salute psico-fisica dei cittadini e dall'altro deve garantirsi robuste entrate. Sotto questo aspetto il gioco d'azzardo costituisce un affare imperdibile: milioni di persone si sottopongono volontariamente, regolarmente e di buon grado a prelievi fiscali supplementari.

Una delle sfide che impegnano gli

operatori del settore è quella di prevedere e prevenire ambiti di sviluppo di ulteriori forme di dipendenza patologiche, di acquisire documentazione e di sostanziare interventi adeguati con una migliore tempistica, di fare emergere il sommerso già esistente.

In questo senso il gioco d'azzardo risulta terreno assai insidioso in quanto si è creato un notevole allarme sociale, legato anche a episodi enfatizzati dai mass-media, ma si tratta, allo stesso tempo, di un comportamento di per sé molto diffuso e socialmente accettato. I mass media negli ultimi tempi spesso si sono occupati del problema, magari traendo spunto da fatti di cronaca tragici, sottolineandone così gli aspetti più acuti ed eclatanti. In altri casi, meno frequenti, sono state condotte delle inchieste mirate alla descrizione generale del fenomeno e a una prima valutazione della portata dello stesso.

Rimanendo centrati sull'aspetto preventivo e terapeutico del problema si può sottolineare come, dopo circa un ventennio dall'acquisizione ufficiale da parte del mondo scientifico del gioco d'azzardo patologico inteso come sindrome psichiatrica a sé stante, comincino ad esserci da parte delle autorità sanitarie nazionali dei flebili segnali di attenzione specifica sul problema e di attribuzione più precisa di compiti e responsabilità nei necessari interventi, che però non hanno di fatto avuto finora concreta attuazione. Si comincia ad ampliare il concetto di dipendenza uscendo dal riferimento alle sostanze, accennando al tema del gioco d'azzardo ad esempio nel documento preparatorio alla III Conferenza governativa triennale di lotta alla droga tenutasi a Genova nel 2000, redatto dalla Consulta nazionale degli esperti e degli operatori delle dipendenze, nel decreto del 14-06-02 "Disposizioni di principio sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze nelle Asl", in seguito impugnato da alcune Regioni e quindi non applicato. Purtroppo, la successiva revisione del d.p.r. 309/90 (d.d.l. Fini) è centrata quasi esclusivamente sulle dipendenze da sostanze illegali. All'etilismo non sono dedicati che alcuni accenni, e alle dipendenze senza sostanze (tra cui il gioco d'azzardo) si fa menzione esclusivamente quando si parla di prevenzione.

Risulta chiaro che a fronte dell'incremento dell'offerta di gioco e della necessità di tenere parallelamente sotto controllo anche lo sviluppo di possibili situazioni patologiche, programmando idonee iniziative preventive e di cura, vi è a tutt'oggi un atteggiamento ambiguo.

Il primo passo per garantire un approccio scientificamente corretto non può che essere quello di rendersi conto della portata e della natura di un fenomeno, del conclamato e del sommerso.

Un passaggio imprescindibile dunque per stimolare politici e amministratori in merito alla programmazione e all'attuazione di opportuni interventi, a livello informativo, formativo e di strutturazione di risposte adeguate, è chiaramente quello di avere il quadro più esatto possibile delle dimensioni della problematica e del contesto in cui si colloca.

Peraltro, questo tema in Italia è stato affrontato dal mondo scientifico sinora solo marginalmente o in modo non organico e, in particolare, in Provincia di Pavia non è mai stato indagato.

Perciò l'Asl di Pavia ha inserito nell'Aggiornamento del proprio Piano territoriale ("Fondo nazionale per la lotta alla droga" per l'esercizio finanziario 2002), delle linee di indirizzo che sollecitavano la realizzazione di progetti, appunto, sul Gioco d'azzardo patologico.

Lo studio che qui presentiamo è tra i pochi condotti in Italia ad indagare la prevalenza del fenomeno del gioco d'azzardo patologico nella popolazione ed è, per quanto ci risulta, tra quelli condotti con la metodologia statistica più rigorosa, essendo basato su un campionamento casuale per quote stratificate.

La ricerca, condotta dall'associazione Itaca onlus in collaborazione con il Ser.T. tra il 2003 e il 2004, ha evidenziato che nel territorio provinciale il problema esiste ed è particolarmente presente tra i soggetti già in carico ai Servizi per altri tipi di dipendenze.

Abbiamo voluto infatti occuparci anche di indagare tale tratto nei pazienti Ser.T. partendo da quelli "storici", gli eroinomani, per verificare, con lo stesso rigore metodologico, in che misura si dimostrava una loro vulnerabilità, con la consapevolezza clinica che tra l'utenza già in carico il problema del gioco d'azzardo eccessivo è presente. Sovente le diatribe inerenti l'indicazione che siano i Ser.T. a occuparsi di pazienti affetti da gioco d'azzardo eccessivo si sono limitate a considerare i pazienti "puri", giocatori non comorbili al consumo di sostanze psicotrope, e per questi criteri di "esclusività", non di loro "competenza terapeutica" (anche se rimane aperta ed insoluta la domanda su quale sia il luogo di trattamento previsto per questo tipo di pazienti...).

In realtà, tale distinzione appare arbitraria, oltre che miope, in quanto non è necessario occuparsi di giocatori puri per doversi confrontare con gioca-

tori d'azzardo eccessivi: sembra infatti sufficiente approfondire l'anamnesi per scoprire che il *gambling* non è un disturbo raro nell'utenza che affierisce ai Ser.T.

I risultati offrono ricchi spunti di riflessione, e ci auguriamo che questa esperienza sia di stimolo ed esempio anche per altre realtà territoriali. È importante che si elevi la soglia di attenzione sul problema e che si diffonda la cultura tra gli stessi operatori dei servizi pubblici e del privato sociale affinché sia possibile l'accesso a trattamenti adeguati a cittadini afflitti da una patologia riconosciuta dall'ambito scientifico ma che non sempre trova ancora adeguato riscontro terapeutico nella pratica.

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA

Per poter essere definito "d'azzardo" un gioco deve essere contraddistinto da tre criteri:

- i giocatori puntano denaro o un oggetto di valore;
- la posta, una volta piazzata, non può essere ritirata;
- il risultato del gioco è basato prevalentemente o esclusivamente sul caso.

Quest'ultimo principio è centrale in questo tipo di giochi.

Il caso evidenzia e impone il concetto che è impossibile controllare il risultato dell'evento così che l'imprevedibilità del risultato diventi dunque la chiave di lettura di eventi determinati dal caso.

Inoltre, l'indipendenza delle puntate tipica dei giochi d'azzardo (in cui ogni partita è autonoma e distinta dalle precedenti) definisce che ogni giocata si concluda sempre con una rimessa a zero.

Infine, dal momento che è insita in tutti i giochi d'azzardo governati da un gerente (casinò, Stato o barista sotto casa che sia) un'attesa di guadagno negativa (che prevede che non venga rimesso nel circolo dei premi tutto il denaro investito dai giocatori, ma che una quota percentuale venga sempre trattenuta dall'organizzatore), ciò dà luogo non solo al fatto che, come osservato, non sarà mai possibile prevedere i risultati, ma anche alla lunga alla certezza che un gioco protratto nel tempo in maniera costante non potrà che portare a perdite certe (Ladouceur et al., 2003).

Al giorno d'oggi questa attività è una comune forma di svago. Molte persone adulte giocano d'azzardo con regolarità e per la maggior parte di costoro il gioco è un'attività rilassante, senza conseguenze negative.

Per alcuni invece diventa eccessivo, un problema, una dipendenza che si

manifesta con un incontenibile impulso a puntare denaro. Il gioco d'azzardo domina le vite dei giocatori eccessivi con conseguenze nefaste. Tra queste, la passione ossessionante che conduce a giocare somme di denaro sempre più ingenti.

Il processo di definizione psico-diagnostica del gioco d'azzardo come disturbo è stato assai tortuoso, dalla sua etichettatura linguistica fino ad arrivare al suo inquadramento teorico, e si può certamente ancora considerare in via di evoluzione.

Per lungo tempo il gioco d'azzardo è stato considerato una manifestazione di più generali tendenze antisociali, come un "vizio". Al giorno d'oggi è considerato soprattutto come una fonte economica: quando ne parliamo in questi termini, lo facciamo su due versanti. Da un lato, il gioco è fonte economica per chi lo gestisce (casinò, Stato, ecc.); dall'altro, il gioco è illusione di arricchimento/ricerca di vincita per il giocatore patologico ed è un sogno non solo per lui: chi non ha mai sperato in un bel 6 al Superenalotto (Capitanucci, 2004; Capitanucci, Ladouceur, 2003)?

Da un punto di vista prettamente clinico, solo nel 1980, con la stesura del Dsm-III, esso è stato definitivamente riconosciuto come sindrome distinta, a sé stante e collocato nei "Disordini del controllo degli impulsi non altrimenti classificati".

Tutti gli studiosi che si sono occupati a vario titolo del problema sottolineano la sua essenza di disordine pervasivo e debilitante, ma anche subdolo, in quanto la compromissione che da esso deriva non sempre è così evidente come invece capita per altre patologie additive, quali l'alcolismo e la tossicodipendenza, che manifestano sintomi fisici e comportamentali evidenti.

Il Dsm-IV, pur mantenendo il gioco d'azzardo patologico nei "Disturbi del controllo degli impulsi", ha reso specifici i criteri diagnostici di questo disturbo, quasi del tutto sovrapponibili ai criteri adottati per porre diagnosi di abuso di sostanze (*craving*, perdita di controllo,

Note

* Daniela Capitanucci, psicologa psicoterapeuta, dirigente presso l'Asl di Varese, Direzione sociale, socio fondatore e presidente dell'associazione And (Azzardo e nuove dipendenze); Marco Capelli, psicologo psicoterapeuta, dirigente presso l'Asl di Pavia, responsabile scientifico del progetto "Il gioco nel territorio"; Angela Biganzoli, psicologa e psicoterapeuta in formazione, libera professionista, responsabile di progetto e ricercatrice per il progetto "Il gioco nel territorio", socio fondatore e tesoriere dell'associazione And; Roberta Smaniotto, psicologa e psicoterapeuta in formazione, libera professionista, ricercatrice per il progetto "Il gioco nel territorio"; Maddalena Alippi, psicologa ricercatrice presso il Centro di documentazione e di ricerca dell'Organizzazione socio-psichiatrica del Canton Ticino (Svizzera), curatrice della parte statistica del progetto "Il gioco nel territorio".

astinenza e tolleranza).

Viene rilevato che la caratteristica fondamentale del gioco d'azzardo patologico è un comportamento persistente, ricorrente e maladattivo di gioco d'azzardo, che compromette le attività personali, familiari o lavorative del soggetto coinvolto. Valleur e Matysiak (2004) sottolineano come nelle classificazioni più recenti sempre più le dipendenze con e senza sostanze vengano identificate in presenza di un comportamento che diventa "centro dell'esistenza che priva l'individuo della sua libertà" (ibidem, p. 19), e questa idea di "centro dell'esistenza" come tratto caratterizzante la dipendenza risulta particolarmente utile nella direzione di una nuova nosologia delle dipendenze patologiche.

Per quanto concerne la diffusione del problema nel territorio (ovvero la prevalenza), il fenomeno del gioco d'azzardo e delle sue implicazioni per i giocatori, di cui alcuni presentano comportamenti che tendono a diventare patologici, è stato oggetto recentemente di studi approfonditi nei paesi esteri (Volberg, 1996; Ladouceur, 1996; Abbot et al., 1996; Dickerson et al., 1996; Beco- na, 1996; Bettelini et al., 2000).

Sulla base di quanto indicato dal Dsm-IV e sulla base delle recenti indagini di cui sopra, si può ritenere che tra l'1 e il 3% della popolazione adulta sia colpita da questa problematica.

METODOLOGIA DELLA RICERCA

Nel periodo compreso tra ottobre 2003 e febbraio 2004 sono state condotte tre ricerche distinte su tre differenti target (1093 adulti tra i 18 e i 74 anni selezionati tra la popolazione generale, 386 soggetti tossicodipendenti da eroina afferenti ai Servizi e una quarantina di operatori pubblici che lavorano nel campo delle dipendenze) nella Provincia di Pavia, ove la popolazione residente corrisponde a 450.000 abitanti (in accordo con l'ultimo censimento del 2002).

Il principale obiettivo dello studio era indagare il comportamento di gioco nell'intera popolazione generale e tra i pazienti eroinomani in trattamento presso i tre Servizi per le dipendenze, oltre che i rispettivi tassi di prevalenza, le caratteristiche dei giocatori eccessivi e patologici e altri fattori di rischio associati.

Un altro obiettivo dello studio è stato determinare la conoscenza e la percezione degli operatori dei Servizi delle dipendenze rispetto al gioco problematico e patologico.

Tutti gli studi condotti sono stati di tipo quantitativo e qualitativo e l'analisi

dei dati ha permesso la generalizzazione dei risultati alle popolazioni-studio definite (tranne quella degli operatori perché non è un campione rappresentativo, bensì costituisce l'intera popolazione target presa in esame).

I dati, confidenziali e anonimi, sono stati processati con il supporto del sistema statistico Spss e i risultati sono stati oggetto di analisi sia invariate (descrittive) sia multivariate. Per questo studio sono stati utilizzati gli stessi strumenti metodologici di altre ricerche che hanno già affrontato il tema: è stato quindi possibile effettuare alcune comparazioni con i risultati di altri studi nazionali e internazionali.

Nella maggioranza degli studi tesi a valutare la prevalenza del disturbo da gioco d'azzardo patologico lo strumento di valutazione più usato, in quanto standardizzato e validato internazionalmente, è il South Oaks gambling screen (Sogs), elaborato da Lesieur e Blume nel 1987, sulla base dei criteri diagnostici del Dsm-III. Proprio per questo motivo è stato deciso di adottarlo anche per la presente ricerca.

Si tratta di un test di *screening* che risulta di semplice e rapida compilazione, impegna al massimo 10-15 minuti, e quindi adatto anche ad interviste telefoniche. È composto da 16 domande a risposta chiusa con scelta multipla, non tutte da computare ai fini del punteggio. Oltre a determinare una valutazione finale su tre livelli, "sociale", "eccessivo", "patologico", del comportamento di gioco del soggetto, consente di ricavare preziose informazioni qualitative sulle modalità individuali e sulle implicazioni familiari e sociali. Fornisce quindi un quadro piuttosto dettagliato, riferito a tutto l'arco di vita, sui tipi di giochi ai quali è, o è stata, dedita la persona presa in esame, sulla quantità di denaro utilizzata, sulla presenza in famiglia di altre persone coinvolte nel gioco. Le domande che concorrono alla determinazione del punteggio vanno a valutare come l'individuo si rapporta al gioco, se ha consapevolezza di giocare in maniera eccessiva, se cerca di nascondere tale comportamento, se ha sentimenti di colpa, se vorrebbe smettere ma sente di non essere in grado, se il gioco influenza la sua vita sociale e come si procura il denaro necessario per giocare.

Relativamente al punteggio finale, che può essere compreso tra 0 e 20, gli autori americani hanno poi indicato dei punteggi *cut-off*, che secondo i redattori della versione italiana (Guerreschi, 2004; Capitanucci, Carlevaro, 2004) possono essere trasposti anche nella nostra realtà socio-culturale, i quali determinano le seguenti categorie:

- giocatori "sociali": coloro che giocano senza perdere il controllo del loro comportamento (punteggio 0-2);
- giocatori "eccessivi": coloro che iniziano a evidenziare alcuni segnali di perdita del controllo risultando a rischio (punteggio 2-4);
- giocatori "patologici": coloro che hanno perso il controllo (giocano per più tempo, più denaro e più frequentemente di quanto preventivato) (punteggio uguale o maggiore di 5).

Nella nostra ricerca, abbiamo accorpato la categoria dei giocatori "eccessivi" con quella dei giocatori "patologici" in un unico gruppo, identificato con l'etichetta di giocatori "problematici", per rendere più evidenti le differenze di comportamento tra chi gioca in modo sociale e chi, invece, inizia a perdere il controllo o lo ha già perso.

Il questionario, proposto ai soggetti reclutati per la ricerca, comprendeva anche una serie di domande per la raccolta di alcuni dati socio-demografici, sull'eventuale familiarità e quesiti relativi alla personale percezione della presenza o meno del problema del gioco d'azzardo patologico nel territorio paese e alla conoscenza su dove sia possibile rivolgersi per chiedere aiuto.

Il questionario utilizzato per intervistare il campione di tossicodipendenti indagato era analogo, nelle sue parti essenziali, a quello utilizzato dal Gas¹ che nel 2002-2003 aveva promosso diverse iniziative tra cui una vasta ricerca multicentrica sulla comorbilità tra Gap e eroinopatia, che ha consentito la raccolta dei questionari su un campione di 998 soggetti tossicomani afferenti ai Ser.T. lombardi. Proprio le analogie metodologiche, e in particolare l'uso dello stesso strumento di valutazione, permetteranno anche dei confronti diretti tra i dati relativi alla provincia di Pavia e quelli regionali (Strepparola, 2003).

Studio sulla popolazione generale

Raggiungere un campione rappresentativo della popolazione di un'intera provincia non è stato un compito agevole e ha comportato la risoluzione di vari problemi, soprattutto in considerazione delle risorse umane e finanziarie a disposizione. Dopo un'attenta valutazione delle esperienze scientifiche maturate nel campo delle inchieste su campioni di popolazione generale, coniugata alla valutazione delle risorse rese disponibili con il finanziamento ottenuto, si è deciso di utilizzare come strumento di ricerca l'intervista telefonica, alla luce delle riflessioni sintetizzate di seguito:

- contattare “faccia a faccia” tutti i soggetti del campione risultava insostenibile dal punto di vista delle risorse a disposizione;

- altri metodi di contatto a distanza, come ad esempio la somministrazione postale, apparivano costosi e scarsamente efficaci;

- la preparazione specifica dei ricercatori permetteva di poter cogliere, nella somministrazione telefonica, incertezze o commenti specifici da parte dei soggetti intervistati;

- si realizzava la possibilità di raggiungere in modo capillare l'intero territorio provinciale, procedendo a una selezione casuale del campione.

Nella scelta della metodologia di indagine sono stati presi in considerazione i suoi possibili limiti ed errori:

- la mancanza di contatto personale con l'intervistatore può far sì che il rapporto si logori prima: per questo si è scelto uno strumento breve con domande sintetiche per evitare il più possibile risposte affrettate e superficiali;

- può essere difficile raggiungere in casa i giocatori più accaniti proprio perché sono fuori a giocare (come fa notare Lesieur, 1994);

- il fatto di rispondere in casa può comportare che altre persone della famiglia siano presenti e quindi il soggetto tenda a nascondere comportamenti che possono essere valutati negativamente (Abbott, Volberg, 1996).

Tali possibili *bias* sono stati ritenuti comunque accettabili in quanto congrui con il rapporto costi/benefici in questo specifico studio.

Le interviste telefoniche sono state realizzate da ricercatori dell'associazione Itaca in collaborazione con la Asl di Pavia da ottobre 2003 a febbraio 2004. I soggetti sono stati selezionati in modo casuale per quote percentuali proporzionate alla popolazione generale residente (dati forniti dal Censis, 2002) in base a sesso, età e condizione professionale. Una volta individuata la strutturazione del campione, i numeri telefonici sono stati selezionati a random, nel totale rispetto della privacy, ovvero al numero di telefono individuato non veniva associato alcun nominativo.

Sono state scelte prevalentemente fasce d'orario di tarda mattinata e tardo pomeriggio per facilitare il raggiungimento di persone occupate. A ciascun soggetto che ha risposto al telefono sono stati brevemente spiegati gli obiettivi della ricerca ed è stata chiesta la disponibilità a partecipare.

Come detto, è stato scelto come strumento di indagine il questionario Sogs a cui sono state aggiunte alcune domande volte a raccogliere alcuni dati socio-ana-

grafici e relativi a una possibile familiarità, nonché a indagare le sensazioni personali e la percezione del problema “gioco d'azzardo”. Occorre sottolineare che nel caso in cui l'intervistato rispondeva negativamente alle prime domande del questionario la telefonata si poteva chiudere anticipatamente, non impegnando oltre operatori e soggetti, in quanto le domande seguenti risultavano non pertinenti nei casi in cui non esistevano comportamenti di gioco.

È stato deciso di focalizzare questa ricerca solo sull'ultimo anno per una serie di motivi: prima di tutto per avere un dato che rispecchi il problema attuale; in secondo luogo perché alcuni studi indicano che il Sogs esteso all'indagine dei comportamenti di gioco su tutta la vita (*lifetime*) comporta la presenza di una quota di falsi positivi, cioè sopravvaluta il numero di persone con comportamenti di gioco eccessivo; infine per permettere una comparazione con dati internazionali già esistenti.

IL CAMPIONE INTERVISTATO Caratteristiche e rappresentatività

Studio sulla popolazione generale

La popolazione residente nella provincia di Pavia, territorio in cui si è svolta l'inchiesta, come già detto, nel 2004 risultava pari a 450.000 abitanti.

Per quanto riguarda il dimensionamento del campione, è stato valutato che con il reclutamento di 1.500 persone il margine di errore sui risultati ottenuti risulta statisticamente entro lo $\pm 0,70\%$, mentre con 1.000 persone tale margine ovviamente si eleva, ma resta contenuto entro lo $\pm 0,86\%$. Questa seconda ipotesi è stata ritenuta accettabile anche a fronte della considerazione che campioni più ampi avrebbero richiesto una mole di lavoro assai maggiore e tempi di raccolta dei dati più lunghi.

Per raggiungere questo campione sono state fatte in totale circa 2.200 telefonate; 407 soggetti contattati sono stati da noi esclusi in quanto non rientravano nei criteri del campionamento (minorenni o over 75) o rientravano in una classe, tra quelle previste dalla stratificazione, già completata con soggetti precedentemente intervistati. Circa 700 persone si sono rifiutate di rispondere al questionario, e quindi a conclusione dell'inchiesta telefonica sono state raccolte in totale 1.093 interviste valide di soggetti di età compresa tra i 18 e i 74 anni. Il tasso di adesione alla ricerca è stato del 60,9%, in linea con quello che in genere si riesce a raggiungere con indagini di

questo tipo. Il fatto che però poco più del 39% dei soggetti contattati si siano rifiutati di rispondere invita ad essere cauti nell'estendere *tout-court* i risultati alla popolazione generale. Su questo target, come già evidenziato, sono stati indagati gli ultimi 12 mesi per rilevare il tasso di prevalenza attuale.

Studio sui soggetti eroinomani in trattamento nei servizi pubblici

La ricerca è stata condotta somministrando direttamente un questionario ai pazienti afferenti ai tre Servizi per le dipendenze del territorio della provincia di Pavia (Pavia, Vigevano e Voghera).

Il protocollo indicava di richiedere la partecipazione allo studio a tutti i soggetti tossicodipendenti in trattamento, dipendenti da eroina come sostanza primaria, in carico a ciascun Ser.T. a un prestabilito momento. Venivano invece esclusi i pazienti con diagnosi primaria di gioco d'azzardo patologico o alcoolodipendenza. La scelta di limitare la ricerca agli eroinomani è stata compiuta, sull'esempio di quanto già deciso dal Gas nel caso della ricerca multicentrica regionale, allo scopo di valutare l'utenza “classica” dei Servizi, che costituisce un gruppo sufficientemente omogeneo e numeroso e anche più facilmente raggiungibile data la frequentazione ripetuta degli ambulatori. Ciò non toglie che studi analoghi andrebbero opportunamente compiuti anche sulle altre popolazioni afferenti ai Ser.T.

I questionari sono stati somministrati tra novembre 2003 e gennaio 2004, presso la sede dei singoli Ser.T. nell'ambito di una settimana campione, scelta in accordo con gli operatori dei Servizi e i ricercatori dell'associazione Itaca.

Gli utenti sono stati in precedenza informati della ricerca in atto tramite una comunicazione scritta consegnata dagli operatori ai soggetti reclutabili e un poster affisso nei locali dei Servizi. Durante la settimana campione i pazienti sono stati contattati personalmente dai ricercatori dell'associazione Itaca, quindi operatori esterni al Ser.T. e non facenti parte dell'équipe curante: è stato chiesto loro di rispondere al questionario Sogs e di compilare la “scheda soggetto”. Il punteggio totalizzato al Sogs determinava la suddivisione degli intervistati in giocatori “sociali”, “eccessivi” e “patologici” identicamente a quanto avvenuto per la popolazione generale, con la differenza però che, in

Note

1 Gruppo azzardo sovrazonale, Regione Lombardia, équipe composta da professionisti occupati in diversi Ser.T. lombardi che si ritrovano dal 2001 ogni due mesi presso la sede della Regione.

questo caso, le domande sul gioco erano riferite all'intero arco di vita per i motivi di seguito riportati. La "scheda soggetto" era volta a raccogliere le abituali informazioni socio-demografiche nonché indicazioni sulle sostanze stupefacenti utilizzate nell'arco di vita, sui trattamenti in atto al momento dell'intervista, sulla co-presenza di tossicomania e gioco d'azzardo, sulla frequenza di gioco negli ultimi periodi di tempo.

La partecipazione era libera, non retribuita, ed era stato chiarito ai pazienti che l'adesione o meno alla ricerca non avrebbe in alcun modo influito sull'iter terapeutico.

Al momento dell'inchiesta erano in carico presso le tre sedi provinciali del Ser.T. circa 900 utenti. Di questi, il numero di utenti che rispondevano ai criteri di inclusione della ricerca, e che erano attesi ai Servizi per effettuare dei trattamenti nelle settimane campione prescelte, risultava di 643 soggetti.

Il campione che ha effettivamente aderito alla ricerca risulta essere composto da 386 soggetti, pari al 60% del totale dei soggetti reclutabili; i soggetti rimanenti hanno rifiutato di compilare il questionario, adducendo varie motivazioni, oppure non si sono presentati ai Servizi in nessuna giornata della settimana prescelta. Tale percentuale di adesione può essere ritenuta soddisfacente, soprattutto se teniamo conto del fatto che lo studio è stato svolto in un ambito in cui non sempre si riesce ad ottenere la piena collaborazione da parte degli utenti/soggetti della ricerca. Vale la pena sottolineare però che le reali motivazioni del rifiuto ci sono peraltro ignote: oltre alla già citata limitata *compliance*, si può ipotizzare infatti che i giocatori patologici fossero più riluttanti a partecipare, oppure, al contrario, che coloro non toccati dal problema non avessero interesse.

A questo si sono aggiunti fattori contingenti di tipo casuale, come la già citata mancata presentazione al Servizio, e/o difficoltà logistiche che hanno ostacolato il tempestivo raggiungimento di tutti i soggetti reclutabili.

In analogia a quanto già operato dal Gas, è stata indagata la prevalenza nell'arco di vita (piuttosto che relativamente agli ultimi 12 mesi) per poter trarre maggiori considerazioni utili all'ampliamento della nosologia delle dipendenze.

Ricerca sugli operatori pubblici operanti nel campo della dipendenza

L'inchiesta tra gli operatori dei Ser.T. della provincia di Pavia è stata condotta con una differente metodologia.

Tutti i professionisti dei tre Servizi per le dipendenze presenti nella provincia di Pavia sono stati intervistati attraverso un questionario scritto durante un incontro di presentazione della ricerca epidemiologica e lo stesso questionario è stato presentato loro al termine della ricerca, durante un incontro di restituzione dei principali risultati (circa otto mesi dopo il primo incontro). Sono state confrontate le risposte pre- e post- ricerca.

RISULTATI E CONCLUSIONI

Il primo obiettivo dello studio era ottenere una migliore conoscenza dei comportamenti di gioco della popolazione generale della provincia di Pavia. Sono state raccolte numerose informazioni.

• Coinvolgimento in attività di gioco d'azzardo.

L'analisi dei risultati mostra che il 23%, meno di un quarto della popolazione adulta residente nella Provincia di Pavia, ha giocato a soldi almeno una volta nell'ultimo anno; il 39% ha giocato alla lotteria, il 5,6% è andato al Bingo, il 2,9% si è recato in un casinò, il 3,5% ha giocato alle *slot-machine* o al *videopoker* al di fuori del casinò e il 3,8% ha giocato ai cavalli.

Come sopra riportato, solo il 23% del campione della popolazione generale afferma di avere giocato nell'ultimo anno, ma una discreta percentuale dichiara in realtà di avere giocato a giochi "percepiti" come "giochi sociali", come ad esempio la lotteria.

Questi dati che sembrano incongruenti ci permettono di fare l'ipotesi, da approfondire in futuro, che il gioco legale gestito dallo Stato sembra non essere percepito dagli intervistati come un vero e proprio gioco d'azzardo. Questa percezione (eccetto che per il casinò, considerato il "territorio dell'azzardo" per eccellenza) sembra essere associata solo al gioco illegale. Gli errori di comprensione rispetto a cos'è e cosa non è il gioco d'azzardo e a quali caratteristiche distinguono il gioco sociale da quello patologico potrebbero portare a conseguenze dannose per lo sviluppo del gioco patologico.

Per questo, dovrebbero essere fatte campagne informative e preventive.

• Rilevanza dei soldi spesi nel gioco.

Anche se per la maggior parte del campione la spesa di gioco è bassa (l'84% di chi ha giocato a soldi negli ultimi 12 mesi ha speso 20 euro o meno), ben l'1% delle persone (che corrisponde approssimativamente a più di 700 persone) ha "investito" nel gioco più di 1.000 euro in un solo giorno.

Non tutti potrebbero permettersi tale somma e si potrebbe ottenere una migliore conoscenza delle caratteristiche del giocatore "pesante" attraverso un'ulteriore indagine.

• Motivazioni legate al gioco.

Ci siamo chiesti e abbiamo chiesto al campione che cosa porta una persona a giocare.

Contro tutte le probabilità, il 78,7% di chi gioca lo fa per ottenere una considerevole vincita.

Inseguendo questo desiderio, queste persone entreranno ben presto a far parte della lista dei perdenti: a questo punto, è possibile che inizino "l'inseguimento della perdita" e giochino più di quanto si possano permettere, che è un comportamento tipico e un importante criterio per il gioco problematico e patologico.

In altre parole, la forte convinzione di una "grande vincita" che può cambiare la nostra vita potrebbe essere un potente motore d'attrattiva nello spostamento da giocatore problematico a patologico.

Questi risultati dovrebbero suggerire una grande attenzione nelle strategie usate per promuovere il gioco, che dovrebbero essere incentrate più sul divertimento che sulla facile promessa di vincere denaro.

• Vicinanza al problema gioco d'azzardo e percezione dell'esistenza del problema gioco d'azzardo.

Abbiamo chiesto agli intervistati se qualcuno del loro *entourage* (parenti, amici, ecc.) è stato o è coinvolto in un problema di gioco: l'1,1% afferma di avere familiari (genitori e/o fratelli/sorelle) che hanno o hanno avuto problemi di gioco; l'8,8% afferma la stessa cosa per amici e conoscenti.

Agli intervistati è stato chiesto anche se pensano che il gioco d'azzardo sia un problema nella loro provincia e il 61% ha risposto affermativamente a questa domanda.

Questi dati potrebbero essere considerati come un indice indiretto di una stima *lifetime* di questo disagio e dovrebbe essere indagato ulteriormente in una futura ricerca.

• Conoscenza di risorse di aiuto per il gioco d'azzardo.

Quando è stato chiesto se sapessero dove cercare aiuto nel caso in cui fossero coinvolti loro direttamente o i familiari in un problema di gioco d'azzardo eccessivo, l'82% del campione non saprebbe a chi rivolgersi.

Questa pericolosa mancanza di conoscenza necessita di essere colmata.

Oltre a promuovere solo le opportunità di gioco, questi dati mostrano quanto sarebbe estremamente importante e urgente rinforzare azioni di

comunicazione sociale riguardo ai rischi di un gioco eccessivo e, parallelamente, informare rispetto alle risorse di aiuto dove le persone con problemi di gioco possono trovare sia professionisti qualificati che risorse di auto-aiuto.

Il secondo obiettivo dello studio era rilevare l'indice di prevalenza del gioco problematico e patologico nella popolazione generale residente nella provincia di Pavia, e nei soggetti tossicodipendenti da eroina in trattamento, e confrontarli con altri studi presenti in letteratura. Inoltre, volevamo tracciare un primo profilo generale del giocatore-tipo.

• Prevalenza nella popolazione generale.

Mentre il 98,8% della popolazione residente nella provincia di Pavia non sembra avere problemi di gioco, lo 0,7% è probabilmente costituito da giocatori problematici e un altro 0,4% da giocatori patologici (rispetto al totale dell'1,1%, circa 4.500 residenti nella provincia di Pavia sono giocatori problematici e patologici nell'ultimo anno).

Questo indice di prevalenza è al limite più basso di quelli osservati in studi condotti in altri paesi, ma è molto simile al tasso recentemente rilevato in Canton Ticino (1,2%). Si veda a tal proposito la tavola 1.

• Prevalenza *lifetime* in soggetti eroinomani in trattamento.

Nei pazienti eroinomani in trattamento, il 10,1% è identificabile come giocatore problematico e il 10,4% come giocatore patologico (in totale, il 20,5%).

Questo tasso di prevalenza è paragonabile con quelli rilevati in simili studi internazionali svolti con soggetti dipendenti da sostanza, che attestano che la percentuale di giocatori problematici e patologici in soggetti abusatori di sostanze varia tra il 15 e il 30%, cioè è da quattro a dieci volte più frequente che nella popolazione generale.

In conclusione, è importante osservare che i risultati sul nostro campione sono leggermente più bassi comparati a quelli dello studio regionale, condotto con lo stesso metodo dal gruppo Gas-Lombardia nel 2002 (Strepparola, 2003). Su 998 soggetti coinvolti nella ricerca, il 12,3% è stato identificato come giocatore problematico e il 20,2% come giocatore patologico (in totale 32,5%). Si potrebbero fare delle ipotesi su queste differenze.

• I profili di chi gioca e di chi non gioca.

Il profilo del giocatore problematico o non problematico non differisce di molto da quanto riportato in letteratura.

Riguardo all'interesse per il gioco, fra tutte le variabili socio-demografiche le più rilevanti sono il sesso e l'occupazio-

TAVOLA 1 Tassi di prevalenza internazionali rilevati con il Sogs

Anno	Stato	Campione	% giocatori patologici	% giocatori problematici	Tipo d'intervista	Riferimenti
Usa						
1992	North Dakota	1.517	2.0	3.5*	telefonica	[1]
1990	Washington	1.502	0.9	1.9	telefonica	[2]
1992	Montana	1.020	2.2	3.6*	telefonica	[1]
1991	South Dakota	1.560	1.4	2.8*	telefonica	[1]
1990	Nevada			2.5	telefonica	[3]
1994	Minnesota	1.028	1.2	3.2	telefonica	[4]
1989	Iowa	750	0.1	1.7	telefonica	[1]
1990	Louisiana		4.8	7*	telefonica	[5]
1991	Connecticut	1000		6.3*	telefonica	[1]
1990	Mississippi	1.041		4.9	telefonica	[6]
1992	Texas	6.308	2.5	4.8*	telefonica	[1]
1986	New York	1000	1.4	2.8	telefonica	[7]
Canada						
1992	New Brunswick	801	1.3	3.1	telefonica	[8]
1993	Ontario	1.200	0.9	7.7	telefonica	[8]
1993	British Columbia	1.200	1.1	2.4		[9]
1993	Nova Scotia	810	1.7	3.0	telefonica	[8]
1993	Alberta	1.803	1.4	4.0		[8]
1993	Saskatchewan	1.000	0.8	1.9	telefonica	[8]
1995	Manitoba	1.207		1.9		[9]
1996	Nova Scotia	801	1.1	2.8	telefonica	[9]
Europa						
1990	Catalogna	1.230		2.5		[10]
1992	Siviglia		1.7	5.2		[10]
1994	Galizia	1.028	1.4	2.8		[10]
1998	Ticino	1.044	0.6	0.6	telefonica	[12]
1998	Svizzera	2.526	0.7*	2.2*	telefonica	[11]
2004	Italy (Pavia)	1.093	0.4	0.7	telefonica	

Fonte: Adattata da: Bettelini C. M., Alippi M., Wernli B., Il gioco patologico in Ticino: uno studio epidemiologico, 2000.

Note: **lifetime prevalence*. [1] Volberg R. A., "Prevalence studies of problem gambling in the Usa", *Journal of Gambling Studies*, 1996; 12, (2). [2] "Problem and Pathological Gambling in Washington State", <http://www.wscpg.org/appproblem.htm>. [3] United States Gambling Research Institute, "Information sheet", <http://www.usgri.org/textonly/pg.html>. [4] Emerson M. O., Laundergan J. C., "Gambling and Problem Gambling Among Adult Minnesotans: Changes 1990 to 1994", *Journal of Gambling Studies*, 1996; 12, (3): 291-304. [5] "Problem Gambling", <http://www.usgri/textonly/pg.html>. [6] "Gambling a problem for 4.9 percent", <http://www.sunherald.com/region/docs/addicts.1112.htm>. [7] Volberg R. A., Steadman H. J., "Refining prevalence estimates of pathological gambling", *American Journal of Psychiatry*, 1988. [8] Ladouceur R., "The prevalence of pathological gambling in Canada", *Journal of Gambling Studies*, 1996; 12, (2): 129-142. [9] *Gambling in Canada*, <http://www.ccsa.ca/index.asp?menu=Topics&ID=74>. [10] Becona E., "Prevalence surveys of problem and pathological gambling in Europe: the cases of Germany, Holland and Spain", *Journal of Gambling Studies*, 1996; 12, (2): 179-192. [11] Osiek C., Bondolfi G., Ferrero F., *Etude de prévalence du jeu pathologique en Suisse*, Genève, Hôpitaux Universitaires de Genève, 1998. [12] Bettelini C. M., Alippi M., Wernli B., *Il gioco patologico in Ticino: uno studio epidemiologico*, 2000.

zione: giocano di più gli uomini delle donne e chi ha un lavoro.

Questi dati sono in linea con i risultati dello studio condotto in Ticino, mentre differiscono da altre ricerche internazionali dove il gioco problematico coinvolge persone disoccupate (Volberg, Steadman, 1989).

I giocatori problematici sono coloro che considerano meno il gioco come un problema ($p < .001$) nel loro territorio, la provincia pavese, anche se sembrano essere meno informati dei giocatori

non problematici riguardo alle risorse di aiuto ($p < .06$).

Rispetto ai soggetti dipendenti da sostanze, è stata trovata una forte correlazione tra poli-abuso e gioco eccessivo (problematici più patologici): i soggetti che riferiscono l'uso di numerose sostanze risultano essere giocatori eccessivi più frequentemente dei soggetti che riferiscono l'uso di meno sostanze, incluso l'eroina ($p < .04$).

Le sostanze più frequentemente associate al gioco eccessivo sono l'al-

col ($p < .001$) e la cocaina ($p < .004$), e naturalmente l'eroina che è utilizzata simultaneamente dai giocatori eccessivi ($p < .01$).

In conclusione, i giocatori eccessivi sono coinvolti in più giochi differenti dei non giocatori (5.26 vs. 3.14, $E = .334$, $p < .001$) e assumono più sostanze (3.94 vs. 3.37, $E = .138$, $p < .01$).

Questi risultati potrebbero essere utili per riconsiderare la posizione diagnostica del gioco d'azzardo patologico nel Dsm e potrebbe risultare interessante riflettere su tutti i criteri diagnostici per le dipendenze (smettendo di dividere in varie categorie, cioè in base alla presenza o all'assenza di sostanze, e cominciare a considerarle differenti espressioni di una nuova "sindrome additiva"), eventualmente in accordo con i criteri dell'Icd-11 (compulsione, perdita di controllo, astinenza, tolleranza, eccessiva polarizzazione e persistenza del comportamento, conseguenze negative alla trascuratezza), che sembrano maggiormente adeguati alla descrizione della "sindrome additiva" (Who, 1993).

Il terzo obiettivo dello studio era determinare la conoscenza e la percezione degli operatori dei servizi per le dipendenze rispetto al gioco problematico e patologico.

Anche se il numero degli intervistati è piuttosto basso, è stata raggiunta la maggior parte del personale. Dalle interviste possiamo trarre le conclusioni di seguito riportate.

Dalla prima alla seconda indagine:

- vi è stato un considerevole incremento (+28%) del numero di operatori che pongono domande relative al gioco ai nuovi utenti in fase di raccolta anamnestica mentre è stabile la percentuale di operatori che si sono confrontati direttamente con il problema;
- nessun operatore intervistato negli incontri di restituzione ha inviato a privati, e sono in calo in generale gli invii ad altri Servizi e a gruppi; si tende quindi maggiormente a tenere in carico il paziente, anche se per lo più per patologie co-morbili ritenute prevalenti (+21,1%);
- è aumentata la percentuale di chi ritiene di avere strumenti adeguati per intervenire (+16%) anche se rimane prevalente ed elevata la percentuale di operatori che al contrario ritiene di non averne;
- sono rimasti stabili le percentuali di operatori che richiedono formazione specifica, assai elevata, lavoro di rete e materiale informativo;
- più professionisti hanno iniziato a indagare le abitudini di gioco nei loro pazienti (+28%).

In conclusione, è possibile affermare che attraverso questo studio è stata confermata l'esistenza di una certa quota di gioco patologico nel territorio preso in esame e di essa siamo stati in grado di valutarne anche la dimensione e alcune caratteristiche salienti.

Certamente esistono altre numerose variabili che potrebbero essere indagate per tracciare un quadro della situazione più preciso. D'altra parte è chiaro fino a ora, sulla base dei dati raccolti, che vi siano rilevanti implicazioni a livello clinico, di politica sociosanitaria e di prevenzione che sin d'ora andrebbero opportunamente gestite; riteniamo dunque che vi sia la necessità di organizzare velocemente risorse di cura professionale e di auto-aiuto, sia per la popolazione generale che per un target vulnerabile quale è quello dei soggetti tossicodipendenti, come pure avviare tempestivamente campagne preventive e di sensibilizzazione in merito a tale fenomeno, ancora sottostimato in Italia nelle sue componenti scientifiche, dai nostri organi preposti.

Bibliografia

- Abbot M. W., Volberg R. A. (1996), "The New Zealand national survey of problem and pathological gambling", *Journal of Gambling Studies*, vol. 12, 2.
- American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3th edn, Dsm-III, Apa, Washington DC.
- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn, Dsm-IV-TR, Apa, Washington DC.
- Becona E. (1996), "Prevalence surveys of problem and pathological gambling in Europe: the cases of Germany, Holland and Spain", *Journal of Gambling Studies*, vol. 12, 2.
- Bettelini C. M., Alippi M., Wernli B. (2000), *Il gioco patologico in Ticino. Uno studio epidemiologico*.
- Capitanucci D. (2004), "Gioco d'azzardo e salute pubblica", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 7, pp. 4-9.
- 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 Editore, Bellinzona.
- Capitanucci D., Ladouceur R. (2003), "Analisi, trattamento e prevenzione del gioco d'azzardo eccessivo", *Personalità/Dipendenze*, 9, II, 167-177.
- Censis (2002), www.censis.it.
- Dpr n. 309 del 3/10/1990 "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenze", *Gazzetta ufficiale*, 255, 31-10-90, S.O.
- D.M. Sirchia-Maroni del 14-06-02, "Disposizioni di principio sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze nelle Asl", *Gazzetta ufficiale*, 147, 25-06-02.
- Dickerson M. G. et al. (1996), "Estimating the extent and degree of gambling related problems in the Australian population: a national survey", *Journal of Gambling Studies*, vol. 12, 2.
- Dostoevskij F. (1866), *Il giocatore*, Garzanti, Milano, 1985.
- Guerreschi C. (2004), *Il gioco d'azzardo patologico*, Edizioni Kappa, Roma.
- Ladouceur R. (1996), "The prevalence of pathological gambling in Canada", *Journal of Gambling Studies*, 12, 2.
- Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C., Doucet C. (2003), *Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling*, Centro Scientifico Editore.

Lesieur H. R. (1994), "Epidemiological Survey of Pathological Gambling: Critique and Suggestions for Modification", *Journal of Gambling Studies*, 10, (4), 385-398.

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.

Schnitzler A. (1983), *Gioco all'alba*, Adelphi, Milano.

Valleur M., Matysiak J. C. (2004), *Sesso, passione e videogiochi. Le nuove forme di dipendenza*, Bollati Boringhieri, Torino.

Strepparola G. (a cura di) (2003), *Operare nelle dipendenze patologiche. Mission dei servizi e specializzazione dell'intervento*, Angeli, Milano, 250-251.

Volberg R. A. (1996), "Prevalence studies of problem gambling in the Usa", *Journal of Gambling Studies*, vol. 12, 2.

Volberg R. A., Steadman H. J. (1989), "Prevalence Estimates of pathological gambling in New Jersey and Maryland", *American Journal of Psychiatry*, 146, 12.

World Health Organisation (1993), *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and Diagnostic guidelines*, Who, Geneva.

APPUNTAMENTI

Il Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione dell'Università degli Studi di Padova e il Laboratorio Link - Laboratorio per la prevenzione e l'intervento sul territorio, organizzano il quinto convegno nazionale: "La prevenzione nella scuola e nella comunità. Dal cambiamento individuale al cambiamento sociale", che si terrà a Padova dal 23 al 25 Giugno 2005. Per informazioni: Link - Laboratorio per la prevenzione e l'intervento sul territorio, c/o Liripac, Via Belzoni 80, 35131 Padova - Tel. 049.8278494 - Fax 049.8278451 - e-mail: scavis99@mail.psy.unipd.it

L'Anep, la Cooperativa La casa davanti al sole e L'Associazione Filmstudio90-Varese presentano un corso di formazione in quattro film e quattro conferenze sul tema dell'educazione: "L'educazione tra tecnica e arte". Il corso, rivolto a educatori professionali, insegnanti, operatori sociali e a tutte le persone interessate al tema dell'educare è suddiviso in quattro incontri, che si terranno tra il 19 febbraio e il 2 aprile a Tradate (VA), presso il cinema P. Grassi, in Via bianchi, 1 (a 300 mt dalla stazione Ferrovie Nord), con inizio alle 9.45 (primo incontro: 9.30, per registrazione iscritti). Per informazioni: Tel 347.0128839 0331.831558 - e-mail: centrostudi@anep.it

La Divisione Amministrazioni pubbliche, Sanità e Non profit della Sda Bocconi di Milano organizza il corso, in due moduli, "I finanziamenti comunitari per la valorizzazione delle risorse territoriali e locali". Il primo modulo: "I finanziamenti comunitari per il settore socio assistenziale sanitario", si terrà il 10 e l'11 febbraio 2005. Il secondo: "I finanziamenti comunitari per il settore culturale", si terrà il 24 e il 25 febbraio 2005. Per informazioni: Tel. 02.5836.6810 - e-mail: dap@sdabocconi.it - <http://www.sdabocconi.it/dap/cs001>