

IL GIOCO D'AZZARDO

MODULO **1**

DEFINIZIONE DEL GIOCO D'AZZARDO

Il gioco d'azzardo è definibile come:

« Attività ludica in cui ricorre il fine di lucro e nella quale la vincita o la perdita è in prevalenza aleatoria, avendovi l'abilità un'importanza trascurabile. Ne esistono svariati tipi, dai più antichi, come il gioco dei dadi (*azzardo* deriva dall'arabo *az-zahr*, che significa dado), a quelli più recenti effettuati con apparecchi automatici o elettronici. Possono dar luogo a una condizione patologica di dipendenza consistente nell'incapacità cronica di resistere all'impulso al gioco, con conseguenze anche gravemente negative sull'individuo stesso, la sua famiglia e le sue attività professionali »

Fonte: Vocabolario Treccani. Gioco d'azzardo.

STORIA DEL GIOCO D'AZZARDO

Storicamente il gioco tra gli adulti in varie forme ha permeato e caratterizzato ogni cultura.

Testimonianze di attività di gioco di azzardo ricreativo giungono da reperti risalenti al 3.000 a.C. Lo stesso termine “azzardo” sembra risalire alla parola araba az-zahr, dal significato di dado, uno dei giochi d'azzardo storicamente più antichi.

Nel Medioevo nacquero le baratterie, taverne dove venivano praticati il gioco d'azzardo. Inizialmente clandestine, divennero, per gli interessi economici dei Comuni, delle bische pubbliche e fu imposta una gabella sul gioco d'azzardo. Nel XV secolo la baratteria aveva assunto le proporzioni di uno scandalo pubblico per cui, nonostante i lauti introiti provenienti dalle gabelle sul gioco d'azzardo, le autorità comunali cominciarono a vietarne la pratica.

DIFFUSIONE DEL GIOCO D'AZZARDO: ETA'

Il dato di prevalenza relativo a coloro che hanno giocato d'azzardo nel corso della vita si attesta al

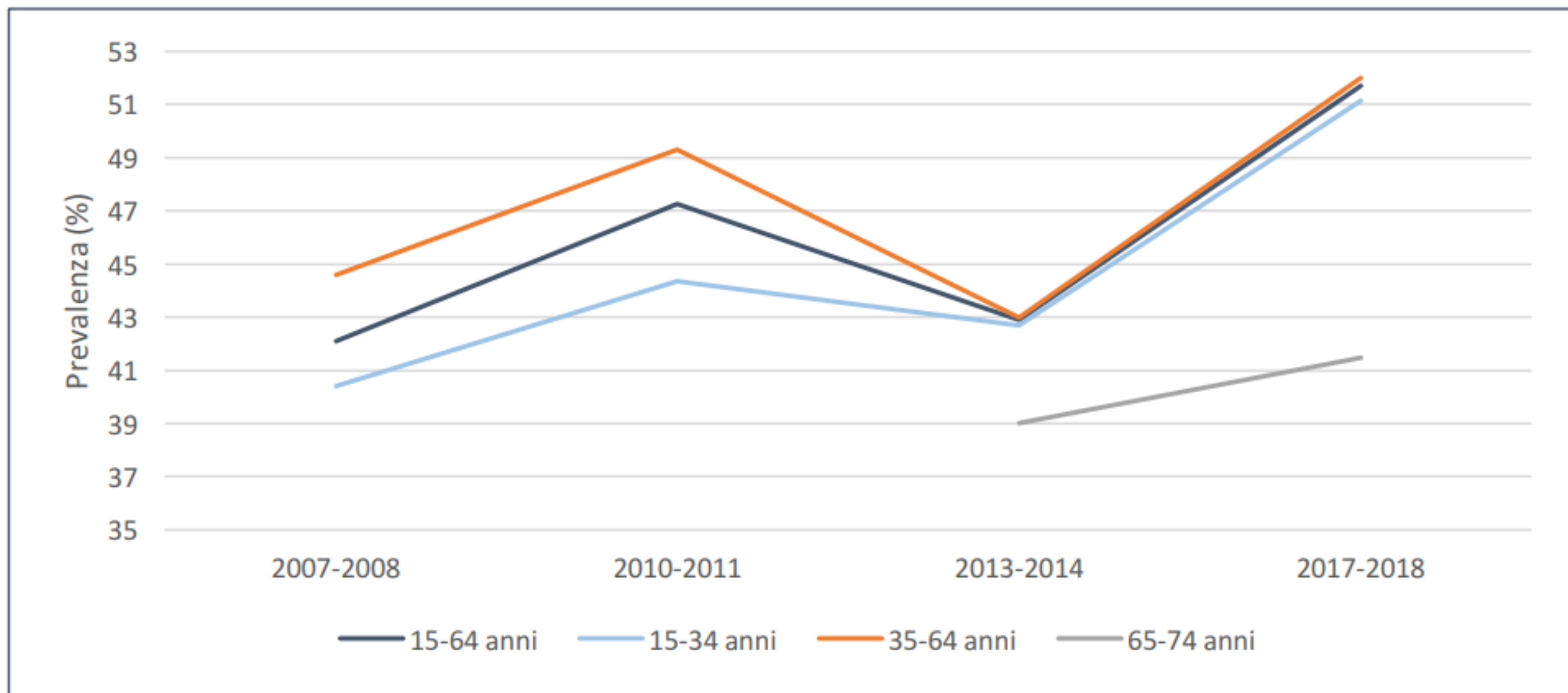
51,7% nella popolazione generale (15-64 anni),

51,1% tra i giovani adulti italiani (15-34 anni)

41,5% nei 65-74enni.

Fonte: rilevazione IPSAD®2017-2018 (Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs)

Figura 1.1 – Stime di prevalenza del gioco d'azzardo nel corso della vita per classi di età



Fonte: IPSAD®

DIFFUSIONE DEL GIOCO D'AZZARDO: GENERE

Gli uomini sembrano avere una maggiore attrazione per il gioco d'azzardo: nella fascia d'età 15-64 anni il 51,1% degli uomini ha giocato nell'ultimo anno somme di denaro, contro il 34,4% delle donne.

Focalizzando l'attenzione sui giovani adulti queste prevalenze tendono ad aumentare: tra i 15-34enni la prevalenza di giocatori è del 53,6% tra gli uomini e del 36,0% tra le donne.

Questa differenza tra generi si assottiglia nella fascia d'età 65-74 anni, dove si rileva una prevalenza percentuale di gioco nell'ultimo anno pari al 39,1% per il genere maschile e al 27,1% per quello femminile.

Figura 1.4 – Percentuali dei giocatori di 15-64 anni che hanno giocato d'azzardo durante l'anno secondo le tipologie di gioco praticate (2017-2018)

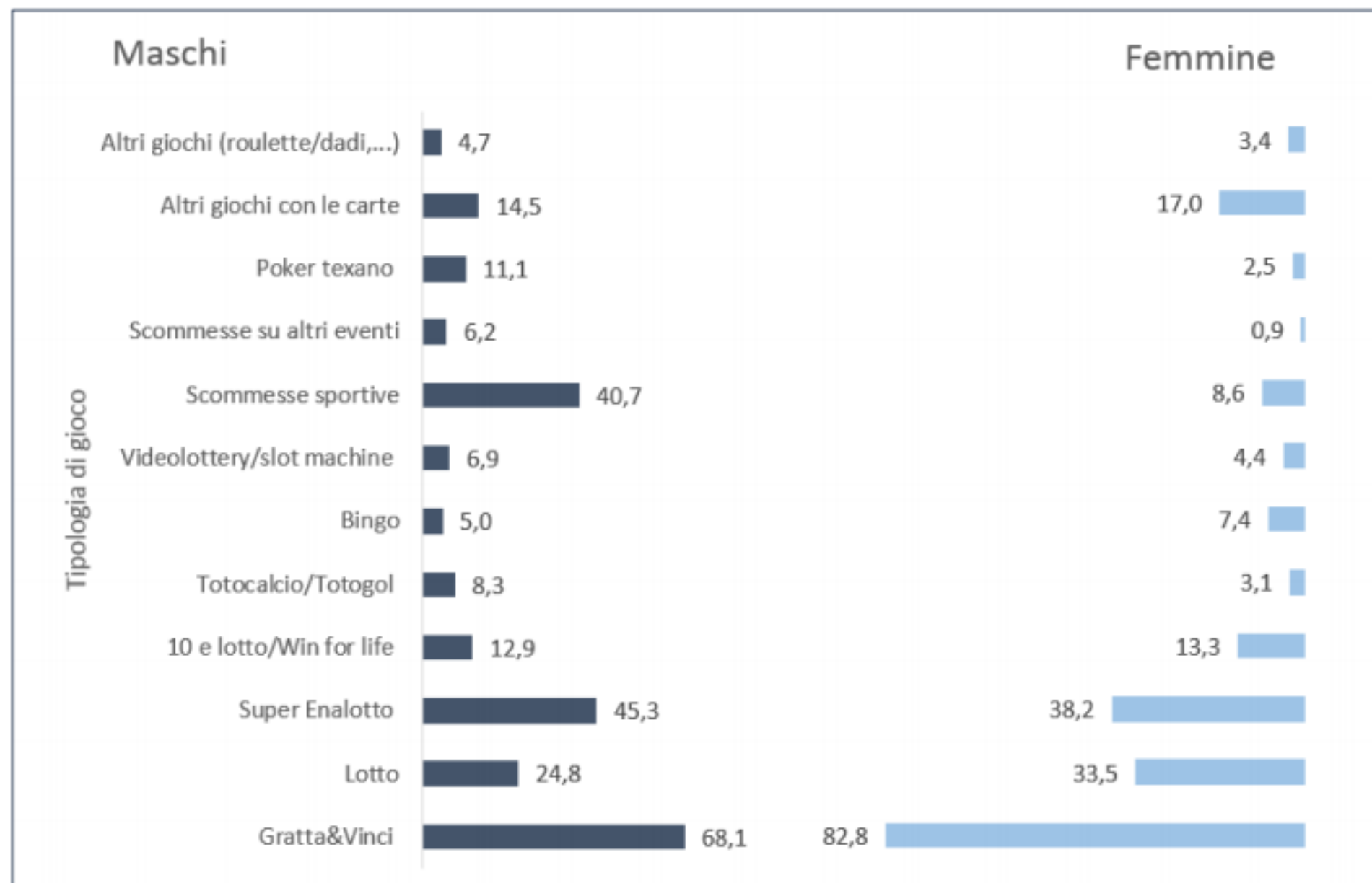
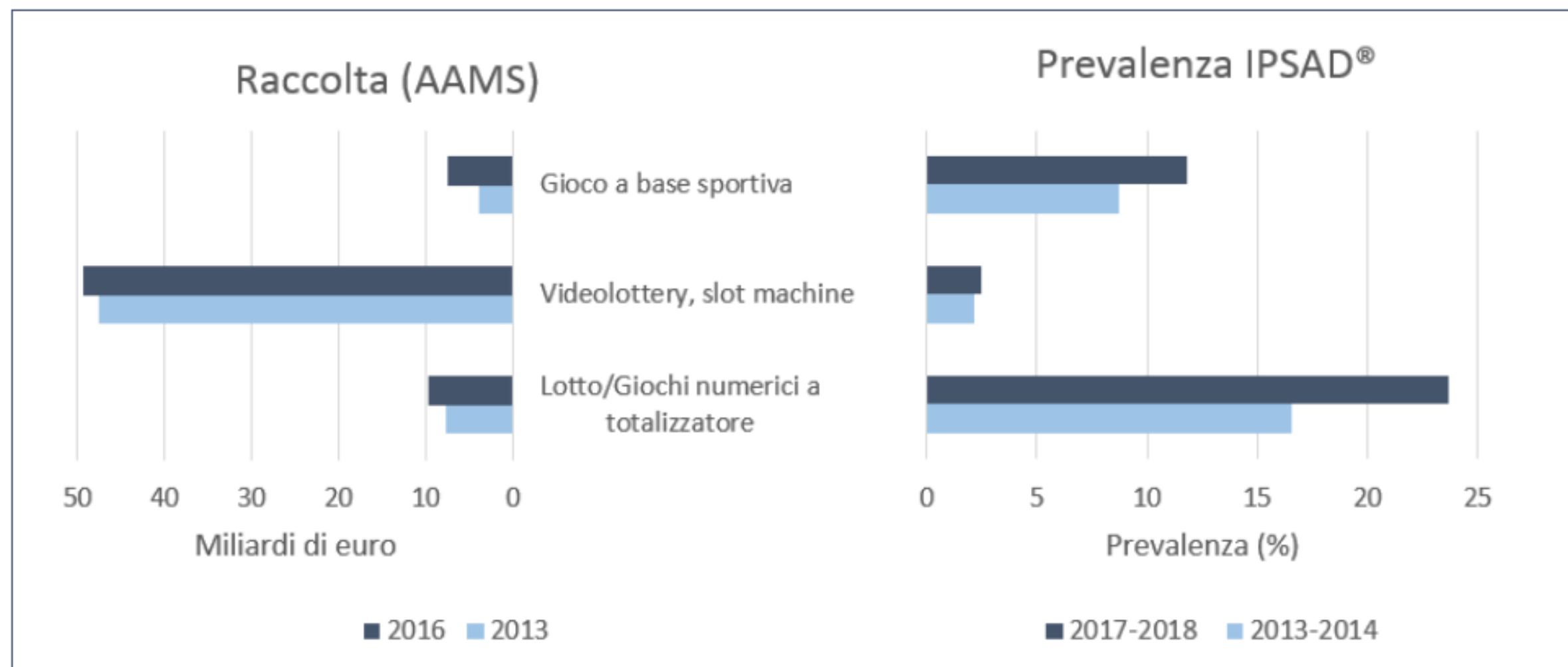


Figura 1.5 – Volumi di gioco (2013/2016) e prevalenze (2013-2014/2017-2018) per tipologia di gioco durante l'anno



Fonte: elaborazione degli autori su dati Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (AAMS, 2014; 2017); IPSAD®

Note: Raccolta = totale delle somme giocate; la raccolta da 'Gioco a base sportiva' in AAMS è confrontata con la prevalenza di 'Totocalcio' / 'Totogol' / 'Scommesse sportive' in IPSAD®; la raccolta da 'Videolottery' in AAMS è la somma di 'Apparecchi' e 'VLT' ed è confrontata con 'Videolottery' / 'slot machine' in IPSAD®; la raccolta da Lotto/Giochi numerici a totalizzatore è la somma di 'Lotto' e 'Giochi numerici a totalizzatore' in AAMS ed è confrontata con la prevalenza di gioco 'Lotto' / 'Super Enalotto' / '10 e lotto' / 'Win for life' in IPSAD®

DIFFUSIONE DEL GIOCO D'AZZARDO: LUOGHI

In generale, tra i giocatori 15-64enni, i Bar/tabacchi restano i luoghi preferiti per giocare (67,3%), seguiti dall'abitazione propria o di amici (22,7%) e dalle Sale scommesse (14,8%).

Si osserva inoltre, tra coloro (15-64 anni) che hanno giocato negli ultimi 12 mesi, una diminuzione del gioco su Internet.

Il 9,5% dei giocatori ha giocato online nel 2017 (12,7% tra i 15-34enni), mentre, tra chi gioca in modalità virtuale, aumenta la percentuale di chi gioca tramite Smartphone rispetto alle precedenti rilevazioni IPSADR, passando da 16,4% nel biennio 2013-2014 fino a 50% nella rilevazione 2017-2018 per i giocatori tra i 15 e i 64 anni, e dal 20,3% al 58% tra i giovani adulti.

Resta alta, oltre il 71%, la percentuale di chi gioca online utilizzando il computer.

DIFFUSIONE DEL GIOCO D'AZZARDO: LUOGHI

Relativamente alla disponibilità di accesso al gioco di azzardo, oltre la metà (58%) di coloro che hanno giocato almeno una volta nella vita, riferisce di poter raggiungere in meno di cinque minuti a piedi da casa un luogo di gioco.

Un ulteriore 23,5% riferisce di raggiungerlo in non più di 10 minuti.

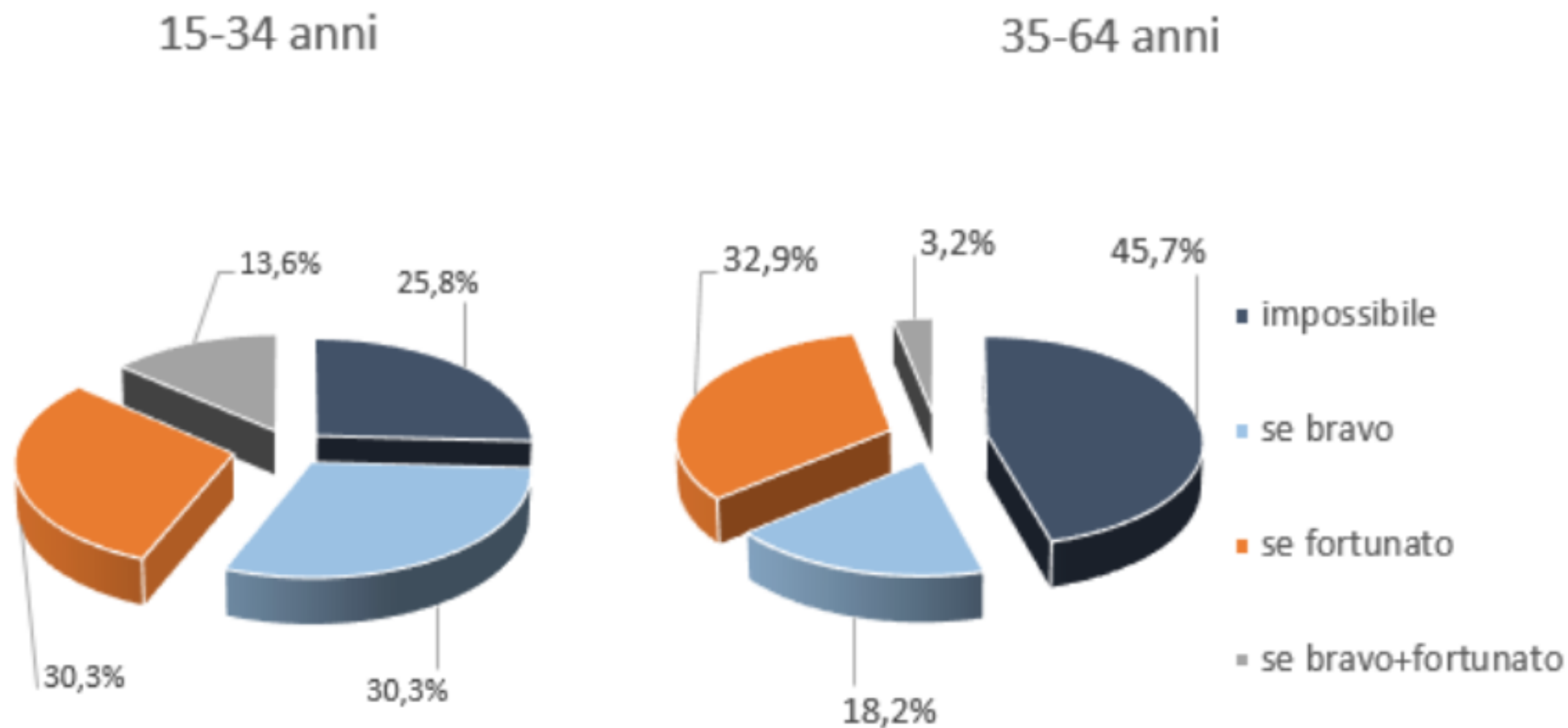
In generale, tra i giocatori 15-64enni, i **Bar/tabacchi** restano i luoghi preferiti per giocare (67,3%), seguiti **dall'abitazione propria o di amici** (22,7%) e dalle **Sale scommesse** (14,8%).

DIFFUSIONE DEL GIOCO D'AZZARDO: CREDENZE

il **25,8%** dei più giovani (15-34enni) crede **impossibile** arricchirsi giocando,
mentre il **30,3%** crede che sia **l'abilità** del giocatore a determinare la vincita

Fonte: rilevazione IPSAD®2017-2018

Figura 1.7 – Possibilità di diventare ricco giocando. Percentuali di risposte riferite tra i giocatori di 15-34 anni e 35-64 anni (2017-2018)



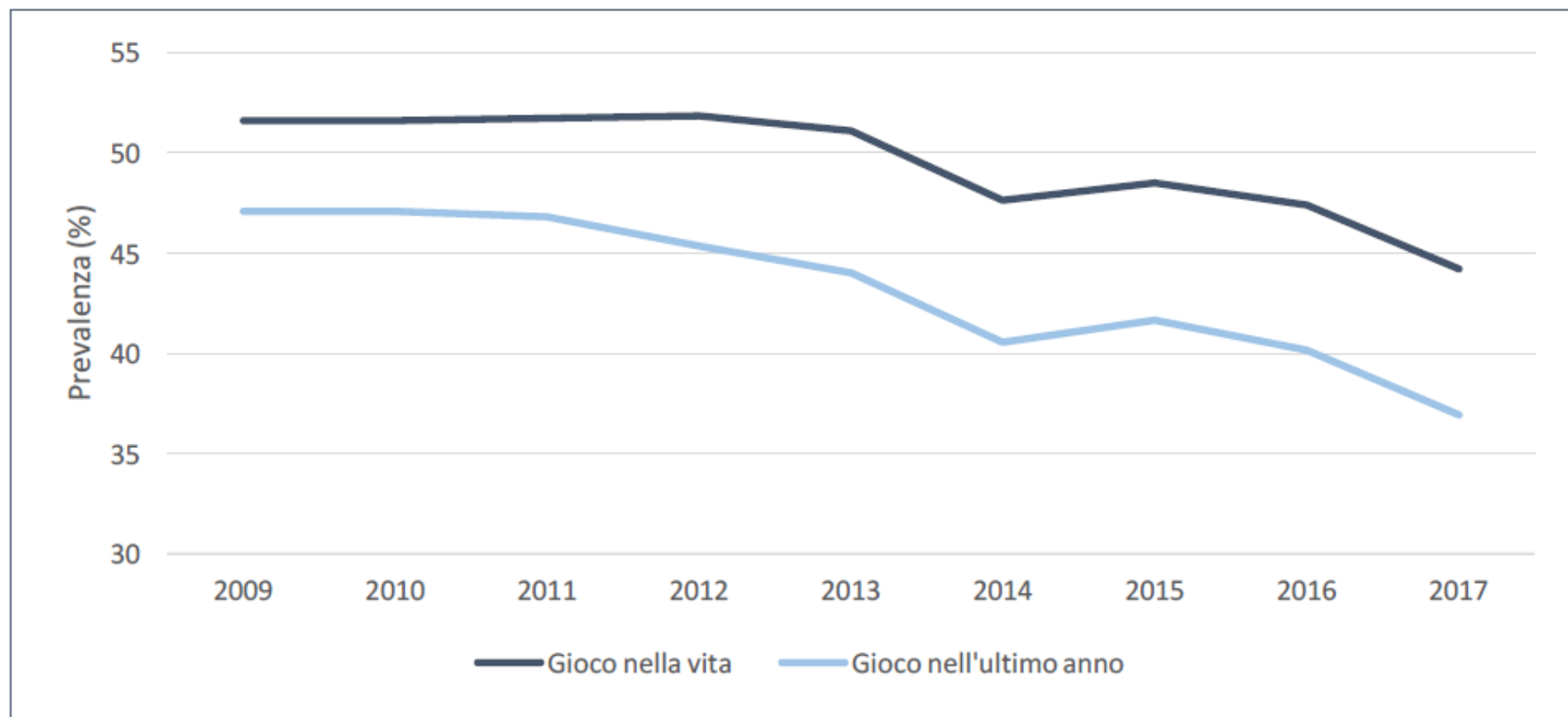
STUDENTI E GIOCO D'AZZARDO: PRINCIPALI RISULTATI ESPAD ITALIA 2017

- Nel corso del 2017 risulta che siano oltre 1 milione gli studenti che hanno giocato d'azzardo almeno una volta, nel 2008 erano 1,4 milioni.
- Nonostante nel nostro Paese sia illegale giocare per gli 'under 18' si stima che 580.000 studenti minorenni abbiano giocato d'azzardo nel corso dell'anno.
- Il gioco più diffuso è sempre il Gratta&Vinci, ma un quadro differente si delinea per gli studenti con profilo di gioco problematico, fra i quali l'azzardo più diffuso è rappresentato dalle Scommesse sportive.
- Il 33,4% degli studenti riferisce di poter raggiungere un luogo dove giocare in meno di 5 minuti a piedi da scuola.
- Fra gli studenti giocatori i luoghi dove si gioca più frequentemente sono la casa (propria o di amici) e i Bar/Tabacchi.
- Il gioco online è in diminuzione rispetto al 2015. Il device più utilizzato per giocare online è lo Smartphone, seguito dal PC.
- La maggioranza degli studenti spende in giochi d'azzardo meno di 10€ al mese. Il 10,8% degli studenti italiani non sa che il gioco d'azzardo è vietato ai minorenni;
- il 39% è convinto che sia possibile diventare ricchi se si è bravi al gioco.
- Rispettivamente il 16,7% e l'11,5% ritengono che la vincita al Bingo e alle Videolottery/slot machine sia questione di abilità.

STUDENTI E GIOCO D'AZZARDO

I risultati di ESPAD Italia 2017 mostrano che il **44,2%** degli studenti italiani ha giocato d'azzardo **almeno una volta nella vita** e che il **36,9%** lo ha fatto **almeno una volta nel corso dell'ultimo anno**.

Figura 2.1 – Stime di prevalenza degli studenti che hanno giocato d'azzardo nella vita e nell'ultimo anno (2009-2017)

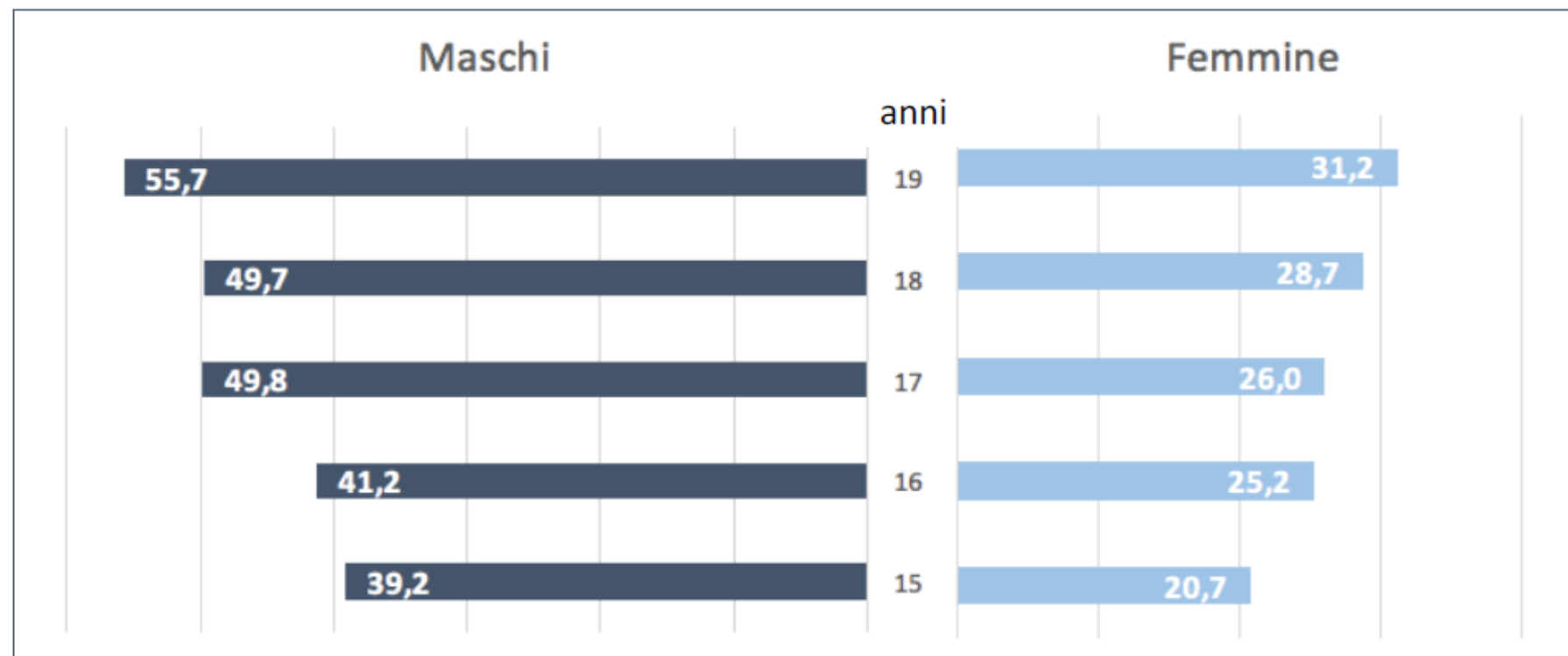


Fonte: ESPAD Italia

STUDENTI E GIOCO D'AZZARDO

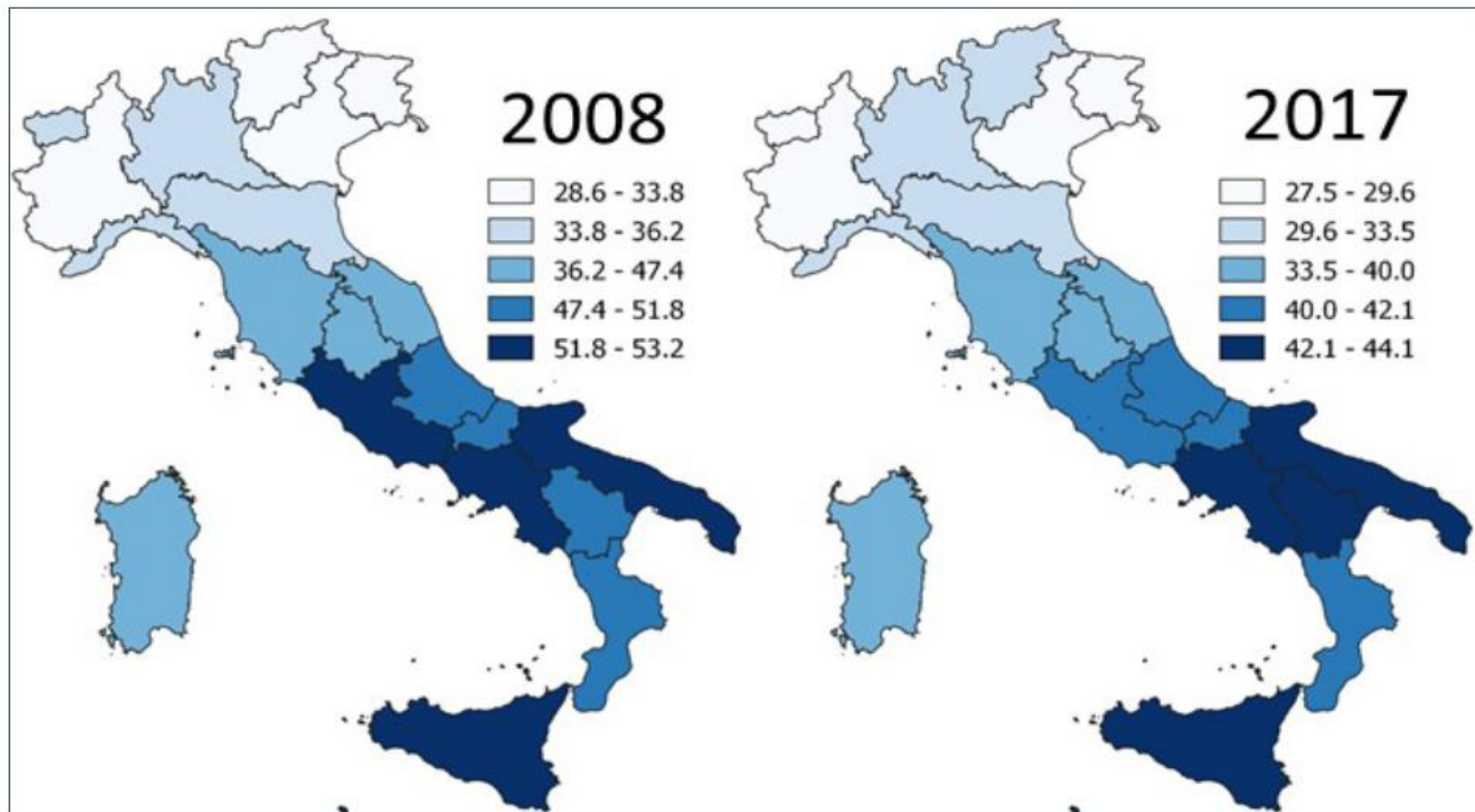
Nel 2017 si conferma che sono gli studenti di **genere maschile** a essere maggiormente attratti dal gioco d'azzardo. Infatti, la percentuale di ragazzi che ha giocato almeno una volta nella vita è del 53,1%, mentre quella delle ragazze è del 35%.

Figura 2.2 – Distribuzione percentuale per genere ed età degli studenti che hanno giocato d'azzardo nell'ultimo anno (2017)



Fonte: ESPAD Italia 2017

Figura 2.3 – Stime di prevalenza regionale degli studenti che hanno giocato d'azzardo nell'ultimo anno (2008, 2017)



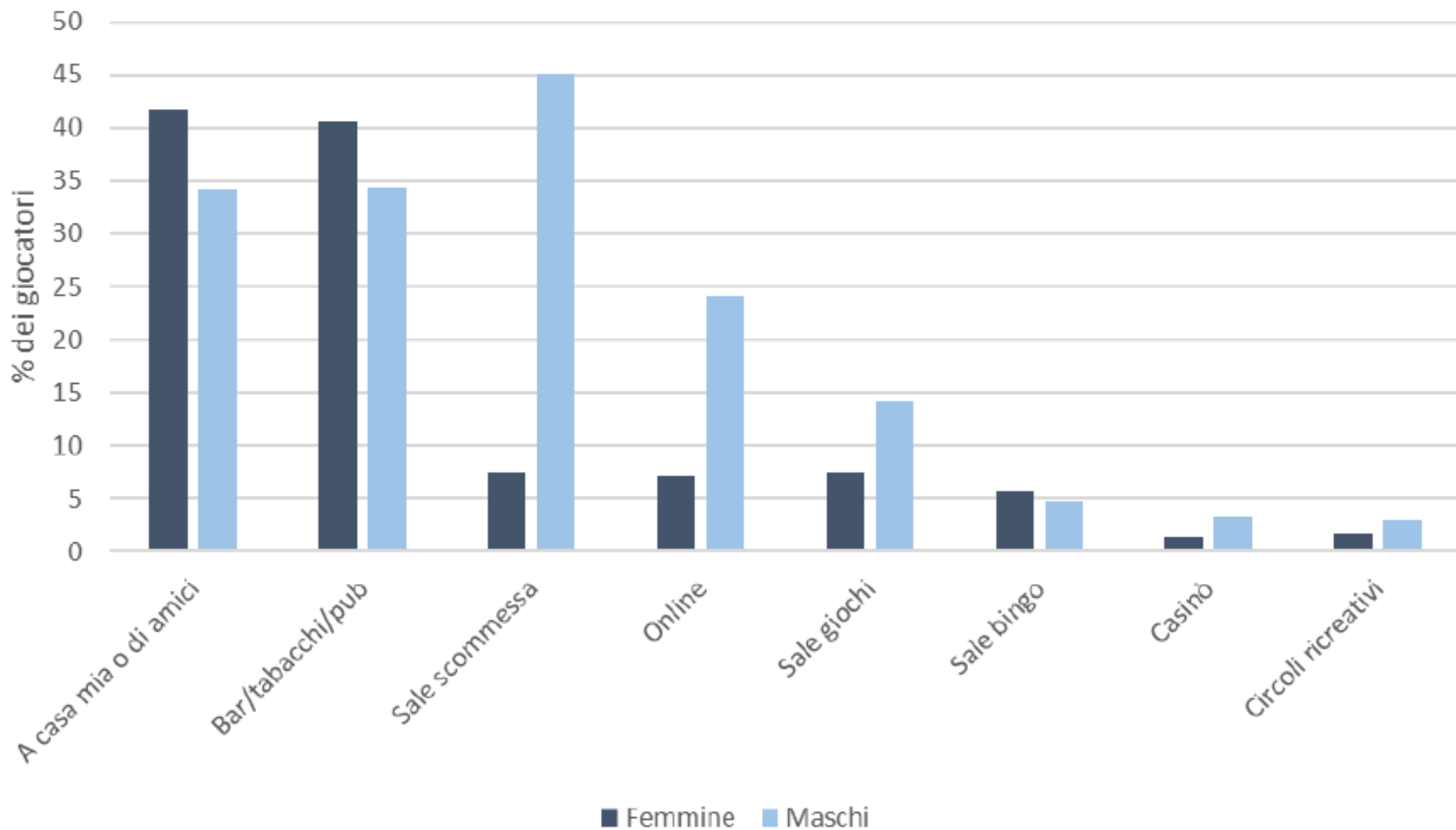
STUDENTI E GIOCO D'AZZARDO: I LUOGHI

In ESPAD Italia 2017, il 38,9% degli studenti dichiara di poter raggiungere un luogo dove si può giocare d'azzardo in meno di 5 minuti a piedi da casa e il 33,4% frequenta una scuola a meno di 5 minuti a piedi da luoghi di gioco.

Nel 2017 i luoghi prediletti dai giovani giocatori sono principalmente le mura domestiche, proprie o di amici, e gli esercizi abilitati, come Bar, tabacchi o pub, frequentati rispettivamente dal 36,8% e dal 36,5% dei giocatori.

A seguire ci sono Sale scommessa (32,1%), Sale giochi (11,8%), Sale Bingo (5,2%), Casino (2,6%) e Circoli ricreativi (2,5%).

Figura 2.5 – Distribuzione percentuale degli studenti che hanno giocato durante l'anno secondo i luoghi di gioco frequentati per giocare (2017)



IL GIOCO D'AZZARDO PROBLEMATICO

Con il termine gioco d'azzardo “problematico” (o a rischio) si può intendere quindi un comportamento volontario che mette a rischio la salute psicofisica e sociale dell'individuo e che può avere una possibile evoluzione prognostica negativa verso una forma di malattia (gioco d'azzardo patologico). Il gioco d'azzardo problematico è comunque in grado di produrre la compromissione dello stato di benessere di salute individuale. È prevenibile e più facilmente estinguibile e necessita di diagnosi e interventi precoci al fine di ridurre le potenzialità evolutive e patologiche.

IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

Alcune persone che con il tempo sviluppano comportamenti compulsivi (perdita di controllo, con un impulso irresistibile a continuare a giocare), molto simili a quelli che si manifestano con la dipendenza da sostanze stupefacenti.

Quando il giocatore aumenta la frequenza delle giocate, il tempo passato a giocare, la somma spesa nell'apparente tentativo di recuperare le perdite, investendo più delle proprie possibilità economiche (facendosi prestare i soldi per tentare di coprire i debiti o per poter giocare nuovamente) e trascurando o condizionando in modo significativo gli altri ambiti della propria vita (la famiglia, il lavoro, il tempo libero), da una situazione di gioco d'azzardo sociale si è passati ad una situazione di dipendenza, ad un gioco d'azzardo patologico.

IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

Il disturbo da gioco d'azzardo è definito, nell'ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5), come un comportamento problematico persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi.

IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

CRITERI DSM-5

A. Comportamento problematico persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi, come indicato dall'individuo che presenta quattro (o più) delle seguenti condizioni entro un periodo di 12 mesi:

1. Ha bisogno, per giocare d'azzardo, di quantità crescenti di denaro per ottenere l'eccitazione desiderata.
2. È irrequieto/a o irritabile se tenta di ridurre o smettere di giocare d'azzardo.
3. Ha fatto ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o smettere di giocare d'azzardo.
4. È spesso preoccupato/a dal gioco d'azzardo (per es. ha pensieri persistenti che gli fanno rivivere passate esperienze di gioco d'azzardo, analizzare gli ostacoli e pianificare la prossima avventura, pensare ai modi di ottenere denaro con cui giocare d'azzardo).

IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

CRITERI DSM-5

5. Spesso gioca d'azzardo quando si sente a disagio (per es. indifeso/a, colpevole, ansioso/a, depresso/a).
6. Dopo aver perduto denaro al gioco d'azzardo, spesso torna un'altra volta per ritentare ("rincorrere" le proprie perdite).
7. Mente per occultare l'entità del coinvolgimento nel gioco d'azzardo
8. Ha messo in pericolo o perduto una relazione significativa, il lavoro, opportunità di studio e di carriera a causa del gioco d'azzardo
9. Conta sugli altri per procurare il denaro necessario a risollevere situazioni finanziarie disperate causate dal gioco d'azzardo

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

CARATTERISTICHE CLINICHE DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Il gioco d'azzardo patologico presenta una varietà di caratteristiche cliniche in relazione sia alle caratteristiche individuali del soggetto, sia al tipo di gioco prevalentemente utilizzato dal paziente, ma anche alla possibile presenza di patologie correlate quali quelle psichiatriche, l'uso di sostanze stupefacenti, l'abuso alcolico e le condizioni sociali e finanziarie del soggetto.

CARATTERISTICHE CLINICHE DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

La gravità clinica è in relazione anche al tempo medio dedicato al gioco d'azzardo che può essere molto variabile da individuo a individuo. In uno studio (Grant JE 2011), tale tempo è risultato essere di 16 ore su persone adulte affette da gioco patologico.

Tale gravità dipende anche dalla perdita finanziaria media annuale che definisce concretamente l'impegno e l'impatto negativo del gioco d'azzardo sul reddito annuo del soggetto. Questa quota è molto variabile e dipendente dalle disponibilità finanziarie e, nella casistica citata precedentemente, tale perdita è risultata del 45% del reddito annuo.

CARATTERISTICHE CLINICHE DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Il gioco d'azzardo patologico è spesso associato a disturbi comportamentali e comportamenti antisociali che complicano ulteriormente il quadro clinico soprattutto nella fase di riabilitazione. Questa evidenza fenomenica è frutto delle alterazioni neuro-psico-biologiche prevalenti, citate precedentemente, e che investono in particolare il sistema del controllo prefrontale dei comportamenti volontari.

Da un punto di vista socio-ambientale, è frequente la presenza di problemi sul lavoro quali l'assenteismo, il calo delle prestazioni, fino alla perdita del lavoro stesso.

Sono riscontrabili, inoltre, problemi in famiglia che si esplicitano in conflitti con il coniuge e con i figli, difficoltà economiche e fronteggiamento di spese di sussistenza.

CARATTERISTICHE CLINICHE DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Nei casi più gravi di gioco d'azzardo patologico è possibile riscontrare un'alta frequenza di tentativi di suicidio o di suicidi portati a termine, spesso con condizioni associate di depressione, debiti consistenti e difficoltà relazionali. In particolare, tra gli adolescenti (Raisamo S et al., 2012) si è visto che circa il 17% di questi prova un senso di colpa o di vergogna a causa del gioco, che il 13% ha problemi di relazioni sociali e che il 10% ha vissuto interruzioni del normale ritmo quotidiano.

Il gioco d'azzardo patologico è associato anche a diverse patologie psichiatriche che spesso stanno alla base del disturbo e ne vengono accentuate con l'instaurarsi di queste dipendenze.

Disturbi psichiatrici correlati al gioco d'azzardo e prevalenza nei giocatori.

Prevalenza	Disturbo psichiatrico
76%	Depressione maggiore
72%	Disturbo bipolare
38%	Ipomania
13-78%	Disturbo dell'umore e alti livelli di ansia
20%	Deficit di attenzione/iperattività
8-43%	Disturbi del controllo degli impulsi
28	Associazione con dipendenza da alcol
10-52%	Abuso di sostanze
15-40%	Disturbo antisociale
(dall'1,1 al 3% nella popolazione generale)	

Alcuni autori (Moran 1970) sostengono che possono esistere diversi sotto-tipi di giocatori d'azzardo patologici in base alle caratteristiche e ai fattori che lo sostengono e alle modalità con cui esso si svolge.

Sotto tipo di giocatore d'azzardo	Prevalenza	Descrizione e specifiche
Nevrotico	34%	Il gioco d'azzardo è motivato in risposta ad un problema emotivo, quale, ad esempio, un conflitto di coppia, e si placa quando il conflitto è risolto
Psicopatico	24%	Il gioco d'azzardo appare come uno schema
Impulsivo	18%	Il gioco d'azzardo è accompagnato da una perdita di controllo
Sotto-culturale	14%	La persona gioca d'azzardo per sentirsi adatta al gruppo dei pari ma successivamente ha difficoltà a controllare il gioco
Sintomatico	10%	Il gioco d'azzardo è associato con altri disturbi mentali quali, ad esempio, depressione, ed è considerato un fenomeno secondario

MECCANISMI DEL GIOCO D'AZZARDO

Il comportamento compulsivo rilevabile nel gioco d'azzardo patologico, quindi in uno stato di dipendenza, è una malattia che ha basi neuro-fisio-patologiche ormai abbastanza ben definite, che colpisce persone particolarmente vulnerabili e cioè che presentano fattori individuali, amplificati e slatentizzati da fattori socio-ambientali, importanti modificazioni dei sistemi quali la corteccia pre-frontale (responsabile del controllo dei comportamenti volontari), il nucleo accumbens - sistema della gratificazione, il sistema degli oppioidi endogeni (implicato nella regolazione dell'ansia) e l'amigdala estesa (importante drive dei comportamenti aggressivi e delle sensazioni legate alla paura).

MECCANISMI DEL GIOCO D'AZZARDO

Il comportamento espresso dalla persona affetta da gambling patologico è la risultante di un insieme di fenomeni sostenuti da diversi fattori neuro-fisio-patologici. Il comportamento di gioco viene attivato da impulsi e stimoli visivi, uditivi, tattili, olfattivi, gustativi, o da evocazione di memoria, che possono andare a influenzare la percezione del soggetto e quindi attivare reazioni comportamentali. L'impulso dunque può essere sia esogenico, cioè proveniente dall'esterno, sia endogenico, cioè proveniente da ricordi ed evocazioni di memoria elaborati dallo stesso soggetto, indipendentemente che vi sia stato uno stimolo esterno oppure no.

MECCANISMI DEL GIOCO D'AZZARDO

Un'importante osservazione ha potuto inoltre determinare che i soggetti con gioco d'azzardo patologico esprimono una preferenza per una ricompensa minore ma immediata rispetto ad una ricompensa maggiore ma successiva (Petry 1999).

In altre parole, i soggetti con gioco d'azzardo patologico ricercano gratificazioni immediate al contrario di soggetti normali che preferiscono ricercare ricompense più elevate anche se successive. Questa caratteristica, e cioè la preferenza alla gratificazione immediata, è stata anche associata ad un maggior grado di impulsività (Eysenck 1985) e questa preferenza di gratificazione immediata nei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico sembra essere dovuta ad un deficit neuropsicologico e non influenzato, ad esempio, da fattori esterni quali i debiti (Petry 2001).

MECCANISMI DEL GIOCO D'AZZARDO

Le strutture coinvolte nei sistemi della gratificazione e della ricompensa giocano inoltre un ruolo molto importante nella regolazione dell'*arousal* (intenzione volontaria con stato di attivazione psicofisiologica ad eseguire un compito o un'azione).

Il sistema di *arousal* risulta fondamentale sia per favorire sia per interrompere un comportamento motorio. I livelli di *arousal* e la direzione della sua azione (quindi verso l'inibizione o l'attivazione comportamentale) sono in grado di fare esprimere al giocatore patologico la reiterazione del comportamento. Si è notato, infatti, un più alto livello di *arousal* nei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico. In questi casi, l'*arousal* è in grado di mantenere tale comportamento anche per lungo tempo (Goudriaan 2004).

MECCANISMI DEL GIOCO D'AZZARDO

Dalla valutazione neuropsicologica è emerso che il funzionamento neuropsicologico dei giocatori patologici è simile a quello di soggetti con danno neurologico del lobo frontale e con disturbi da uso di droghe.

Studi suggeriscono per i giocatori d'azzardo una compromissione dei processi decisionali, che li porta a trascurare o ignorare le conseguenze negative della ricompensa immediata (ottenuta attraverso il gioco d'azzardo), e anche a credenze irrazionali, che li portano a sopravvalutare le reali possibilità di vincita (Conversano 2012).

MECCANISMI DEL GIOCO D'AZZARDO

Attraverso studi con fMRI condotti su giocatori d'azzardo durante la visione di filmati sul *gambling*, sono state osservate spesso anomalie nell'attivazione dei lobi frontali e dei circuiti neurali subcorticali-corticali che proiettano alla corteccia frontale, insieme ad una diminuita attivazione della corteccia orbito-frontale e della corteccia prefrontale ventro-mediale (Conversano 2012).



Questi dati indicano un'importante informazione aggiuntiva, ovvero che le “sfiorate vincite” rafforzano il desiderio di giocare d'azzardo attraverso un coinvolgimento anomalo del circuito della ricompensa, nonostante l'oggettiva mancanza del rinforzo monetario in tali prove (Clark 2009).

MECCANISMI DEL GIOCO D'AZZARDO

Studi successivi (Billieux J et al., 2012) hanno anche evidenziato che nei giocatori d'azzardo le reazioni delle aree cerebrali sedi dell'apprendimento in corrispondenza di una vittoria o di una quasi-vincita alle slot machine sono pressoché uguali.

Ciò sta a significare che la quasi-vincita, produce nei giocatori d'azzardo patologico la medesima attività sul sistema di gratificazione che produce un'effettiva vincita. In questi casi, i giocatori riportano che poiché la quasi-vincita non è stata particolarmente gratificante, essi provano desiderio di continuare a giocare ancora.

MECCANISMI DEL GIOCO D'AZZARDO

Nello studio con fMRI di De Ruiter e colleghi (2009), è stato dimostrato che i giocatori d'azzardo mostrano grave perseverazione comportamentale come risposta allo stimolo di gioco, associata a ridotta attivazione nella corteccia prefrontale ventrolaterale di destra in risposta sia alla perdita che al guadagno monetario. Il gioco d'azzardo patologico, dunque, è legato alla perseverazione comportamentale allo stimolo (compulsione) e alla diminuita sensibilità a ricompense e punizioni, come indicato dall'ipoattivazione della corteccia prefrontale ventro-laterale quando il denaro viene perso o guadagnato.

Inoltre, l'integra capacità di pianificazione e la normale reattività frontostriatale dorsale indicano che questo deficit non è dovuto al ridotto funzionamento esecutivo.

La perseveranza nella risposta e l'iporesponsività prefrontale ventrale alla perdita monetaria potrebbero essere marcatori per i comportamenti disadattivi osservati sia nelle dipendenze da sostanze, sia in quelle comportamentali senza sostanza.

MECCANISMI DEL GIOCO D'AZZARDO

Gli studi con fMRI sui giocatori patologici hanno evidenziato la presenza di disfunzioni in diverse aree cerebrali che possono influenzare tre distinte aree di comportamento (Conversano 2012):

1. le aspettative, che riflettono sia la previsione di ricompensa basata sulle probabilità osservate sia il rinforzo associato ad uno stimolo;
2. la compulsione, che implica l'applicazione ripetitiva di una strategia comportamentale nonostante la mancanza dell'associazione di ricompensa con lo stimolo;
3. il processo decisionale, che richiede il bilanciamento delle aspettative contro le ricompense stimolo-associate o le probabilità rinforzanti.

G.A.P.: Aree alterate del comportamento

```
graph TD; A[G.A.P.: Aree alterate del comportamento] --> B[Aspettative irrealistiche e previsione di ricompensa]; A --> C[Compulsione]; A --> D[Processi decisionali]; B --> E[Ottimismo esagerato sui possibili risultati di gioco]; C --> F[Applicazione ripetitiva nonostante l'assenza di ricompensa e la presenza di effetti avversi]; D --> G[Non corretta stima del rischio e delle conseguenze];
```

Aspettative
irrealistiche e
previsione di
ricompensa

Ottimismo esagerato
sui possibili risultati di
gioco

Compulsione

Applicazione ripetitiva
nonostante l'assenza
di ricompensa e la
presenza di effetti
avversi

Processi
decisionali

Non corretta stima del
rischio e delle
conseguenze

MECCANISMI DEL GIOCO D'AZZARDO

In conclusione, anche questi studi di *neuroimaging* sui giocatori d'azzardo problematici e patologici hanno dimostrato quattro importanti classi di disfunzione:

1. I giocatori d'azzardo patologici prendono più frequentemente decisioni svantaggiose (Goudriaan 2005, Lawrence 2009).
2. Mostrano una minor reattività nell'area della ricompensa durante il guadagno monetario derivante dal gioco (Reuter 2005) ma, dato molto importante, anche dopo la perdita di denaro (De Ruiter 2008).
3. Rivelano un reclutamento delle aree della ricompensa anche durante le “quasi vincite” (Clark 2009, Somerville 2010) che sono in grado, peraltro, di invogliare il giocatore a continuare l'attività di gioco d'azzardo.
4. Mostrano una diminuzione dell'attività del network del controllo cognitivo durante la risposta inibitoria (De Ruiter 2012)

GIOCO D'AZZARDO NELL'ERA DIGITALE

«L'App SuperEnalotto si rinnova e da oggi saranno introdotte nuove funzionalità per arricchire e migliorare l'esperienza di gioco.

La nuova App SuperEnalotto consentirà ai clienti di inviare la giocata, compilata in mobilità dallo smartphone, direttamente al terminale in ricevitoria e verificare le vincite semplicemente inquadrando il QR Code stampato sulla ricevuta di gioco.

Gli appassionati non perderanno nessuna occasione per tentare la fortuna: grazie alla App potranno giocare facendo aperitivo in centro oppure prendendo il sole su una spiaggia deserta! »

GIOCO D'AZZARDO NELL'ERA DIGITALE

La facilità di accesso a Internet ha favorito la crescita del numero di minori coinvolti.

I giovani, fidelizzati al gioco sin da piccoli, perdono la cognizione del possibile pericolo perché tutto diventa normale.

Diventare dipendenti è “semplice”, sempre più siti e le app prevedono la possibilità di puntare dei soldi.

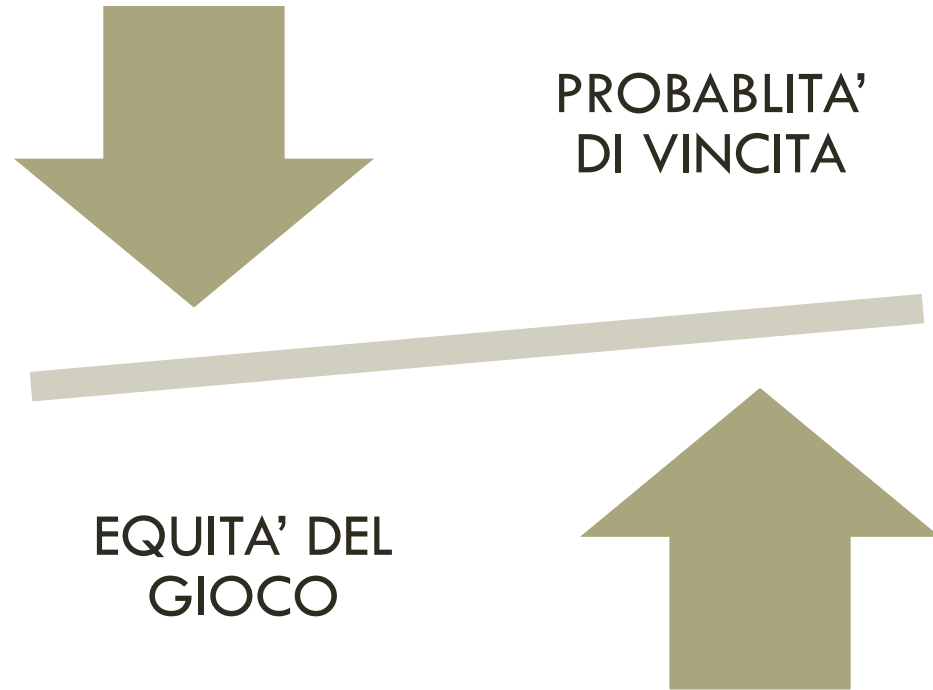
I metodi di pagamento utilizzati in internet abbassano la percezione della perdita di denaro (carte di credito rispetto ai tradizionali contanti e fiches).

Il gioco d'azzardo online sfugge spesso alle leggi restrittive vigenti del nostro paese e alla protezione dei minori.

STATISTICA E GIOCO D'AZZARDO

MODULO 2

STATISTICA E MATEMATICA





Articolo 5.

La massa premi ammonta ad euro 105.000.000,00 suddivisa nei seguenti premi:

n. 5	premi di....	euro 500.000,00
n. 25	premi di....	euro 100.000,00
n. 250	premi di....	euro 10.000,00
n. 5.000	premi di....	euro 1.000,00
n. 7.500	premi di....	euro 500,00
n. 65.000	premi di....	euro 100,00
n. 120.000	premi di....	euro 50,00
n. 90.000	premi di....	euro 25,00
n. 270.000	premi di....	euro 20,00
n. 350.000	premi di....	euro 15,00
n. 2.030.000	premi di....	euro 10,00
n. 8.610.000	premi di....	euro 5,00

PROBABILITA'

Vengono stampati 30 000 000 di biglietti

Ciascun biglietto costa 5 euro

Premio	N. Biglietti	Probabilità
5	8610000	28.7%
10	2030000	6.767%
15	350000	1.167%
20	270000	0.90%
25	90000	0.30%
50	120000	0.40%
100	65000	0.2167%
500	7500	0.0250%
1000	5000	0.0167%
10000	250	0.0008333%
100000	25	0.0000833%
500000	5	0.0000167%
		38.49%

PROBABILITA'

spendere 5 euro comprando un biglietto del "Miliardario"

$P = 100\%$ ovvero sempre

trovare un premio

$P = 38\%$ ovvero circa 1 volta su 3

vincere (trovare un premio maggiore del costo del biglietto)

$P = 10\%$ ovvero circa 1 volta su 10

vincere un premio maggiore di 100 euro

$P = 0.04\%$ ovvero circa 1 volta su 2 500

vincere 500 000 euro

$P = 0.0000166\%$ ovvero circa 1 volta su 6 000 000

INTERVENTI NEL SOCIALE

MODULO 3

DEFINIZIONE DI SALUTE

salute Stato di benessere fisico e psichico, espressione di normalità strutturale e funzionale dell'organismo considerato nel suo insieme; il concetto di s. non corrisponde pertanto alla semplice assenza di malattie o di lesioni evolutive in atto, di deficit funzionali, di gravi mutilazioni, di rilevanti fenomeni patologici, ma esprime una condizione di complessiva efficienza psicofisica.

BENESSERE

«Lo stato emotivo, mentale, fisico, sociale e spirituale di **benessere** che consente alle persone di raggiungere e mantenere il loro potenziale personale nella società»

LA PROSPETTIVA ECOLOGICA

L'ambiente è composto da una serie di strutture concentriche :

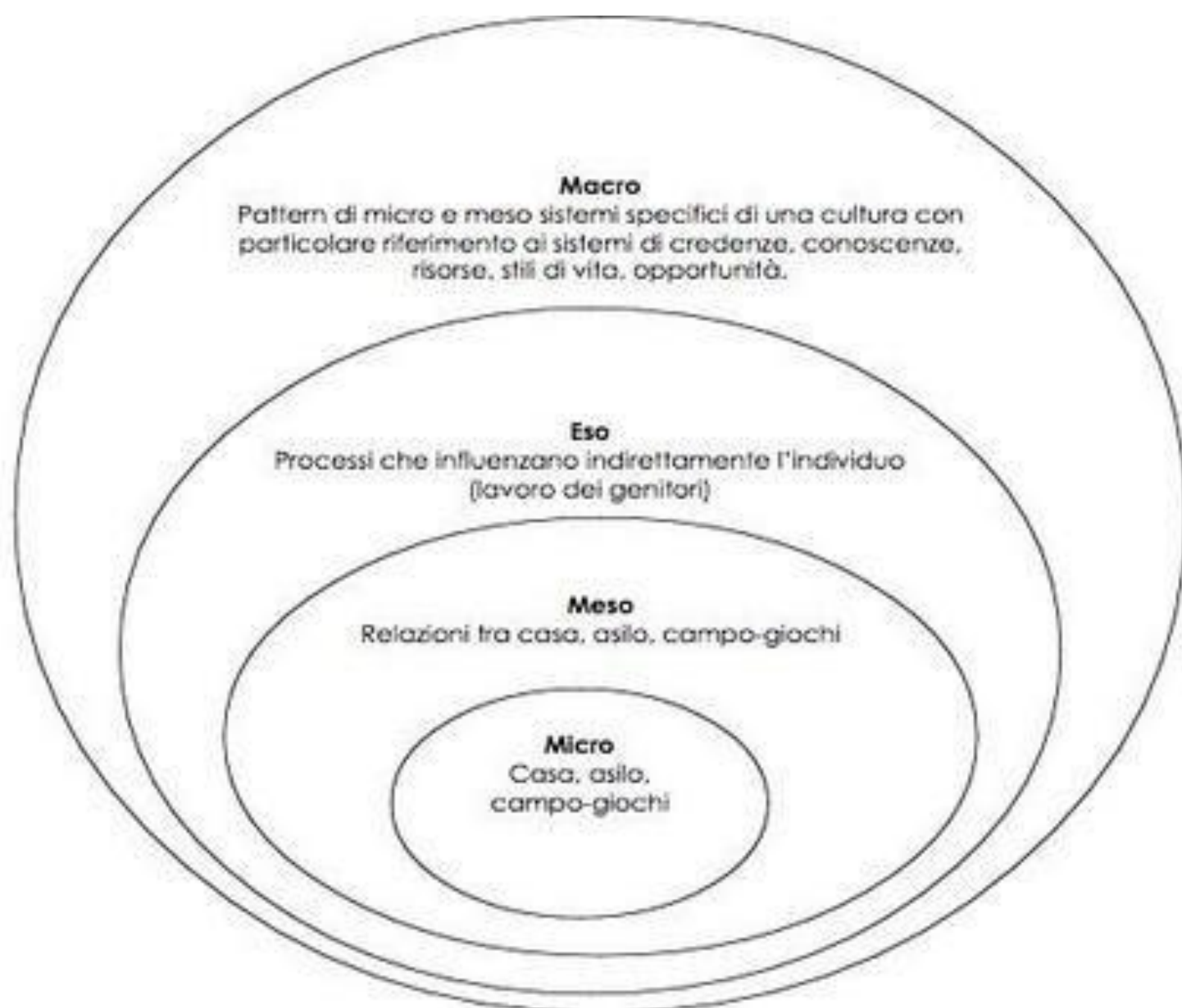
Livello individuale:

Microsistema: relazioni tra persona e ambiente (esperienza diretta)

Mesosistema: sistema di microsistemi, due o più ambienti cui la persona partecipa e loro connessioni

Esosistema: una o più situazioni ambientali a cui la persona non partecipa direttamente , nei quali si verificano eventi che influenzano l'ambiente della persona

Macrosistema: contesto sovrastrutturale che condiziona gli altri sistemi



LIVELLO INDIVIDUALE

1. Caratteristiche che connotano l'individuo
2. Fattori legati alle competenze e alle abilità: comprendere quali abilità, credenze, conoscenze.. Possiedono i soggetti e soprattutto quali aspetti si legano maggiormente ai fenomeni di interesse, per definire il problema e per la prevenzione dello stesso.
3. Fattori comportamentali e stili di vita: attenzione focalizzata su cosa fanno le persone e come i diversi stili comportamentali interagiscono tra loro. Individuare i fattori comportamentali che si caratterizzano come fattori di rischio o di protezione per un determinato fenomeno

MICROSISTEMA

1. Contesti di vita e persone con cui il soggetto ha contatto diretto
2. Analisi della rete sociale: ampiezza, struttura, funzione..
3. La modificazione della rete sociale in cui il soggetto è inserito veicola il cambiamento al soggetto stesso (ad esempio considerando il microsistema famiglia, si potrebbero attuare dei training per migliorare le conoscenze dei genitori in merito ad un determinato fenomeno)

PROCESSI SOCIALI E DI MEDIAZIONE

1. PROCESSI DI PRIMO ORDINE: costituiti dalle influenze dirette che i contesti di vita hanno sull'individuo
2. PROCESSI DI SECONDO ORDINE: costituiti dalle interconnessioni tra due o più setting all'interno dei quali la persona partecipa attivamente. I diversi contesti interagiscono e influenzandosi tra loro provocano ulteriori effetti sull'individuo (es. rapporto insegnanti-genitori)
3. PROCESSI DI TERZO ORDINE: prodotto delle interazioni dei vari elementi del sistema comunità.

CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI:

PREVENZIONE

PREVENZIONE PRIMARIA: Volta a ridurre l'incidenza di un disturbo agendo sulla popolazione sana e quindi prevedendo lo sviluppo di nuovi casi.

PREVENZIONE SECONDARIA: è finalizzata ad individuare precocemente nuovi casi problematici e di fornire trattamenti ad uno stadio precoce o latente dello sviluppo di un disturbo.

PREVENZIONE TERZIARIA: ha lo scopo di ridurre la durata, l'impatto e la cronicizzazione di un particolare disturbo o disagio.

CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI: PREVENZIONE

Con il termine «interventi preventivi» si intendono tutte quelle azioni rivolte a ridurre la probabilità del verificarsi di un determinato fenomeno.

Questo può essere messo in pratica agendo su quei fattori o variabili che aumentano o diminuiscono la probabilità che un disturbo si manifesti.

In letteratura questi fattori sono indicati come FATTORI DI RISCHIO (associati ad una maggiore probabilità di sviluppare un disagio) e FATTORI DI PROTEZIONE (associati ad un aumento delle probabilità di mantenere uno stato di benessere).

LA PROGETTAZIONE

MODULO 4

PRO-GETTARE

Pro-gettare” significa “gettare in avanti”, cioè stabilire quello che si farà, in base a quali presupposti, con quali metodologie, per quali finalità e con quali strumenti verificare il raggiungimento del risultato.

Il progetto è dunque un prospetto di attività, che servono a prevenire un problema, ad affrontarlo, a sviluppare una risorsa o a intervenire su una situazione.

Dunque nel progetto sono specificati tutti gli aspetti del problema: il contenuto, la teoria di riferimento, la metodologia di intervento, gli obiettivi, le risorse. Tutto deve essere strutturato, coerente, concreto e misurabile.

Titolo

- Premessa e analisi del contesto
- Destinatari diretti e indiretti
- Obiettivo generale
- Obiettivi specifici
- Metodologia
- Attività, fasi, tempi
- Risorse
- Budget
- Rischi
- Valutazione:
 - pre-ante
 - in-itinere
 - post-ante

PREMESSA

Generalmente la premessa teorica può essere svolta in due modi:

1. con una teoria di riferimento
2. con una spiegazione generale di un fenomeno

DESTINATARI

Destinatari

- Diretti: le puerpere che affluiscono al consultorio familiare di Roma
- Indiretti: i neonati che beneficiano dello stato di benessere delle madri, ottenuto grazie al sostegno offerto loro

OBIETTIVO GENERALE

L'obiettivo generale descrive sinteticamente il proposito principale del progetto.

Esempio →

L'obiettivo generale per un progetto di prevenzione dei disturbi dell'apprendimento sarà:

L'obiettivo generale è di prevenire i disturbi dell'apprendimento, individuando il possesso dei pre-requisiti cognitivi, percettivi, sociali per l'ingresso nella scuola elementare e predisponendo strumenti e programmi personalizzati per bambini che non dovessero risultare in possesso di tali requisiti.

OBIETTIVI SPECIFICI

Dopo l'obiettivo generale, vanno elencati gli obiettivi specifici in modo schematico.

Questi obiettivi devono essere concreti e contenere verbi all'infinito che indicano azioni quantificabili, ad esempio: aumentare, diminuire, incrementare, informare, formare, aggiornare, sviluppare competenze.

Esempio →

Gli obiettivi specifici per un progetto di prevenzione dei disturbi dell'apprendimento saranno:

- *Formare gli insegnanti sui Disturbi Specifici dell'Apprendimento*
- *Informare i genitori sui DSA, per evitare stereotipi o pregiudizi*
- *Effettuare uno screening sui requisiti dell'apprendimento*
- *Intervenire in modo personalizzato sui bambini a rischio potenziandone i prerequisiti dell'apprendimento con uno specifico training*

METODOLOGIA

In questo paragrafo è necessario indicare il modello teorico e metodologico di riferimento.

Esempio →

Modello integrato, modello di psicologia di comunità....

ATTIVITA' - FASI - TEMPI

Fase 1: generalmente consiste nella presentazione del progetto

Fase 2: generalmente può consistere nella formazione degli operatori

Fase 3: attività più consistenti come uno screening con un test, oppure un training, oppure un laboratorio, un corso...

Fase 4: conclusione, con presentazione dei risultati.

RISORSE

In questo breve paragrafo, si possono elencare le risorse materiali e umane necessarie a svolgere il progetto.

Esempio→

Risorse materiali: generalmente si possono indicare locali, materiale cartaceo e da ufficio, test o questionari specifici.

Risorse umane: possono essere docenti, medici, assistenti sociali, animatori sociali. Indicarne il numero ed eventualmente specificarne la funzione.

VALUTAZIONE

In quest'ultimo paragrafo del progetto occorre specificare 3 tipi di valutazione:

- pre-ante: somministrazione di un questionario appositamente elaborato per esplorare aspettative, bisogni, propositi dei partecipanti. Inserire eventualmente anche un test che poi sarà risomministrato alla fine
- in-itinere: diari di bordo per annotare osservazioni, valutazioni, ostacoli e andamento del progetto.
- post-ante: questionario appositamente elaborato per valutare il progetto.

LA COMUNICAZIONE

MODULO 5



La comunicazione è un processo di scambio di informazioni e di influenzamento reciproco che avviene, in un determinato contesto, fra due o più persone.

Fonte di trasmissione: chi comunica

Messaggio: oggetto della comunicazione

Veicolo di trasmissione: mezzo usato per comunicare

Destinatario: persona alla quale indirizziamo il messaggio

Ostacoli/Interferenza: tutto ciò che ostacola la trasmissione e la ricezione di un messaggio



COME DIMUIRE L'INTERFERENZA:

- Visualizzare come arriverà il messaggio al destinatario
- Esame preventivo di ogni singolo passaggio
- Valutare la ricezione attraverso l'analisi del feedback

IL FEEDBACK

Il feedback è..

Risposta/reazione ad un messaggio
Informazione retroattiva

Il feedback può essere..

Immediato

Differito

Coerente

Incoerente

Atteso

Inatteso

Disatteso

**Ciò che vogliamo
comunicare**



**Ciò che realmente
diciamo**



Ciò che l'altro sente



**Ciò che l'altro ritiene
di aver capito**

**La comunicazione è efficace quando il ricevente
comprende ciò che l'emittente intendeva
trasmettere**

**Il feedback è perciò lo specchio
dell'efficacia della comunicazione**

PERDITA DI INFORMAZIONI

I LIVELLI DELLA COMUNICAZIONE

Comunicazione Verbale: utilizza le parole

Comunicazione non Verbale: espressione del volto, gesti, ..

Comunicazione paraverbale: tono di voce, volume, timbro della voce, ritmo..

Comunicazione Simbolica: Il nostro modo di vestire, oggetti...

COMUNICAZIONE NON VERBALE

La comunicazione non verbale:

1. È contestuale (avviene sempre in un preciso contesto)
2. È comunicativa (non si può non comunicare)
3. È caratterizzata da più gesti e comportamenti

GLI STILI DI COMUNICAZIONE

Esistono vari stili di comunicazione:

1. COMUNICAZIONE AGGRESSIVA
2. COMUNICAZIONE PASSIVA
3. COMUNICAZIONE ASSERTIVA

COMUNICAZIONE AGGRESSIVA

Dal punto di Vista dell'emittente:

- Esprime le proprie emozioni in modo incontrollato
- Disprezzo degli altri

Dal punto di Vista dell'ricevente:

- Respinto, ferito, umiliato
- Diffidente
- Si sente frustrato

COMUNICAZIONE PASSIVA

Dal punto di Vista dell'emittente:

- Auto-rifiuto
- Inibito, ferito, ansioso
- Permette agli altri di scegliere al proprio posto
- Non raggiunge la meta desiderata

Dal punto di Vista dell'ricevente:

- In colpa o adirato
- Scarsa stima dell'emittente
- Raggiunge la meta desiderata a spese dell'emittente

COMUNICAZIONE ASSERTIVA

E' uno stile comunicativo che caratterizza un individuo socievole, sicuro di sé e aperto al confronto.

La condotta assertiva rimuove gli ostacoli che impediscono il contatto con gli altri e minimizza i rischi di incomprensione.

La persona assertiva, infatti, sa innanzitutto comprendere gli altri e rispettarli; allo stesso modo, però, è in grado di salvaguardare i propri diritti

COMUNICAZIONE ASSERTIVA

La comunicazione assertiva permette di:

1. Esprimere totalmente il nostro diritto
2. Contenere in nostro interlocutore
3. Esprimere le nostre emozioni

COMUNICAZIONE ASSERTIVA

Dal punto di Vista dell'emittente:

Aumento della propria autostima - Esprime quello che sente in modo socialmente adeguato - Sceglie per se stesso - Può raggiungere la meta desiderata

Dal punto di Vista dell'ricevente:

“Sereni” - Ha la possibilità di esprimere ciò che sente - Può raggiungere la meta desiderata