



ALEA

Bulletin

Associazione per lo studio del gioco d'azzardo
e dei comportamenti a rischio

XIII
1/2025

ALEA è una associazione scientifica senza fini di lucro. La sua missione è studiare e promuovere interventi sul fenomeno del gioco d'azzardo e le sue ricadute personali, familiari e sociali, prima fra tutte lo sviluppo della patologia di dipendenza correlata (**Disturbo da Gioco D'Azzardo, DGA**). Promuove la formazione degli operatori, lo scambio scientifico e la diffusione di una cultura responsabile e prudente in tema di gioco d'azzardo

S O M M A R I O

- 3 Editoriale
di M. Fiasco

- 6 La clinica del disturbo da videogiochi – II: epidemiologia, tipologia, assessment e trattamenti
di G. Bellio

- 19 Algoritmi e libertà: il dilemma etico del gioco d’azzardo online
di L. Guliman, D. Serafin

- 26 Osservazioni iniziali sull’utilizzo del trattamento integrativo di coppia per il gioco d’azzardo
patologico (ICT-PG) nel servizio pubblico
di D. Germoni, G. Passarella, S. Cabrini, M. Avanzi

- 35 Audizione presso la Direzione Generale di Prevenzione del Ministero della Salute – Roma
maggio 2025 – Osservazioni e proposte di evoluzione del documento di linee d’indirizzo
di M. Fiasco

Editoriale

Maurizio Fiasco

Presidente di ALEA

Gioco d'azzardo in Italia: la grande impostura normalizzata

Sono ventisette anni che osservo, studio, interrogo il fenomeno del gioco d'azzardo in Italia. Per tre mandati ho rappresentato Alea, come presidente dell'associazione, e ho contribuito ai lavori dell'Osservatorio presso il Ministero della Salute. Nell'ultima edizione, ben dieci colleghi hanno fatto parte dell'organismo consultivo governativo per le politiche sociosanitarie. Li avevano designati, *naturaliter*, le Regioni dove prestano servizio nel settore delle Dipendenze o erano stati chiamati in virtù della loro lunga e indiscussa qualità professionale, per esempio in associazioni "sorelle" come AND.

Tutti abbiamo contribuito in assoluta gratuità e propugnando con rigore l'interesse pubblico a rendere effettivo il diritto costituzionale alla salute. Ci ha sostenuto l'assenza di ogni potenziale conflitto d'interesse, coniugata con lo scrupolo scientifico delle posizioni sostenute, anche in mesi drammatici come quelli della pandemia. Poteva tutto ciò passare inosservato agli imponenti trust economico-finanziari che condizionano il nostro Stato nelle politiche del gioco d'azzardo? Domanda retorica, risposta lapalissiana. Si doveva

coprire l'eccesso di evidenza che, notava Leonardo Sciascia, il Potere non tollera niente affatto. Un paese che conta una popolazione sterminata di persone in condizioni di addiction andava liberato dal richiamo alle responsabilità pubbliche. E così è avvenuto: con il bilancio dello Stato 2025 si è fermata la costruzione di una policy di contrasto alla dipendenza di massa da gioco d'azzardo. Soppressi il fondo nazionale e l'osservatorio, riaperta l'autostrada alle lobby del settore, caduta nel silenzio la responsabilità del Servizio Sanitario Nazionale. Il tutto sostituito dalla ventennale inconcludenza del Dipartimento delle politiche antidroga, che è da vent'anni una macchina della retorica e non la sintesi dell'inflessa war on drugs condotta con ridicoli spot televisivi.

Accennavo al personale impegno su questo abnorme fenomeno del gioco d'azzardo. Lo assolvo da sociologo, da esperto delle dinamiche economiche e istituzionali, ma soprattutto da cittadino che non accetta la resa delle politiche pubbliche di fronte a un'economia di dipendenza. Quella *Dopamine Economy*, figlia del *Lymbic Capitalism*,

come ha lucidamente analizzato David Courtwright¹. Quando iniziai a lavorarci, intorno al 1999, il flusso lordo del denaro puntato era di 10 miliardi di euro. Oggi, nel 2025, si viaggia verso i 170 miliardi. Una crescita vertiginosa, progettata e protetta da uno Stato che ha abdicato al proprio ruolo di garante dell'interesse generale.

L'espansione del gambling in Italia non è stata un effetto collaterale della modernizzazione economica, ma un progetto consapevole. Lo Stato ha aperto il mercato sul finire degli anni Novanta, lo ha incentivato, e infine lo ha integrato nelle logiche di bilancio, con non pochi artifici contabili. È diventato fiscalmente dipendente da un cespite fondato sulla perdita patologica di una popolazione stimata con prudenza su circa 1,5 milioni di persone. Una vera e propria addiction da ricerca di entrate fiscali, che si regge sulla moltiplicazione dei cicli di gioco, sulla fagocitazione di tempo sociale di vita speso nei meccanismi della ricompensa e sulla tolleranza neurocomportamentale sempre più profonda. Per quasi 160 miliardi di euro di cicli di scommesse!

Eppure, nel 2012, grazie all'allora ministro della Sanità Renato Balduzzi, sembrò possibile un'effettiva correzione. Inserimento delle dipendenze da gambling nei Livelli

essenziali di assistenza, e quindi riconoscimento statale dell'esistenza di una grave patologia correlata. Le dimensioni dovevano essere valutate, come accennato, da un Osservatorio nazionale per il contrasto alle dipendenze da gioco d'azzardo, a supporto del ministero per la messa a regime di una programmazione continuativa di prevenzione, cura e assistenza. Ciò costituì una svolta: vennero redatte Linee d'Azione, valutati i piani regionali, finanziati gli interventi. L'Osservatorio è stato perciò osteggiato in tutti i modi sia dall'industria dell'azzardo sia da ambienti governativi. Nel 2023 si cercò di sostituirlo con una sedicente "Consulta dei giochi pubblici" presso il ministero dell'Economia. Ma nel 2025, si è andati molto oltre.

Ecco, dunque, il colpo di mano in Legge di Bilancio, che ha cancellato tutto: fondo, osservatorio, programmi regionali, ruolo del ministero della Salute. La scelta è evidente: niente più contrasto strutturato. Al massimo, qualche spot propagandistico, qualche dichiarazione retorica, e fondi elargiti a pioggia a Enti del Terzo settore filogovernativi.

Nel frattempo, un capitale mediatico è cresciuto attorno allo "scandalo dell'azzardo". Rapporti, mappe, "libri neri" divengono materiale per i media. Ma l'effetto è paradossale:

¹ *The Age of Addiction: How Bad Habits Became Big Business*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2019

lo scandalo, reiterato, rafforza la normalizzazione. La denuncia stessa diviene co-funzionale. Chi denuncia alimenta visibilità. L'industria non ne esce danneggiata, ma confermata nella sua centralità silenziosa. Siamo di fronte a un cortocircuito sistemico.

Gli economisti Stiglitz (premio Nobel 2001) e Galbraith (economista del New Deal rooseveltiano) hanno chiarito cos'è una "dipendenza sistemica": quando istituzioni e mercati si fondono in un unico circuito, incapace di distinguere l'interesse collettivo dalla rendita privata. La cattura regolatoria, le politiche pubbliche asservite, la debolezza degli strumenti di prevenzione non sono effetti collaterali, ma segni strutturali di un assetto perverso.

In questa situazione, lo Stato dunque replica e inasprisce la contraddizione. L'ultimo esempio è grottesco: in vista della dichiarazione dei redditi 2025 il governo invita i cittadini a destinare l'8x1000 alla Pubblica amministrazione, che s'impegnerà a utilizzarlo per curare le dipendenze, citando proprio quella dal gioco d'azzardo. Lo stato cerca denaro per

i suoi Dipartimenti con lo scopo di trattare i disturbi arrecati alla Salute dalle sue stesse scelte! Si copre con questo ennesimo espediente la sciagurata decisione di smontare con il Bilancio 2025 una complessa policy per la lotta al gioco d'azzardo. Lo Stato domanda fondi ai cittadini per contrastare i danni causati da se stesso. È l'apoteosi dell'ingiunzione paradossale. È l'arretramento della funzione pubblica davanti alla macchina del profitto senza responsabilità.

L'azzardo, come il tabacco e il cibo spazzatura, è parte di un sistema industriale della dipendenza. Una filiera che integra produzione, consumo e legittimazione. Serve un pensiero lungo. Serve un'etica della responsabilità. Serve una mobilitazione civica e intellettuale capace di rompere la spirale della complicità simbolica.

Oggi è tempo di costruire. La posta in gioco non è il denaro, ma la sovranità della persona e la dignità della democrazia. Solo una nuova alleanza civica e scientifica può restituire al bene comune la centralità che gli spetta.

La clinica del Disturbo da Videogiochi: epidemiologia, tipologia, assessment e trattamenti

Graziano Bellio,

Medico Psichiatra, psicoterapeuta

1. Introduzione

Questo lavoro fa seguito e integra il precedente articolo comparso sul numero scorso del Bulletin (Bellio, 2024), completando così la panoramica sulla clinica del *gaming disorder* (GD).

Vengono qui discussi alcuni dati epidemiologici, una ipotesi di classificazione tipologica dei gamer, gli strumenti di assessment e i trattamenti.

Va ricordato che i dati della ricerca, come già illustrato nel lavoro precedente, sono condizionati dalla mancanza di criteri diagnostici condivisi che comportano differenze significative negli strumenti di assessment e nei criteri di selezione delle popolazioni studiate, con risultati finali eterogenei e talora discordanti.

L'auspicio è che le linee guida presenti nell'ICD-11 (WHO, 2019) e una revisione dei già criticati criteri diagnostici DSM (APA, 2022) possano produrre ricerche più coerenti e risultati più allineati tra loro.

2. Epidemiologia

Il mercato del videogioco nel nostro Paese è in espansione (+ 5% nel 2023 rispetto al 2022; + 28% rispetto al 2019) con un valore complessivo di 2.3 miliardi di euro (IIDEA, 2024), comprensivo sia del comparto software che di quello hardware. Attualmente l'Italia rappresenta il nono mercato mondiale e il terzo nella UE (Newzoo, 2024). Il maggior incremento negli ultimi anni lo si è avuto nel 2020, anno del lockdown pandemico (+21.9% rispetto all'anno precedente) (IIDEA, 2024).

Secondo i dati IIDEA, i videogiocatori italiani sono circa 13 milioni, ovvero il 31% della popolazione italiana tra i 6 e 64 anni, con un'età media di 30 anni. Il rapporto M/F è di 1.6/1, la quota di minorenni è del 30%, ma un giocatore su quattro ha 45 anni o più. La maggioranza dei videogiocatori (9.5 milioni) gioca regolarmente, almeno una volta alla settimana.

Differenti criteri per distinguere il gaming patologico da quello non patologico hanno condotto alla proliferazione di strumenti

psicometrici eterogenei, per quanto riguarda item e valori di cut-off, e significativamente discordanti nei dati prodotti (Zhou et al., 2024). Alcuni studi epidemiologici, inoltre, non hanno distinto il GD dall'uso problematico di Internet (altro concetto generico ancora in attesa di una determinazione operativa convincente), con il risultato di ottenere prevalenze assai elevate e variabili. Di fatto, i valori di prevalenza ottenuti finora presentano scarti anche di un ordine di grandezza e più, e inoltre spesso appaiono del tutto “fuori scala”, non comparabili a quelli di altri quadri morbosi simili, come ad esempio il gambling disorder, il disturbo ossessivo-compulsivo o la dipendenza da sostanze (Stevens et al., 2020).

Comunque, diversi studi hanno confermato che il GD è più comune tra i maschi (rapporto di 2.5/1 rispetto alle femmine) e tra gli adolescenti rispetto agli adulti. Maggiori prevalenze sono state ottenute in Oriente (Giappone, Sud Corea, Cina); ciò potrebbe essere spiegabile sulla base sia di differenze culturali, sia di problemi metodologici, come ad esempio diverse campionature (campioni piccoli o non casuali).

Una recente review con metanalisi (Stevens et al., 2020) ha stimato la prevalenza del GD in 3.05% della popolazione (IC=2.38-3.91%), confermando tuttavia la significativa eterogeneità tra i 53 studi revisionati. Sulla base degli studi più robusti sul piano del

campionamento, la prevalenza scende a 1.96% (IC=0.19-17.12%). Tra i maggiori fattori di eterogeneità, lo strumento di misurazione utilizzato e il relativo cut-off sono responsabili del 78% della varianza, confermando che la diagnosi standardizzata è essenziale per ottenere dati affidabili.

Lo studio di Stevens e Colleghi conferma la già nota maggiore prevalenza nei Paesi asiatici, anche se non esclude la possibilità di distorsioni derivanti da metodologie differenti. Inoltre, sottolinea una crescita del valore di prevalenza nel corso degli ultimi 10 anni. Tuttavia, anche in questo caso, non possono essere esclusi fattori metodologici.

Una metanalisi ancora più recente (Kim et al., 2021) di fatto corrobora quanto riportato da Stevens e Colleghi (2020): la prevalenza è stimata al 3.3% (8.5% nei maschi, 3.5% nelle femmine), ma si riduce al 2.4% prendendo in esame solamente gli studi con campioni rappresentativi. Anche in questo studio la prevalenza nei Paesi dell'Estremo Oriente risulta maggiore rispetto ai Paesi occidentali.

3. Tipologia di videogiocatori

Svariati sistemi di classificazione/tipizzazione dei soggetti con dipendenza (chimica o gambling) sono stati sviluppati per facilitare l'organizzazione del ragionamento clinico, delle strategie e degli strumenti terapeutici a fronte della spiccata eterogeneità dei quadri clinici

osservabili. Generalmente si utilizzano dei metodi statistici che, sulla base delle variabili rilevate, estrapolano raggruppamenti (cluster). La risultante classificazione si basa quindi sulla scelta, il numero, la tipologia e il metodo di misurazione delle variabili, modificando le quali si potrebbero ottenere classificazioni differenti. Va però considerato che la validità di una tipizzazione non è un mero fatto statistico: dovrebbe basarsi su una teoria patogenetica che sovrintende alla scelta delle variabili, e soprattutto dovrebbe avere significato sul piano clinico, in quanto dovrebbe consentire una profilazione dei pazienti utile sul piano prognostico e terapeutico.

Lee e Coll. (2017) hanno proposto un adattamento del Modello Patogenetico del gambling patologico di Blaszczynski e Nower (2002) (Bellio, 2020) cui corrispondono tre tipologie di videogiocatori: il tipo impulsivo/aggressivo, il tipo emotivamente vulnerabile, e il tipo socialmente condizionato.

- **Tipo impulsivo/aggressivo;** il gioco rappresenta una modalità di espressione dell'aggressività e di ricerca di sensazioni per alleviare la noia. Elevati livelli di impulsività, ADHD, e difficoltà di controllo caratterizzerebbero questi gamer che potrebbero manifestare anche altri sintomi esternalizzanti e comportamenti problematici. Il gioco eccessivo a sua volta aumenta i livelli di rabbia e impulsività,

portando a un circolo vizioso. In questa tipologia di videogamer, che corrisponderebbe al tipo 3 di Blaszczynski e Nower, la componente biologica/genetica avrebbe un peso rilevante, con alterazioni dei sistemi dopaminergici e serotoninergici.

- **Tipo emotivamente vulnerabile;** come nel tipo 2 di Blaszczynski e Nower, qui prevalgono i sintomi psicopatologici, principalmente ansia e depressione. Il gioco è tipicamente un meccanismo di fuga da stati d'animo negativi. Ulteriori fattori psicologici frequenti sono la bassa autostima, sensibilità allo stress e insoddisfazione relativa alla vita "reale". Da considerare che il gioco per fuga è presente anche in molte situazioni non patologiche in cui funziona come meccanismo di coping efficace. Esso diventa patologico quando il contesto è complessivamente problematico, quando diventa l'unica forma di coping che il soggetto utilizza, quando non risulta efficace, e quando sono presenti altri sintomi psicopatologici internalizzanti.
- **Tipo socialmente condizionato;** a differenza del tipo 1 dell'originale Modello Patogenetico, i bisogni sociali prevalgono sui meccanismi di condizionamento da parte del gioco. Questo tipo di videogiocatore cerca di soddisfare bisogni sociali in un contesto di carenti abilità sociali,

difficoltà relazionali familiari, solitudine, sensibilità alla disapprovazione sociale, precedenti esperienze di bullismo, eccetera. Lee e Colleghi (2017) descrivono due sottotipi di giocatori socialmente condizionati: coperto (*covert*) e manifesto (*overt*).

Il **sottotipo coperto** si caratterizza per l’evitamento e il ritiro sociale: il giocatore evita i rischi ed è sensibile al rifiuto e al fallimento delle relazioni. Le competenze sociali sono scarse mentre, al contrario, le relazioni online sono vissute in modo più rassicurante e soddisfacente. Col tempo il soggetto si distacca sempre più dalle relazioni “reali” sostituendole con quelle virtuali. Il **sottotipo manifesto** si caratterizza per gli aspetti narcisistici e la ricerca di approvazione e ammirazione da parte degli altri. Il gamer persegue il successo e la conferma delle proprie abilità nell’ambito del videogioco, senza il rischio di essere criticato o rifiutato nelle relazioni “reali”.

- Un quarto tipo di gamer ipotizzato da Lee e Colleghi (2017) è il **tipo non altrimenti specificato**, ovvero una categoria residua in cui collocare situazioni che non rientrano nelle tre precedenti.

Secondo Lee e Colleghi, le esigenze interiori nelle diverse tipologie di giocatori sarebbero anche alla base delle preferenze di

certi videogiochi piuttosto di altri. Il punto di forza di questa classificazione sta nel richiamare altre e ben note tipologie utilizzate nella clinica delle dipendenze, come quella di Cloninger (1987) per gli alcolisti, Babor per i cocainomani (Ball et al., 1995) e Blaszczynski e Nower per i giocatori d’azzardo. Tra gli aspetti critici, va considerato che la variabile età potrebbe richiedere delle modificazioni, come già visto nel caso del Modello Patogenetico applicato ad adolescenti giocatori d’azzardo (Gupta et al., 2013).

Le ricerche sulla classificazione tipologica dei videogiocatori sono ancora agli esordi, e ulteriori proposte sono sul tavolo (ad es. Billieux et al, 2015; Faulkner et al., 2015). Va evidenziato tuttavia che alcune di esse sono il risultato di ricerche effettuate su popolazioni non cliniche e ciò comporta non solo risultati differenti, ma anche una discutibile rilevanza per l’operatore sanitario. In attesa di ulteriori e più consolidati risultati, è consigliabile che l’operatore si avvalga di un sistema classificatorio già utilizzato in altre forme di dipendenza per avere un punto di riferimento con cui confrontare l’osservazione clinica e la propria esperienza.

4. Assessment

Nelle sue linee metodologiche generali la valutazione clinica del Gaming Disorder non si discosta da quella del disturbo da gioco

d'azzardo e, probabilmente, di ulteriori dipendenze comportamentali. Gli obiettivi fondamentali infatti sono: raccogliere dati qualitativi e quantitativi idonei per la formulazione di una diagnosi multidimensionale, esplorare i principali fattori di rischio e la comorbidità, e facilitare una eventuale classificazione tipologica dell'individuo. Naturalmente va posta una corretta diagnosi nosografica sulla base dei criteri ICD o DSM. Nel caso specifico del GD sono da preferirsi quelli individuati dall'ICD. Va sottolineato che non è scontato che i videogiochi siano sempre i responsabili primari delle problematiche presentate da soggetti adolescenti "portati" da genitori il cui giudizio potrebbe presentare distorsioni e pregiudizi (King & Delfabbro, 2019).

I tre strumenti fondamentali del processo di valutazione standardizzato sono il colloquio libero, l'intervista strutturata e le scale di valutazione; va aggiunto un adeguato sistema informatico con cui organizzare, memorizzare ed elaborare i dati (Bellio, 2022b).

Il primo colloquio è un intervento essenzialmente osservativo e di raccolta di elementi qualitativi e soggettivi. Si svolge con modalità abbastanza (ma non del tutto) libere, lasciando largo spazio al paziente. Le osservazioni dell'operatore mirano essenzialmente a determinare problematiche e motivazioni, nonché a sondare il funzionamento mentale.

Il colloquio può essere svolto col solo pazien-

te, con i soli familiari, oppure congiuntamente. Naturalmente le prospettive osservative in questi casi saranno differenti.

L'intervista strutturata o semistrutturata (la differenza sta nel grado di libertà dell'operatore e del paziente rispetto allo schema base dell'intervista) ha lo scopo di raccogliere dati qualitativi, e talora quantitativi, relativamente al comportamento di gioco e ai fattori di rischio e comorbidità. Si integra con la raccolta anamnestica completa. Nel corso dell'intervista verranno approfonditi in particolare i sintomi che rappresentano i criteri diagnostici che consentono di porre diagnosi. Nel caso si utilizzino i criteri del DSM-5 (peraltro criticati da diversi Autori, ad es. Castro-Calvo et al., 2021), può essere utile seguire la più corretta formulazione delle domande; ne esiste anche la versione italiana (Petry et al., 2014).

Alcune variabili cliniche importanti richiederanno anche una valutazione quantitativa attraverso la somministrazione di questionari e rating scale. Ad esempio, può essere utile quantificare i livelli di impulsività generale, caratterizzandone pure le principali componenti (attentiva, motoria, urgenza, pianificazione...).

Anche la misurazione dei livelli di sofferenza psicopatologica e delle motivazioni a giocare può risultare utile per comprendere meglio la dinamica del gioco patologico e degli elementi che lo sostengono. Sarà pertanto utile

predisporre una batteria standardizzata di test composta sia da questionari specificamente dedicati al gaming, sia da scale utili alla esplorazione e studio di altre variabili psicologiche di rilievo.

Alcune scale di valutazione specifiche per il gaming possono essere utilizzate per supportare la diagnosi e valutare i livelli di gravità (posto che la presenza di più sintomi equivalgano a una maggiore gravità). Nel tempo sono state approntate decine di scale differenti l'una dall'altra in quanto basate su definizioni diverse del gaming disorder. Anche considerando i 9 sintomi specifici del DSM e i 4 dell'ICD, permane una spiccata eterogeneità degli strumenti di valutazione relativamente sia a quanti sintomi vengono effettivamente ricompresi, sia a come sono formulati gli item (King et al., 2020). Ciò comporta pertanto una certa confusione e una sostanziale mancanza di strumenti consolidati e condivisi dalla comunità scientifica. A incrementare l'incertezza contribuisce inoltre la presenza di questionari che, seppur differenti tra loro, hanno però la stessa denominazione (King et al., 2020). Infine, solo pochissimi studi hanno confrontato la validità diagnostica delle scale con un gold standard, nello specifico rappresentato dalla diagnosi di esperti attraverso una intervista diretta del paziente (Yoon et al., 2021).

Tra le scale basate sui criteri DSM-5 che pre-

sentano migliori caratteristiche psicometriche, ricordiamo la **Internet Gaming Disorder Scale - Lemmens-IGDS-9**, (Lemmens et al., 2015), una breve scala di 9 item con risposte dicotomiche (sì/no) e un cut-off di 6, più conservativo rispetto ai 5 criteri DSM. La scala deriva da una versione a 27 item in cui ogni criterio è articolato attraverso 3 item.

La **Internet Gaming Disorder Scale-Short Form 9 - IGDS-SF9** (Pontes & Griffiths, 2015) come la precedente è stata sviluppata a partire dai 9 criteri DSM, ma prevede una struttura di risposta tipo Likert a 5 punti (da “mai” a “molto spesso”), con un range del punteggio totale di 9-45. Ciò significa che, a differenza della scala di Lemmens, non restituisce una classificazione diagnostica DSM, ma piuttosto un livello di gravità, dato che i criteri non vengono conteggiati in modo categoriale, ma pesati. Esiste una validazione italiana (Monacis et al., 2016) che ha calcolato un cut-off diagnostico pari a 21. Tuttavia, secondo gli Autori, tale valore dovrebbe essere rivalutato per determinarne la validità clinica. Con l'introduzione dell'ICD-11, ulteriori scale diagnostiche basate su quei criteri sono oggetto di sperimentazione, ad esempio il **Gaming Disorder Identification Test – GADIT** di Chan e Colleghi (2024). Una recente review (Jahrami et al., 2024) ha inoltre confermato le ottime proprietà psicometriche del **Gaming Disorder Test** di Pontes e Colleghi (2021),

una scala Likert di soli 4 item basati sui criteri ICD-11, utilizzabile sia nel contesto clinico che nelle indagini epidemiologiche nella comunità locale.

Ulteriori scale di valutazione possono essere utili per caratterizzare meglio alcuni aspetti del comportamento di gioco. Il **Gaming Motivation Inventory – GMI** (Király et al., 2022) esplora le motivazioni a giocare emerse in una revisione della letteratura: si tratta di una scala di 88 item con risposte tipo Likert a 7 punti (da “per nulla esatto” a “totalmente esatto”). Gli item sono rappresentativi di 26 motivi a loro volta raggruppati in 6 gruppi/dimensioni. Il questionario può essere utilizzato sia in ambito clinico che per studiare comportamenti normali di gioco. Gli Autori specificano la possibilità di utilizzare solamente le porzioni di questionario che interessano. Ad esempio, in ambito clinico si potrebbe scegliere di esplorare le dimensioni *Immersione/Escapismo* e *Abitudine/Noia* che più si correlano alla condizione patologica.

La **Internet Gaming Cognition Scale – IGCS** è uno strumento per valutare le cognizioni dei videogiocatori (King & Delfabbro, 2014; 2016). Il soggetto valuta quanto 24 affermazioni siano appropriate per sé (*non d'accordo, d'accordo, molto d'accordo*): il punteggio complessivo può variare da 0 a 48. Quattro sottoscale individuano le corrispondenti categorie di cognizioni descritte da King

e Delfabbro (2014): 1. credenze sul valore della gratificazione, sull'attaccamento e sull'assorbimento nel gioco; 2. regole rigide e decisioni maladattive; 3. gioco come unica fonte di autostima e di senso di mastery; 4. gioco come modalità per soddisfare bisogni di accettazione sociale.

Uno studio cinese ha successivamente ricavato dalla IGCS una forma modificata a 15 item e 3 sottoscale (Yu et al., 2019). Resta tuttavia da comprendere se tale revisione sia migliorativa della versione originale. Per una trattazione più estesa in tema di assessment, si veda il lavoro di revisione sistematica di King e Colleghi (2020) e/o il manuale di King e Delfabbro (2019).

5. Trattamenti

Nonostante abbia ormai almeno 20 anni alle spalle, lo studio sui trattamenti del GD è a tutt'oggi nella sua fase infantile. Le tipologie di intervento studiate, sia psicologiche che farmacologiche, sono relativamente scarse; tuttavia, i pochi studi controllati sembrano dimostrare una certa efficacia (Dong et al., 2024). In ogni caso, la limitata qualità delle ricerche di base rende al momento difficile trarre conclusioni definitive sulla reale efficacia dei trattamenti (Danielsen et al., 2024).

La terapia cognitivo comportamentale (CBT) ha alle spalle un maggior numero di studi. Il focus dell'intervento è incentrato soprattutto

sulle distorsioni cognitive, sul fronteggiamento delle emozioni negative e sul controllo degli automatismi. La CBT si è dimostrata finora il singolo trattamento più efficace, utile anche a ridurre la depressione e, in minor misura, l'ansia. Gli studi sulla CBT hanno comunque adottato protocolli terapeutici eterogenei; sembra comunque che trattamenti più lunghi siano maggiormente efficaci (Reangsing et al., 2025). A causa dei pochi studi a disposizione, non è possibile al momento affermare se l'efficacia sia mantenuta a lungo termine (Stevens et al., 2018).

Oltre alla CBT, sono stati studiati anche interventi familiari, mindfulness, stimolazione transcranica non invasiva, e farmacoterapie, da soli o associati tra loro. Una revisione degli studi sembrerebbe indicare la superiorità dell'associazione tra CBT e mindfulness oppure CBT e intervento familiare rispetto agli stessi trattamenti erogati singolarmente (Kim et al., 2022). La mindfulness contribuirebbe a controllare le emozioni negative e a ridurre lo stress, mentre l'intervento familiare, soprattutto nei casi di GD in adolescenza, tende a migliorare le relazioni e le comunicazioni tra genitori e figli.

Sia la stimolazione magnetica transcranica che la stimolazione transcranica a corrente diretta sono state sperimentate nel GD con risultati incoraggianti, ma ancora del tutto preliminari (Sharma & Weinstein, 2024).

Sul versante farmacologico, una recente revisione della letteratura ha individuato solamente 12 studi, quasi tutti in aperto, che hanno indagato in particolare bupropione, SSRI, e farmaci per l'ADHD (de Sa et al., 2023). Tutti i farmaci hanno mostrato di essere efficaci sia sui sintomi GD che sulla depressione o ADHD comorbili. Tuttavia, vi sono perplessità sull'affidabilità di questi risultati e sulla loro generalizzazione, sia per questioni metodologiche, sia perché gli studi sono stati condotti soprattutto nella medesima area geografica (Corea del Sud), sia per l'assenza di studi di replicazione. Tra tutti, forse il bupropione ha mostrato risultati più convincenti. Interessante il fatto che l'associazione tra bupropione e CBT è risultata superiore al solo bupropione nel ridurre i sintomi del GD in videogiocatori depressi (Kim et al., 2012). Per il momento, la terapia farmacologica del GD va considerata con cautela e in relazione alle comorbidità presenti.

Virtualmente assente è la letteratura su trattamenti residenziali, il cui scopo è il distacco dall'uso di Internet e di dispositivi elettronici, e la promozione di abilità personali e sociali. Osservazioni critiche erano state sollevate in passato a proposito dei cosiddetti *boot camp* cinesi e coreani, trattamenti residenziali caratterizzati da organizzazione e disciplina di tipo militare in cui venivano accolti anche soggetti minorenni contro la loro volontà (The

Guardian, 2017). Sakuma e Colleghi (2017), invece, descrivono un differente modello di trattamento residenziale che si propone di promuovere la consapevolezza del proprio benessere e salute, la sperimentazione di comunicazioni dirette tra pari senza alcun medium elettronico, lo sviluppo di relazioni e abilità di problem solving. Lo studio mostra che, a distanza di tre mesi, i soggetti trattati erano maggiormente consapevoli del problema, più autoefficaci e meno inclini a giocare.

La letteratura sui trattamenti del GD sembra suggerire un approccio più complesso, analogo alle altre forme di dipendenza. Un singolo strumento terapeutico di norma non appare sufficiente ad affrontare l'insieme dei bisogni di salute del paziente, mentre associare più strumenti in un programma multimodale flessibile andrebbe maggiormente incontro alle esigenze dei pazienti (Park et al., 2021). Naturalmente non si può escludere che interventi terapeutici finora poco o nulla studiati possano in futuro mostrarsi efficaci, in particolare quelli utili in altre forme di dipendenza (interventi motivazionali, *contingency management*, prevenzione delle ricadute, eccetera). Ad esempio, uno studio che mirava a dimostrare l'efficacia della CBT in confronto al counselling ha mostrato una equivalenza dei due interventi nella riduzione sia dei sintomi del GD che delle emozioni negative. La CBT era stata più vantaggiosa solamente sulle

distorsioni cognitive (Li & Wang, 2013). Dal momento che è noto il ruolo positivo del counselling nelle forme di addiction chimica, si può ipotizzare che anche il gruppo di controllo in realtà ha goduto di un trattamento attivo di eguale efficacia su alcuni obiettivi terapeutici.

In ogni caso, mentre la letteratura scientifica necessariamente segue un proprio percorso logico per costruire una base di prove empiriche, nella clinica pratica l'operatore troverà ispirazione anche nelle strategie consolidate che da anni guidano le terapie delle dipendenze. Esse solitamente prevedono l'associazione di più strumenti terapeutici, il trattamento delle comorbidità, la riduzione dei fattori di rischio, e gli interventi familiari e sociali che sono ritenuti necessari sulla base dei risultati della valutazione.

L'età del paziente, infine, ha una indubbia importanza: nel caso in cui sia coinvolto un adolescente, il più delle volte con critica scarsa e resistenza al coinvolgimento, il trattamento potrebbe essere più difficile e con una ridotta risposta terapeutica. Sarà quindi opportuno adottare strategie specifiche e coinvolgere la famiglia, eventualmente anche in setting separato.

6. Conclusioni

Da quando, nei primi anni '80, sono comparsi i primi computer accessibili al grande

pubblico (Commodore Vic-20, Sinclair ZX, Commodore 64...) la storia del videogioco è proceduta in parallelo con l'evoluzione tecnologica dell'hardware. Fin da subito giocare al computer suscitò grandissimo entusiasmo tra i giovani di allora, e vennero alla luce anche attaccamenti eccessivi e problematici. Il panorama tecnologico oggi è cambiato drasticamente, moltiplicando gli strumenti che consentono di accedere ai giochi, anche in mobilità, e rendendo i giochi stessi assai più attrattivi, complessi e coinvolgenti. I produttori di videogame, analogamente ai produttori di azzardo, fanno tesoro delle conoscenze psicologiche e neurobiologiche al fine di ottenere prodotti in grado di gratificare l'individuo a più livelli e dai quali staccarsi costa sempre più fatica. Fidelizzazione, abitudine, ripetizione compulsiva sono concetti dai confini sempre meno definiti.

Le conoscenze scientifiche sul gaming problematico si sono progressivamente accumulate, ma nella comunità scientifica esistono profonde divisioni su questioni basilari come la definizione diagnostica portando, di conseguenza, incertezza sugli strumenti di assessment, sui dati epidemiologici e sulla valutazione dei trattamenti.

Giocare al computer non è di per sé una attività negativa o problematica, tutt'altro: esistono videogiochi didattici, educativi e terapeutici (c.d. *serious games*). Non sembra vi siano attualmente, almeno in occidente, motivi sufficienti per promuovere restrizioni sulla disponibilità di giochi e sulla libertà di giocare. Quale quindi l'obiettivo terapeutico? A torto o a ragione, finora l'obiettivo prevalente perseguito dagli operatori dei servizi nel campo delle dipendenze chimiche è stata l'astensione dal consumo. Ciò viene messo in discussione da tempo a favore di un approccio meno radicale e dicotomico, tutto o nulla. Prefissarsi il recupero del controllo appare un obiettivo senz'altro più razionale nei casi in cui la problematicità emerga da comportamenti del tutto normali, legittimi e di per sé non nocivi, come nel caso delle cosiddette dipendenze comportamentali¹. Gli operatori dei servizi che si avvicinano a questi quadri clinici sono quindi chiamati non solo ad apprendere nuove nozioni e ad adattare in modo efficace gli usuali strumenti terapeutici, ma anche a ristrutturare la loro visione sulle finalità dei trattamenti. E questo processo deve necessariamente coinvolgere anche il paziente.

¹ Il DGA merita ulteriori considerazioni che qui non affrontiamo.

Bibliografia

APA-American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision*. American Psychiatric Association Publishing, Washington DC.

Ball, S.A., Carroll, K.M., Babor, T.F., & Rounsaville, B.J. (1995). Subtypes of cocaine abusers: support for a type A-type B distinction. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63 1, 115-24.

Bellio, G. (2020). *Il Modello Patogenetico di Blaszczyński e Nower – I. Accessibile da: <https://www.azzardoinfo.org/il-modello-patogenetico-di-blaszczyński-e-nower> (accesso verificato il 07/03/2025)*.

Bellio G. (2022b). *La valutazione in ingresso nella clinica del disturbo da gioco d'azzardo*. In: O. Casciani. & C. Primi (Eds), *Gambling Pathways Questionnaire (GPQ): manuale d'uso per il clinico*. Publiedit, Cuneo.

Bellio G. (2024). La clinica del disturbo da videogiochi: diagnosi, quadro clinico e comorbidità. *Alea Bulletin*, XII/1, 16-27.

Billieux, J., Thorens, G., Khazaal, Y., et al. (2015). Problematic involvement in online games: a cluster analytic approach. *Computers in Human Behavior*, 43, 242–250.

Blaszczyński, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97 (5), 487-499.

Castro-Calvo, J., King, D. L., Stein, D. J., et al. (2021). Expert appraisal of criteria for assessing gaming disorder: an international Delphi study. *Addiction*, 116 (9), 2463–2475.

Chan, G. C. K., Saunders, J. B., et al. (2024). The Gaming Disorder Identification Test (GADIT) – A screening tool for Gaming Disorder based on ICD-11. *Journal of Behavioral Addictions* (published online ahead of print 2024).

Cloninger C. R. (1987). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 236 (4800), 410–416.

de Sá, R.R., Coelho, S.G., Parmar, et al. (2023). *A Systematic Review of Pharmacological Treatments for Internet Gaming Disorder*. *PSYCHIATRY INVESTIGATION*, 20, 696-706.

Dong, G., Dai, J., & Potenza, M.N. (2024). Ten years of research on the treatments of internet gaming disorder: A scoping review and directions for future research. *JOURNAL OF BEHAVIORAL ADDICTIONS*, 13, 51-65.

Danielsen, P.A., Mentzoni, R.A., & Låg, T. (2024). Treatment effects of therapeutic interventions for gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Addictive behaviors*, 149, 107887.

Faulkner, G., Irving, H., Adlaf, E. M., & Turner, N. (2015). Subtypes of adolescent video gamers: a latent class analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 13, 1–18.

Gupta, R.S., Nower, L., Derevensky, J.L., et al. (2013). Problem Gambling in Adolescents: An Examination of the Pathways Model. *JOURNAL OF GAMBLING STUDIES*, 29, 575-588.

IIDEA – Italian Interactive Digital Entertainment Association (2024). *I videogiochi in Italia nel 2023*. Scaricabile da: <https://iideassociation.com/wp-content/uploads/2024/04/I-video-giochi-in-Italia-nel-2023-1.pdf> (accesso verificato il 07/03/2025).

Jahrami, H., Husain, W., Lin, C.Y., et al. (2024). Reliability generalization Meta-Analysis and psychometric review of the Gaming Disorder test (GDT): Evaluating internal consistency. *Addictive behaviors reports*, 20, 100563.

Kim, S.M., Han, D.H., Lee, Y., & Renshaw, P.F. (2012). Combined cognitive behavioral therapy and bupropion for the treatment of problematic on-line game play in adolescents with major depressive disorder. *COMPUTER IN HUMAN BEHAVIOR*, 28, 1954-1959.

Kim, J., Lee, S., Lee, D., et al. (2022). Psychological treatments for excessive gaming: a systematic review and meta-analysis. *SCIENTIFIC REPORTS*, 12.

- Kim, H.S., Son, G., Roh, E., et al. (2021). Prevalence of gaming disorder: A meta-analysis. *Addictive behaviors*, 126, 107183.
- King, D. L., Chamberlain, S. R., Carragher, N. et al. (2020). Screening and assessment tools for gaming disorder: A comprehensive systematic review. *Clinical Psychology Review*, 77, 101831.
- King, D.L., & Delfabbro, P.H. (2014). *The cognitive psychology of Internet gaming disorder*. *CLINICAL PSYCHOLOGY REVIEW*, 34 4, 298-308.
- King, D.L., & Delfabbro, P.H. (2016). *The Cognitive Psychopathology of Internet Gaming Disorder in Adolescence*. *JOURNAL OF ABNORMAL CHILD PSYCHOLOGY*, 44, 1635-1645.
- King, D. L., & Delfabbro, P. H. (2019). *Internet Gaming Disorder. Theory, Assessment, Treatment, and Prevention*. Academic Press, Cambridge, MA.
- Király, O., Billieux, J., King, et al. (2022). A comprehensive model to understand and assess the motivational background of video game use: The Gaming Motivation Inventory (GMI). *JOURNAL OF BEHAVIORAL ADDICTIONS*, 11/3, 796-819
- Lee, S. Y., Lee, H. K., & Choo, H. (2017). Typology of Internet gaming disorder and its clinical implications. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 71/7, 479–491.
- Li, H., & Wang, S. (2013). *The role of cognitive distortion in online game addiction among Chinese adolescents*. *CHILDREN AND YOUTH SERVICES REVIEW*, 35, 1468-1475.
- Lemmens, J.S., Valkenburg, P.M., & Gentile, D.A. (2015). *The Internet Gaming Disorder Scale*. *PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT*, 27 2, 567-82.
- Monacis, L., de Palo, V., Griffiths, M.D., & Sinatra, M. (2016). *Validation of the Internet Gaming Disorder Scale – Short-Form (IGDS9-SF) in an Italian-speaking sample*. *JOURNAL OF BEHAVIORAL ADDICTIONS*, 5, 683-690.
- Newzoo (2025). *Top Countries And Markets By Video Game Revenues*. consultabile su: <https://newzoo.com/resources/rankings/top-10-countries-by-game-revenues> (accesso verificato il 07/03/2025).
- Park, J.J., Wilkinson-Meyers, L., King, D.L. et al. (2021). Person-centred interventions for problem gaming: a stepped care approach. *BMC Public Health* 21, 872.
- Petry, N.M., Rehbein, F., Gentile, D.A., et al. (2014). *An international consensus for assessing internet gaming disorder using the new DSM-5 approach*. *ADDICTION*, 109 9, 1399-406. (In appendice S1 la traduzione italiana).
- Pontes, H. M., and Griffiths, M. D. (2015). *Measuring DSM-5 internet gaming disorder: development and validation of a short psychometric scale*. *Computers in Human Behaviour*, 45, 137–143.
- Pontes, H.M., Schivinski, B., Sindermann, C. et al. (2021). Measurement and Conceptualization of Gaming Disorder According to the World Health Organization Framework: the Development of the Gaming Disorder Test. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19, 508–528.
- Reangsing, C., Wongchan, W., Trakooltorwong, P., et al. (2025). Effects of cognitive behavioral therapy (CBT) on addictive symptoms in individuals with internet gaming disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 348, 116425.
- Sakuma, H., Mihara, S., Nakayama, et al. (2017). Treatment with the self-discovery camp (SDiC) improves internet gaming disorder. *Addictive Behaviors*, 64, 357–362.
- Sharma, R., & Weinstein, A. M. (2024). Recent treatment and novel imaging studies evaluating treatment of internet gaming disorder: a narrative review. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1408560
- Stevens, M.W., Dorstyn, D.S., Delfabbro, P.H., & King, D.L. (2020). *Global prevalence of gaming disorder: A systematic review and meta-analysis*. *AUSTRALIAN & NEW ZEALAND JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 55, 553-568.

Stevens, M.W., King, D.L., Dorstyn, D.S., & Delfabbro, P.H. (2018). Cognitive-behavioral therapy for Internet gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*, 26/2, 191-203.

The Guardian (2017). “Electronic heroin”: China's boot camps get tough on internet addicts. By Tom Phillips, 28/08/2017.

WHO-World Health Organization (2019). *International Classification of Diseases, 11th Edition*. Consultabile in: <https://icd.who.int/en> (accesso verificato il 07/03/2025).

Yoon, S., Yang, Y., Ro, E.R., et al. (2021). Reliability, and Convergent and Discriminant Validity of Gaming Disorder Scales: A Meta-Analysis. *FRONTIERS IN PSYCHOLOGY*, 12.

Yu, Y., Mo, P.K., Zhang, J., et al. (2019). Validation of the Chinese Version of the Revised Internet Gaming Cognition Scale among Adolescents in China: Maladaptive Cognitions as Potential Determinants of Internet Gaming Disorder. *INTERNATIONAL JOURNAL OF ENVIRONMENTAL RESEARCH AND PUBLIC HEALTH*, 17.

Zhou, R., Morita, N., Ogai, Y., et al. (2024). Meta-Analysis of Internet Gaming Disorder Prevalence: Assessing the Impacts of DSM-5 and ICD-11 Diagnostic Criteria. *International journal of environmental research and public health*, 21/6, 700.

Algoritmi e libertà: il dilemma etico del gioco d'azzardo online

Lolita Guliman, psicologa, psicoterapeuta

Diego Serafin, statistico, esperto in Data Science

Abstract

L'espansione del gioco d'azzardo online ha reso disponibili grandi volumi di dati comportamentali, aprendo la strada all'utilizzo della *data science* per analizzare e prevedere i comportamenti dei giocatori. L'applicazione di algoritmi predittivi, come la *regressione logistica*, le *random forest* e le *reti neurali artificiali*, permette di individuare segnali di rischio in tempo reale, favorendo interventi mirati di prevenzione. Tuttavia, l'adozione di queste tecnologie solleva interrogativi etici relativi alla *sorveglianza algoritmica* e al *paternalismo digitale*, rischiando di compromettere l'autodeterminazione del giocatore.

Il presente articolo esplora il ruolo della *data science* nella prevenzione del gioco d'azzardo patologico, soffermandosi sul delicato equilibrio tra tutela del giocatore e rispetto della libertà individuale. Attraverso una riflessione critica sugli algoritmi predittivi e sulle normative vigenti, si propone una visione della tecnologia orientata al bene comune, che impone un ripensamento delle logiche

dominanti nell'industria del gioco e un maggiore impegno verso la responsabilità sociale.

Keywords

Data Science, Gioco d'Azzardo, Sorveglianza Algoritmica, Profilazione Comportamentale, Prevenzione, Paternalismo Digitale, Capitalismo della Sorveglianza, Modelli Predittivi, Responsabilità Sociale, Autodeterminazione, Normativa Europea, Machine Learning, Nudging Digitale

Introduzione

Negli ultimi anni, il gioco d'azzardo ha subito una trasformazione radicale, passando dai contesti fisici tradizionali alle piattaforme digitali, accessibili ovunque e in qualunque momento. Questo passaggio ha comportato un'esplosione dei dati generati dai comportamenti dei giocatori: ogni clic, puntata, sessione, tempo di permanenza o reazione a una perdita può essere tracciato, archiviato e analizzato. Tali dati costituiscono la materia prima della *data science*, che, attraverso tecniche di *machine learning* e modellazione

predittiva, è in grado di rilevare pattern ricorrenti, anomalie e segnali di rischio.

L'utilizzo di modelli predittivi nel gioco d'azzardo non si limita alla semplice profilazione dei giocatori, ma si inserisce in un contesto più ampio di sorveglianza algoritmica, in cui ogni interazione dell'utente viene tracciata e analizzata con l'obiettivo di prevederne il comportamento. La capacità di raccogliere dati granulari in tempo reale consente alle piattaforme di gioco di segmentare i giocatori, individuare i cosiddetti *high-risk gamblers* e personalizzare le offerte in modo dinamico.

L'importanza di una lettura attenta del fenomeno emerge anche sul piano clinico: il DSM-5, manuale di riferimento per la classificazione dei disturbi mentali, riconosce infatti il *disturbo da gioco d'azzardo* (*Gambling Disorder*) come una forma di dipendenza comportamentale, al pari delle dipendenze da sostanze. Tra i criteri diagnostici si annoverano il bisogno crescente di somme per provare eccitazione, la difficoltà nel controllare l'impulso a giocare e l'utilizzo del gioco per alleviare emozioni negative. Questo riconoscimento istituzionale evidenzia come il gioco patologico non sia una semplice cattiva abitudine, ma una condizione clinica complessa, che richiede strumenti di monitoraggio e prevenzione efficaci.

Sul piano etico, il crescente utilizzo di algoritmi di sorveglianza nel contesto del

gioco d'azzardo digitale solleva interrogativi centrali. È lecito raccogliere e analizzare dati comportamentali nel nome della prevenzione? È possibile conciliare la libertà individuale con una protezione algoritmica, senza scivolare in una forma di *paternalismo digitale*? E qual è la responsabilità degli operatori nel bilanciare gli interessi economici con la tutela delle persone vulnerabili?

Il presente contributo intende esplorare tali dilemmi, proponendo una riflessione critica sull'uso della data science nel gioco d'azzardo, con particolare attenzione alla tensione tra innovazione tecnologica e responsabilità etica.

Il Potenziale della Data Science nella Prevenzione

L'ecosistema digitale del gioco d'azzardo produce una quantità considerevole di dati, che spaziano da informazioni di base (numero di sessioni, importo medio delle puntate, orari di accesso) a tracciamenti più raffinati come la velocità di gioco, la frequenza delle vincite o delle perdite, e la reazione comportamentale a determinati eventi (ad esempio l'aumento improvviso delle scommesse dopo una perdita). Secondo (Gainsbury & Blaszczynski, 2011, 928-938), questi dati, una volta raccolti e strutturati, possono essere analizzati mediante algoritmi di *data science* per individuare schemi riconducibili a comportamenti

problematici e, conseguentemente, attivare strategie di prevenzione precoce.

L'utilizzo di modelli predittivi consente di riconoscere tempestivamente segnali di rischio come l'incremento repentino del denaro investito, la diminuzione degli intervalli tra le sessioni o la tendenza a *inseguire* le perdite (*loss chasing*). Questi modelli sono in grado di costruire un profilo dinamico del giocatore, utile per attivare interventi di prevenzione mirata, come l'invio di notifiche di allerta o suggerimenti di autoesclusione (Auer & Griffiths, 2015, 339).

Tra le tecniche più comunemente impiegate vi sono modelli supervisionati come la regressione logistica e le random forest, in grado di classificare i giocatori in fasce di rischio in base a pattern storici (Percival & Leung, 2019, 98-115). La *regressione logistica*, in particolare, permette di stimare la probabilità di sviluppo di comportamenti patologici sulla base di variabili specifiche, mentre le *random forest* sfruttano un insieme di alberi decisionali per identificare le caratteristiche più significative associate al rischio di dipendenza (Gainsbury & Blaszczynski, 2011, 928-938).

Un approccio alternativo è rappresentato dai metodi non supervisionati, come il clustering, utilizzato per segmentare la popolazione in gruppi comportamentali omogenei. Attraverso questa tecnica, è possibile

identificare cluster di giocatori che mostrano pattern simili di gioco, facilitando l'individuazione di segmenti a rischio (Mittelstadt et al., 2016, 1-21).

Più recentemente, sono state esplorate anche soluzioni basate su reti neurali artificiali (*Artificial Neural Networks - ANN*), capaci di cogliere relazioni non lineari tra variabili complesse. Questi modelli, grazie alla loro capacità di apprendere dai dati, possono migliorare progressivamente le loro previsioni, aumentando l'affidabilità dell'individuazione dei comportamenti patologici (Percival & Leung, 2019, 98-115).

L'efficacia di tali strumenti non si misura solo in termini di accuratezza predittiva, ma anche rispetto alle finalità per cui vengono progettati. La *data science* applicata al gioco d'azzardo può infatti avere una duplice direzione: da un lato, rappresenta un potente alleato per il monitoraggio e la prevenzione (Auer & Griffiths, 2015, 339); dall'altro, rischia di essere impiegata per affinare strategie di marketing personalizzato, capaci di aumentare il tempo di permanenza sulla piattaforma e, di conseguenza, la spesa del giocatore (Zuboff, 2019).

Questa ambivalenza solleva interrogativi cruciali che vanno oltre il piano tecnico, richiama il bisogno di una riflessione etica sull'uso dei dati comportamentali nel contesto del gioco.

Il Dilemma Etico: Sorveglianza o Libertà?

L'utilizzo della *data science* per il monitoraggio dei comportamenti nel gioco d'azzardo apre una questione centrale di natura etica: è possibile proteggere l'individuo senza invadere la sua libertà? Se da un lato il riconoscimento precoce dei segnali di rischio può rappresentare un'opportunità per intervenire prima che si instauri una dipendenza patologica (Gainsbury & Blaszczynski, 2011, 928-938), dall'altro la necessità di raccogliere, analizzare e interpretare in tempo reale i dati comportamentali porta con sé una forma di sorveglianza algoritmica. Questo concetto, descritto da (Zuboff, 2019) come *capitalismo della sorveglianza*, rappresenta un modello economico in cui il comportamento umano è tracciato, quantificato e venduto come prodotto di mercato.

In questo contesto, emerge il rischio di un paternalismo digitale, ovvero l'idea che siano gli algoritmi, e non più le persone, a determinare quali siano le scelte "giuste" o "sane" (Mittelstadt et al., 2016, 1-21). Sebbene animato da finalità preventive, un intervento eccessivamente intrusivo – come l'interruzione automatica del gioco, l'invio forzato di messaggi di allerta, o la modifica personalizzata dell'interfaccia – può essere percepito come una limitazione della libertà individuale. (Floridi, 2016, 307-312) discute il concetto di *dignità umana digitale*, evidenziando come la

profilazione automatizzata rischi di ledere il principio di autodeterminazione, soprattutto quando le decisioni sono prese senza il consenso informato del giocatore.

A livello normativo, l'Unione Europea ha affrontato la questione tramite il *GDPR* (*General Data Protection Regulation*), che stabilisce regole precise per l'uso di profilazione algoritmica e decisioni automatizzate (Parlamento Europeo, 2019). Il Regolamento prevede che il soggetto profilato abbia diritto di conoscere i criteri decisionali degli algoritmi e possa opporsi a eventuali decisioni che ne limitino la libertà (Garante per la protezione dei dati personali, 2021). Tuttavia, nel contesto del gioco d'azzardo, le piattaforme spesso operano su scala globale, sfuggendo a molte delle regolamentazioni locali e riducendo l'efficacia delle tutele normative.

L'introduzione di algoritmi di prevenzione predittiva solleva quindi una questione morale: fino a che punto è lecito spingersi nel monitoraggio comportamentale per tutelare il giocatore da se stesso? E, al contrario, quali rischi comporta lasciare che l'autodeterminazione prevalga senza alcun meccanismo di protezione? Il dilemma etico si intreccia con il concetto di *nudging digitale*, una forma di spinta gentile che, attraverso algoritmi di personalizzazione, influenza le decisioni dell'utente. Questo approccio, se da un lato può guidare il giocatore verso scelte più

consapevoli, dall'altro apre la porta a una forma di manipolazione digitale velata (Eubanks, 2018).

Il nodo centrale, quindi, non è l'utilizzo in sé della *data science*, bensì il modo in cui essa viene impiegata. Chi decide quando un comportamento è "a rischio"? Chi controlla gli algoritmi? Quali garanzie vengono offerte all'utente in termini di comprensibilità, diritto all'opposizione e trasparenza delle logiche di profilazione (Floridi, 2016, 307-312)?

Queste domande non riguardano solo il settore del gioco d'azzardo, ma toccano una dimensione più ampia del rapporto tra esseri umani e sistemi intelligenti, in cui la sfida non è solo tecnica, ma profondamente etica.

L'Inversione del Paradigma: Dati per Profitto o per Prevenzione?

L'uso della *data science* nel gioco d'azzardo non è una novità: le piattaforme online da anni impiegano algoritmi avanzati per ottimizzare l'esperienza utente, personalizzare le offerte promozionali e massimizzare il tempo di permanenza e la spesa del giocatore (Auer & Griffiths, 2015, 339). Attraverso sistemi di profilazione comportamentale, le piattaforme riescono a identificare abitudini di gioco, tempi di interazione e preferenze personali, generando offerte mirate per incentivare la partecipazione continua (Mittelstadt et al., 2016, 1-21).

Il vero paradosso, tuttavia, risiede nel fatto che le stesse tecnologie utilizzate per aumentare i profitti potrebbero essere impiegate per proteggere l'utente. La *data science*, infatti, consente di sviluppare modelli predittivi capaci di identificare giocatori a rischio di sviluppare dipendenze. Tuttavia, secondo Zuboff (2019), l'industria del gioco d'azzardo ha storicamente privilegiato l'uso dei dati per massimizzare i ricavi piuttosto che per prevenire comportamenti patologici, un fenomeno che si inserisce in quello che l'autrice definisce *capitalismo della sorveglianza*.

Si tratta dunque di un bivio etico: usare i dati per incentivare il comportamento di gioco o per riconoscerne i segnali di sofferenza?

Nel primo caso, gli algoritmi diventano strumenti di manipolazione personalizzata, capaci di adattare dinamicamente l'esperienza in funzione della vulnerabilità del singolo giocatore. Tecniche di *nudging digitale* vengono impiegate per stimolare comportamenti impulsivi, come l'aumento delle puntate dopo una perdita, incentivando il giocatore a "recuperare" quanto perso (Eubanks, 2018).

Nel secondo scenario, invece, i dati comportamentali potrebbero essere utilizzati per individuare segnali di rischio e attivare strumenti di protezione. Ad esempio, i modelli predittivi potrebbero identificare pattern di *loss chasing* (ovvero l'inseguimento delle perdite) o l'aumento della frequenza delle

sessioni, inviando notifiche di allerta o suggerendo meccanismi di autoesclusione (Auer & Griffiths, 2015, 339). In questa direzione si muovono alcune iniziative europee, come il Piano Strategico per il Contrasto al Gioco Patologico dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (ADM), 2023), che prevede l'adozione di strumenti di monitoraggio e autoesclusione per i giocatori a rischio.

L'efficacia di tali meccanismi dipende, però, dalla volontà dell'industria di adottare pratiche etiche e trasparenti. Attualmente, molti sistemi di monitoraggio sono implementati più per finalità di marketing che per scopi preventivi (Mittelstadt et al., 2016, 1-21). La profilazione predittiva viene sfruttata per massimizzare la spesa dell'utente, creando un circolo vizioso di dipendenza e manipolazione (Zuboff, 2019).

In definitiva, l'inversione del paradigma – dal profitto alla prevenzione – non richiede solo una diversa impostazione tecnica, ma un cambiamento di cultura, in cui la tecnologia sia progettata a partire da valori etici condivisi e orientati al benessere della persona piuttosto che alla sua monetizzazione. Come osserva Floridi (2016, 307-312), un approccio etico all'intelligenza artificiale e alla data science deve considerare non solo l'accuratezza dei modelli, ma anche il rispetto della dignità umana e il diritto all'autodeterminazione.

Conclusioni

L'applicazione della *data science* al settore del gioco d'azzardo evidenzia con forza la duplice natura della tecnologia: essa può essere usata per generare profitto, sfruttando la vulnerabilità dei giocatori, oppure può diventare uno strumento di prevenzione e responsabilità sociale. La differenza non risiede negli algoritmi in sé, ma nel sistema di valori che ne guida l'uso. In un panorama dominato dal *capitalismo della sorveglianza*, l'enorme quantità di dati generata dai comportamenti dei giocatori online viene raccolta e analizzata principalmente per ottimizzare strategie di marketing e massimizzare i profitti.

L'inversione del paradigma verso un approccio etico e preventivo richiede un ripensamento strutturale delle piattaforme di gioco. Gli algoritmi predittivi, attualmente utilizzati per stimolare il gioco continuativo, potrebbero essere riconvertiti in strumenti di *early warning*, capaci di identificare i segnali di dipendenza in tempo reale. Tuttavia questa transizione implica un cambio di prospettiva culturale, in cui il rispetto della dignità umana e dell'autodeterminazione diventi un pilastro etico della progettazione algoritmica.

Sul piano normativo, l'Unione Europea ha già introdotto misure di tutela tramite il *GDPR*, che regola la profilazione automatizzata e garantisce il diritto di opposizione da parte degli utenti. Tuttavia, la sola

regolamentazione non è sufficiente se non accompagnata da una volontà etica di proteggere i soggetti vulnerabili. In questa direzione, il *Piano Strategico per il Contrasto al Gioco Patologico* promosso dall'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli rappresenta un primo passo verso un monitoraggio responsabile.

La sfida, dunque, è quella di costruire un equilibrio tra prevenzione algoritmica e rispetto dell'autonomia individuale, tra innovazione e trasparenza, tra efficienza e giustizia. Il rischio è che la tecnologia diventi uno strumento di controllo sociale mascherato da tutela, amplificando disuguaglianze e riducendo la libertà personale.

Il futuro della prevenzione nel gioco d'azzardo potrebbe quindi passare attraverso un uso etico e consapevole dei dati, in cui la protezione dell'individuo non sia subordinata al profitto aziendale, ma rappresenti un obiettivo centrale e non negoziabile. Una *data science* etica, orientata al benessere dell'utente, può diventare un alleato prezioso nella lotta contro la dipendenza patologica, tracciando la strada per un modello di gioco più sostenibile e umano.

References

Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (ADM). (2023). *Piano strategico per il contrasto al gioco patologico*.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Publishing.

Auer, M., & Griffiths, M. D. (2015). Testing normative and self-appraisal feedback in an online slot-machine pop-up in a real-world setting. *Frontiers in Psychology*, 6, 339.

Eubanks, V. (2018). *Automating Inequality: How High-Tech Tools Profile, Police, and Punish the Poor*. St. Martin's Press.

Floridi, L. (2016). On Human Dignity as a Foundation for the Right to Privacy. *Philosophy & Technology*, 29 (4), 307-312.

Gainsbury, S. M., & Blaszczynski, A. (2011). A systematic review of Internet-based treatment for the prevention and intervention of problem gambling. *Clinical Psychology Review*, 31 (6), 928-938.

Garante per la protezione dei dati personali. (2021). *Linee guida su profilazione e decisioni automatizzate ai sensi del GDPR dell'UE*.

Mittelstadt, B. D., Allo, P., Taddeo, M., Wachter, S., & Floridi, L. (2016). The ethics of algorithms: Mapping the debate. *Big Data & Society*, 3 (2), 1-21.

Parlamento Europeo. (2019). *Risoluzione sul gioco d'azzardo online e protezione dei consumatori nell'UE*.

Percival, J., & Leung, L. (2019). Predicting problem gambling from patterns of play. *Journal of Gambling Issues*, 98-115.

Susskind, J., & Susskind, R. (2015). *The Future of the Professions: How Technology Will Transform the Work of Human Experts*. Oxford University Press.

Zuboff, S. (2019). *The Age of Surveillance Capitalism*. PublicAffairs.

Osservazioni iniziali sull'utilizzo del Trattamento Integrativo di Coppia per il Gioco d'Azzardo Patologico (ICT-PG) nel Servizio Pubblico

Daniela Germoni, Gloria Passarella, Silvia Cabrini, Maurizio Avanzi

AUSL Piacenza, DSM-DP

Abstract

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) ha un impatto significativo non solo sull'individuo ma anche sulle relazioni familiari e di coppia. Questo studio presenta i risultati preliminari dell'implementazione del Trattamento Integrativo di Coppia per il Gioco d'Azzardo Patologico (ICT-PG) nel servizio pubblico di Piacenza. Sono stati valutati gli effetti dell'intervento su 15 coppie in termini di riduzione del disagio psicologico, miglioramento della soddisfazione coniugale e riduzione della spesa per il gioco d'azzardo. I risultati indicano un miglioramento significativo della soddisfazione coniugale ($p = .03$), una riduzione del disagio psicologico ($p = .000$) e una riduzione della spesa per il gioco ($p = .000$), suggerendo l'efficacia dell'intervento. Tuttavia, il numero limitato di partecipanti e la selezione clinica rappresentano dei limiti da considerare per future ricerche.

Introduzione

La quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) ha apportato significative modifiche alla classificazione del DGA (Disturbo da Gioco d'Azzardo). In precedenza, il disturbo era inserito nella categoria dei "Disturbi del controllo degli impulsi". Con il DSM-5, invece, il DGA è stato riclassificato tra le dipendenze e collocato accanto ai disturbi da uso di sostanze.

Le ricerche (Bignamini et al, 2002; Bignamini E, 2006; Jacobs DF, 1986; Petry NM, 2013) hanno dimostrato che il DGA presenta molte similitudini con le dipendenze da sostanze, come l'alterazione dei circuiti cerebrali del piacere e della ricompensa, la tolleranza, l'astinenza e la compromissione delle funzioni quotidiane.

Il gioco d'azzardo patologico si manifesta attraverso un desiderio incontrollabile che tende ad interferire sempre di più con la vita quotidiana, portando a mentire, isolare

socialmente e a sacrificare relazioni importanti, nonostante ripetuti e infruttuosi tentativi di smettere.

Questa nuova classificazione riflette una comprensione più profonda dei meccanismi alla base del DGA e questo cambiamento ha importanti implicazioni per la ricerca, la diagnosi e il trattamento di questo disturbo, aprendo nuove prospettive per aiutare le persone che ne sono affette, i loro familiari e gli altri significativi a riprendere il controllo della propria vita.

Nel 2018 l'Azienda Usl di Piacenza ha redatto uno specifico percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) al fine di delineare un preciso piano di accoglienza, cura e trattamento dei giocatori d'azzardo patologici e dei loro familiari, garantendo l'omogeneità della qualità delle prestazioni erogate nell'ambito territoriale di competenza. Dal 2019 uno degli interventi attivabili nei Ser.DP della provincia è il trattamento integrativo di coppia per il gioco d'azzardo patologico o ICT-PG (Tremblay et al., 2015).

L'intervento viene svolto da un gruppo di operatori appartenenti all'Ausl e al privato sociale (Progetto Iceberg¹) e specificatamente formati dal prof. Tremblay.

L'opportunità di inserire un trattamento di

coppia, nasce dall'evidenza che il disturbo da gioco d'azzardo non è soltanto un problema individuale. Le conseguenze di questa dipendenza impattano negativamente sulle relazioni interpersonali, in particolare su quelle di coppia.

Il DGA non solo colpisce le finanze del sistema familiare, ma mina la fiducia, crea conflitti e può portare alla rottura della relazione. Coinvolgendo entrambi i partner nel trattamento si mira a riparare i danni causati dal disturbo e a rafforzare il legame di coppia. Il partner può diventare una figura fondamentale nel processo terapeutico, offrendo sostegno e trovando egli stesso una propria collocazione. La sua presenza può aumentare la motivazione del giocatore a partecipare al trattamento e a mantenere i cambiamenti raggiunti. Inoltre, il trattamento di coppia fornisce ad entrambi i partner gli strumenti necessari ad affrontare le situazioni di rischio e le eventuali ricadute (Tremblay et al., 2018).

L'ICT-PG, basato sul modello cognitivo-comportamentale di Robert Ladouceur, integra strategie di gestione del comportamento di gioco con tecniche di supporto alla relazione di coppia. L'obiettivo principale di questo approccio è la cessazione o riduzione del comportamento problematico. Il giocatore

¹ Progetto che prevede attività di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte a persone affette da Disturbo da gioco d'azzardo gestito da Fondazione La Ricerca – Don

Giorgio Bosini ETS e L'Arco coop a r.l., a seguito di progettazione dell'Ausl di Piacenza.

viene aiutato a identificare i bisogni associati al gioco d'azzardo e a rispondervi in modo diverso. Il partner viene aiutato ad aumentare i comportamenti che facilitano l'astensione e a ridurre quelli che rinforzano il comportamento problematico entrambi vengono sollecitati ad avere cura di sé. La coppia impara a identificare le interazioni negative sul problema e a svilupparne di costruttive per fare squadra contro l'azzardo. Viene altresì sostenuta nella riparazione delle ferite relazionali causate dalla dipendenza, nel rinforzo reciproco e nell'aumentare il benessere proprio e dell'Altro (Tremblay et al., 2015).

Obiettivi specifici dello studio.

Lo studio si propone di sistematizzare le osservazioni preliminari riguardanti l'utilizzo del ICT-PG nel Servizio Sanitario pubblico di Piacenza, valutandone l'efficacia in termini di riduzione del sintomo, disagio psicologico individuale e soddisfazione di coppia.

Metodo

Descrizione del Campione

Lo studio ha coinvolto 15 coppie, sposate o conviventi da almeno un anno, in cui uno dei due membri era affetto da disturbo da gioco d'azzardo (DGA) e aveva intrapreso un trattamento di coppia. Tutte le coppie incluse nell'analisi avevano già completato almeno sei colloqui terapeutici, con una media complessiva di 12,5 incontri. Questo criterio di

inclusione garantisce che i dati raccolti riflettano l'evoluzione della dinamica di coppia nel contesto di un trattamento già ben avviato.

L'età media dei pazienti con DGA è di 45,67 anni (range: 28-65 anni), mentre quella dei rispettivi partner è di 43,40 anni (range: 25-61 anni). La distribuzione di genere mostra una prevalenza maschile tra i pazienti, mentre tra i partner si osserva una prevalenza femminile.

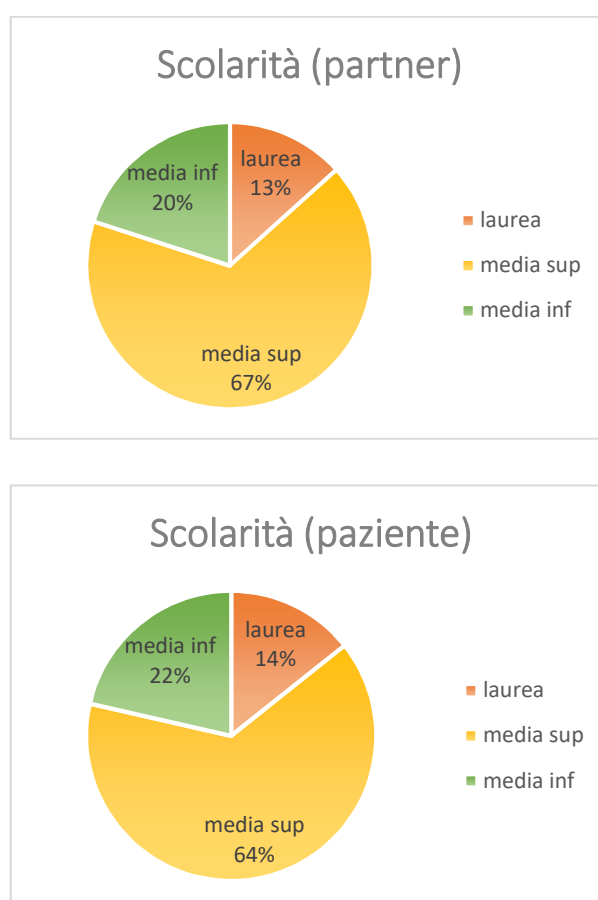


Fig. 1: Scolarità dei partecipanti

Dal punto di vista del livello di istruzione, il campione mostra una tendenza verso un'istruzione medio-alta, con la maggior parte dei partecipanti in possesso di un diploma di scuola secondaria superiore (64% per i

pazienti e 67% per i partner), seguito da un numero minore con titolo di scuola media inferiore e un numero ancora più ridotto di laureati. Anche la situazione occupazionale risulta diversificata, con una maggiore percentuale di lavoratori dipendenti tra i pazienti, pari al 57% e 73% per i partner, mentre tra i partner vi è una presenza più marcata di pensionati, casalinghe e disoccupati (20%).

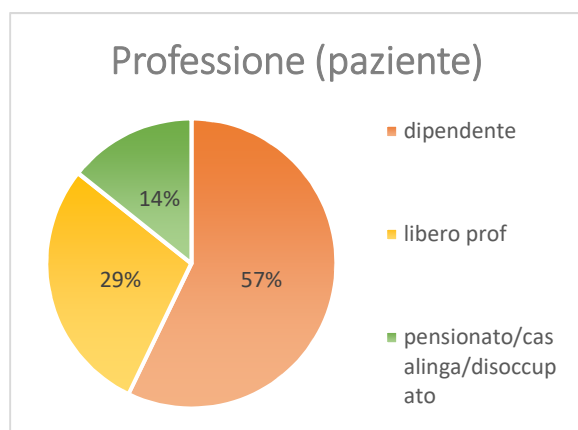
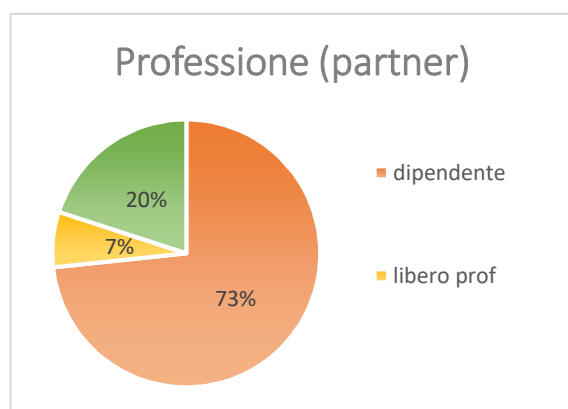


Fig.2: Stato occupazionale di Giocatori d'azzardo e partner

All'inizio del trattamento, la spesa media mensile per il gioco d'azzardo era di 916,67 €. Per quanto riguarda la tipologia dei giocatori, secondo la classificazione di Blaszczynski e

Nower (2022), il campione è suddiviso in 4 giocatori di Tipo 1, 7 di Tipo 2 e 4 di Tipo 3.

Questa classificazione distingue:

- Tipo 1 (Giocatori condizionati nel comportamento): caratterizzati principalmente da rinforzi condizionati e distorsioni cognitive sul gioco d'azzardo, senza significativi problemi psicologici o emotivi pregressi.
- Tipo 2 (Giocatori emotivamente vulnerabili): individui che sviluppano il DGA in risposta a difficoltà emotive, ansia o depressione.
- Tipo 3 (Giocatori impulsivi/antisociali): caratterizzati da tratti di impulsività, problemi di autocontrollo e spesso comorbidità con disturbi antisociali o altre dipendenze.

Nel 40% dei casi è presente una situazione debitoria, mentre nel 60% è assente.

Strumenti

All'inizio di ogni incontro entrambi i membri delle coppie hanno compilato due questionari che indagano sintomi di disagio psicologico e soddisfazione coniugale.

IPDESQ-14 (Indice di Percezione del Disagio Emotivo e Stress Psicologico - 14 items)

L'IPDESQ-14 è uno strumento di autovalutazione sviluppato per misurare il disagio psicologico percepito. È composto da 14 item, valuta dimensioni chiave legate a stress, ansia, umore depresso e difficoltà emotive,

utilizzando una scala Likert per quantificare la frequenza o l'intensità dei sintomi. La struttura articolata consente un'analisi approfondita del benessere psicologico, facilitando la rilevazione di segnali di disagio clinicamente rilevanti.

DAS-4 (Dyadic Adjustment Scale - 4 items)

Il DAS-4 è una versione abbreviata della Dyadic Adjustment Scale, progettata per valutare la soddisfazione coniugale e la qualità della relazione di coppia. Include 4 item che esplorano aspetti fondamentali come coesione, accordo su questioni chiave, espressione affettiva e soddisfazione complessiva nella relazione. Gli item sono valutati su una scala Likert, consentendo una rapida identificazione di eventuali difficoltà relazionali. Il DAS-4, pur nella sua brevità, mantiene buone proprietà psicometriche, risultando efficace per studi di popolazione e per la pratica clinica.

Analisi dei Risultati

Le analisi statistiche, svolte tramite SPSS, hanno incluso test t per campioni appaiati per valutare le differenze pre e post-intervento, analisi di correlazione di Pearson per esplorare le relazioni tra le variabili di interesse e il test di Analisi della Varianza per confrontare le differenze tra i 3 gruppi definiti in base alle tipologie di B&N.

Soddisfazione coniugale

L'analisi statistica tramite il test t per campioni appaiati della soddisfazione coniugale ha evidenziato differenze statisticamente significative tra i punteggi rilevati all'inizio del trattamento e nell'ultimo colloquio. ($t(14) = -2,411$; $p = .03$; $t(14) = -4,072$; $p = .001$). È stata, inoltre, riscontrata una correlazione positiva tra l'incremento della soddisfazione nei due coniugi suggerendo un effetto bilaterale della terapia ($r = 0,537$)

La correlazione positiva tra il miglioramento della soddisfazione coniugale del giocatore e la riduzione del disagio psicologico nel partner pre e post-intervento ($r = 0,601$) evidenzia la stretta connessione tra il benessere emotivo e la qualità della relazione di coppia.

Questo risultato suggerisce che il trattamento ha migliorato la percezione della qualità della relazione tra i partner.

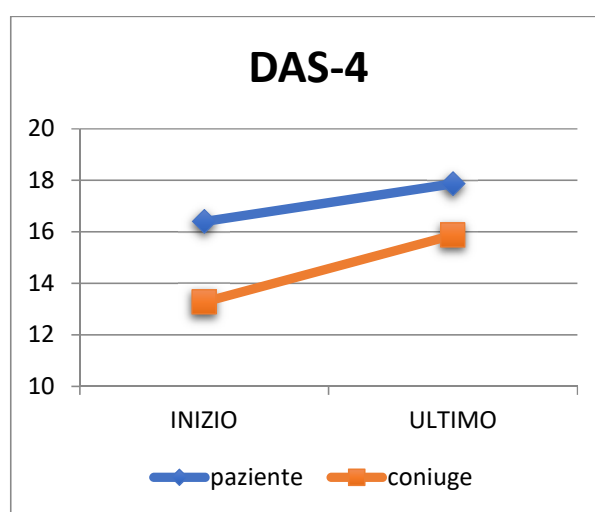


Fig. 3: Punteggi al questionario DAS-4 (Soddisfazione coniugale), al primo e all'ultimo colloquio per Giocatore d'azzardo e partner.

Disagio psicologico

Anche il disagio psicologico analizzato ha mostrato risultati significativi, evidenziando una riduzione dei sintomi per entrambi i membri delle coppie ($t(14) = 4,848$; $p = .000$; $t(14) = 3,890$; $p = .002$)

È stata evidenziata una forte correlazione positiva tra il miglioramento della soddisfazione coniugale e la riduzione del malessere psicologico nel coniuge ($r = 0,754$).

Questi risultati suggeriscono che la riduzione dello stress emotivo si associa a un miglioramento nella qualità della relazione.

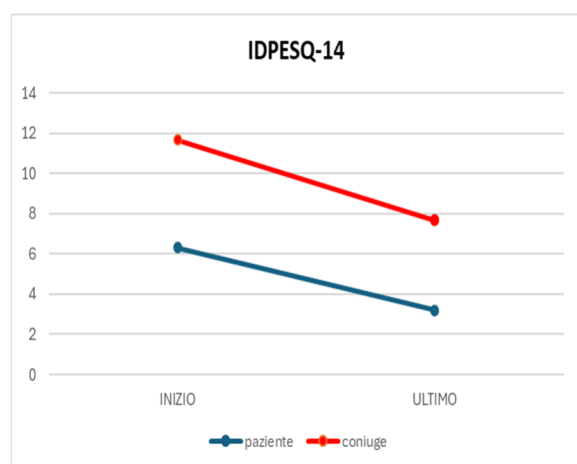


Fig. 4: Punteggi al questionario IDPESQ-14 (Disagio psicologico), al primo e all'ultimo colloquio per Giocatore d'azzardo e partner.

Spesa per il gioco d'azzardo

L'analisi delle spese legate al gioco d'azzardo ha mostrato una differenza significativa tra inizio e fine della rilevazione ($t(14) = 7,891$; $p = .000$): la spesa mensile media è passata da 916,67 € a 13,33 €.

Questo dato indica che l'ICT-PG non solo mi-

gliora la relazione coniugale, ma incide direttamente sul comportamento di gioco problematico.

Analisi delle differenze tra gruppi

Sono state esaminate le differenze tra i tre gruppi di pazienti (tipologie di Blaszczynski e Nower) rispetto ad altrettante variabili:

- **Soddisfazione coniugale:** $F(2,14) = 3,477$; $p = .064$ e $F(2,14) = 2,129$; $p = .162$
- **Disagio psicologico:** $F(2,14) = 3,540$; $p = .062$ e $F(2,14) = 4,026$; $p = .046$
- **Spesa monetaria:** $F(2,14) = 0,376$; $p = .0694$

Per quanto riguarda la soddisfazione coniugale, le analisi effettuate mostrano un miglioramento più marcato nei pazienti che rientrano nella Tipologia 1 e anche nei loro coniugi, nonostante quest'ultima differenza non risulti statisticamente significativa.

Tra le variabili analizzate, il disagio psicologico ha mostrato una differenza significativa tra i gruppi, con $F(2,14) = 4,026$; $p = .046$.

È stata rilevata una differenza statisticamente significata per i punteggi dei partner di Giocatori di Tipo 1. Segue una differenza, seppur non significativa, per i giocatori sia di Tipo 1 sia di Tipo 2.

Questo risultato suggerisce che le diverse tipologie di pazienti si distinguono in modo significativo per il livello di disagio psicologico riportato. In particolare, l'analisi indica che

alcuni gruppi potrebbero beneficiare maggiormente dell'intervento rispetto ad altri in termini di riduzione del disagio psicologico.

Nel complesso, il dato significativo relativo al disagio psicologico sottolinea l'importanza di considerare le differenze individuali nei processi di cambiamento e negli esiti terapeutici, evidenziando come il trattamento possa incidere in maniera diversa a seconda delle caratteristiche dei pazienti.

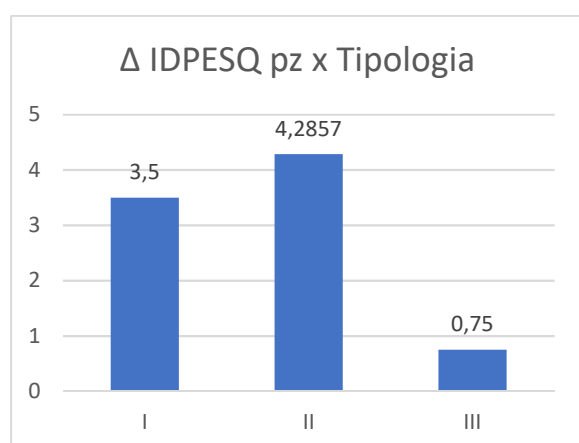
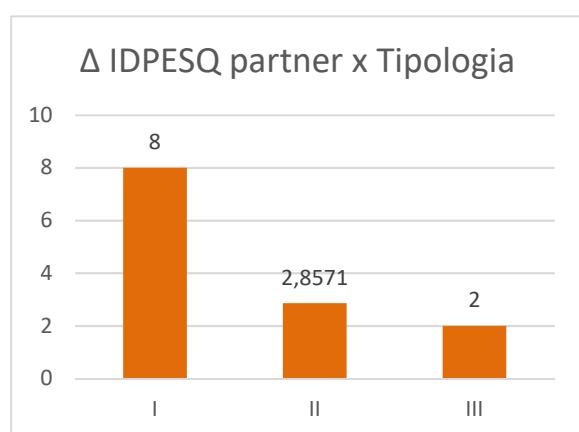


Fig. 5: differenze di punteggi rispetto alla variabile "disagio psicologico" tra gruppi.

Per quanto riguarda la spesa media mensile, non si evidenziano differenze significative fra i 3 gruppi, ma tutti riducono l'importo speso.

Discussione

I risultati ottenuti in questo studio confermano le evidenze della letteratura internazionale sull'efficacia dell'ICT-PG nel migliorare diversi aspetti del benessere psicologico e della relazione di coppia. In particolare, si è osservato un significativo miglioramento nella soddisfazione di coppia, un dato che riflette la capacità dell'intervento di ridurre le tensioni derivanti dal comportamento patologico di gioco, favorendo una comunicazione più sana e un maggiore supporto reciproco.

Parallelamente, la diminuzione del disagio psicologico riscontrata nei partecipanti suggerisce che l'ICT-PG non solo riduce il comportamento di gioco problematico, ma interviene efficacemente sugli aspetti emotivi e psicologici che alimentano o sono alimentati dal gioco patologico.

Un altro risultato importante riguarda la riduzione delle somme spese nell'azzardo, che non solo è un indicatore di successo del trattamento, ma ha anche implicazioni pratiche significative per la stabilità finanziaria dei pazienti e delle loro famiglie. Questo aspetto potrebbe essere correlato alla maggiore consapevolezza acquisita durante il trattamento riguardo ai danni finanziari causati dal gioco

d'azzardo, così come alla messa in atto di strategie di coping più efficaci.

La scarsa numerosità del campione costituisce un importante limite alla generalizzabilità dei risultati, e impedisce di fare riflessioni statisticamente solide rispetto all'impatto del trattamento. Tuttavia riteniamo che i dati costituiscano un'importante indicazione preliminare per approfondire ulteriormente l'efficacia dell'ICT-PG, valutandone l'impatto su un campione più ampio e analizzando in modo più dettagliato le variabili individuali e di coppia che possono influenzare l'esito del trattamento. Future ricerche potrebbero inoltre esplorare il ruolo di eventuali variabili che incidono sul trattamento nonché la sostenibilità a lungo termine dei benefici osservati.

Conclusioni

Il presente studio preliminare conferma i dati della letteratura internazionale sull'efficacia dell'ICT-PG nel migliorare il benessere della coppia e nel ridurre il comportamento di gioco d'azzardo. In particolare, i risultati ottenuti nel nostro contesto evidenziano un significativo miglioramento della soddisfazione di coppia, una diminuzione del disagio psicologico e una riduzione delle spese legate all'azzardo. Tuttavia, lo studio presenta alcuni limiti, tra cui il numero esiguo di pazienti e la selezione clinica che potrebbe aver privilegiato individui con maggiore disponibilità ad aderire al trattamento. Inoltre, l'analisi retrospettiva dei dati

e il limite geografico (condotto nel solo servizio dell'AUSL Piacenza) impongono una cautela nell'interpretazione dei risultati.

Le prospettive future suggeriscono la necessità di esplorare le differenze di esito tra differenti tipologie di pazienti, nonché di valutare l'efficacia dell'intervento nel lungo periodo tramite follow-up. Un ulteriore passo importante potrebbe essere l'estensione della ricerca a livello regionale, al fine di consolidare le evidenze empiriche e di meglio comprendere l'impatto dell'ICT-PG in contesti più ampi.

Parole chiave: *Gioco d'azzardo patologico, Trattamento di coppia, Disagio psicologico, Soddisfazione coniugale, Intervento cognitivo-comportamentale.*

Bibliografia

Abbott, M. W., Binde, P., Clark, L., Hodgins, D. C., Korn, D., Pereira, A., ... & Williams, R. J. (2018). Conceptual framework of harmful gambling: An international collaboration. *Public Health*, 165, 3-17.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) (DSM-5)*. Washington, DC: APA.

Bignamini E, Cortese M, Garau S, Sansebastiano S. Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica. Bologna: Editeam, 2002.

Bignamini E. La dipendenza da sostanze: un'introduzione per la comprensione e per l'intervento. Cuneo: Publiedit, 2006.

Bischof, A., Meyer, C., Bischof, G., John, U., & Rumpf, H. J. (2013). The pathological gambling adaptation of the transtheoretical model: Validation and association with gambling behavior. *Journal of Gambling Studies*, 29(2), 307-320.

- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487-499.
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2022). Clarifying gambling subtypes: The revised pathways model of problem gambling. *Addiction*, 117(2), 327-335. <https://doi.org/10.1111/add.15636>
- Côté, M., Tremblay, J., Jiménez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F., & Brunelle, N. (2020). How can partners influence the gambling habits of their gambler spouse? *Journal of Gambling Studies*, 36(3), 783–808. <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09917-1>
- Dowling, N. A., Jackson, A. C., Suomi, A., Lavis, T., Thomas, S. A., Patford, J., ... & Harvey, P. (2014). Problem gambling and intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15(3), 188-204.
- Hing, N., Russell, A. M. T., Gainsbury, S. M., & Blaszczynski, A. (2016). Characteristics and help-seeking behaviors of Internet gamblers compared with land-based gamblers: Results from a national survey. *Addictive Behaviors*, 55, 46-54.
- Hodgins, D. C., Stea, J. N., & Grant, J. E. (2011). Gambling disorders. *The Lancet*, 378(9806), 1874-1884.
- Jacobs DF. A general theory of addiction: a new theoretical model. *Journal of Gambling Behavior* 1986; 2: 15-31.
- Kourgiantakis, T., Saint-Jacques, M. C., & Tremblay, J. (2013). Problem gambling and families: A systematic review. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 13(4), 353-372.
- Ladouceur, R., & Lachance, S. (2007). Overcoming pathological gambling: Therapist guide. Oxford University Press.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., Leblond, J., & Jacques, C. (2001). Cognitive treatment of pathological gambling. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(11), 774–780. <https://doi.org/10.1097/00005053-200111000-00007>
- Petry, N. M., Ginley, M. K., & Rash, C. J. (2017). A systematic review of treatments for problem gambling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(8), 951-961.
- Petry NM, Blanco C, Stinchfield R, Volberg R. (2013). An empirical evaluation of proposed changes for gambling diagnosis in the DSM-5. *Addiction* 2013; 108: 575-81.
- Toneatto, T., & Ladouceur, R. (2003). Treatment of pathological gambling: A critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(4), 284-292.
- Tremblay, J., Dufour, M., Bertrand, K., Blanchette-Martin, N., Ferland, F., Savard, A.-C., Saint-Jacques, M., & Côté, M. (2018). The experience of couples in the process of treatment of pathological gambling: Couple vs individual therapy. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 2344. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02344>
- Tremblay, J., Savard, A. C., Dufour, M., Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Bertrand, K., Côté, M., & Saint-Jacques, M. (2015). Integrative couple treatment for pathological gambling/ICT-PG: Description of the therapeutic process. *Canadian Journal of Addiction*, 6(2), 54–61. <https://doi.org/10.1097/02024458-201509000-00008>
- Tremblay J, Dufour M, Bertrand K, Saint-Jacques M, Ferland F, Blanchette-Martin N, Savard AC, Côté M, Berbiche D, Beaulieu M. (2023). Efficacy of a randomized controlled trial of integrative couple treatment for pathological gambling (ICT-PG): 10-month follow-up. *J Consult Clin Psychol*. 2023 Apr;91(4):221-233. doi: 10.1037/ccp0000765. Epub 2022 Dec 15. PMID: 36521131.

Audizione presso la Direzione Generale di Prevenzione del Ministero della Salute

Roma 19 maggio 2025

Osservazioni e proposte di evoluzione del documento di linee d'indirizzo
(versione 12 dicembre 2024) nota tecnica

Maurizio Fiasco

Presidente di ALEA

VERSO UN MODELLO INTEGRATO DI EARLY DETECTION DELLE DIPENDENZE PROGET- TATE: PROPOSTA DI AMPLIAMENTO EPISTE- MOLOGICO E STRATEGICO

In questo documento in rappresentanza di Alea, in coerenza con la mission scientifica dell'Associazione, espongo valutazioni e proposte per il pur vasto campo delle addiction "senza sostanze", fino a un recente passato definite come "dipendenze comportamentali". Per tale delimitazione di competenze, non si riferiscono indicazioni in riferimento alle dipendenze da sostanze stupefacenti ed altri prodotti illegali quanto a produzione e distribuzione.

Il documento è importante per definire una corretta gerarchizzazione delle scelte e delle regole nel rispetto dell'art. 32 della Costituzione. Di conseguenza le Linee Guida possono riflettersi su scelte pubbliche strategiche.

Premessa

Le dipendenze da sostanze (alcol, tabacco, farmaci) e da comportamenti (gioco d'azzardo, shopping compulsivo, uso patologico dei social media, videogiochi, binge watching, ecc.) hanno oggi assunto la configurazione di fenomeni che derivano da progetti industriali. Tali modelli economici sono orientati a ottenere un alto impatto per il revenue, e dunque per la fidelizzazione dei clienti grazie alla compresenza sia di valori funzionali sia di valori euforizzanti nei prodotti o servizi.

La disponibilità ubiquitaria, l'ipersollecitazione sensoriale, le tecniche di ingaggio comportamentale e l'uso massivo di big data, di conseguenza rendono obsoleto un approccio unicamente clinico o preventivo in senso tradizionale.

Con questo documento, l'Associazione scientifica Alea intende integrare le "Linee di Indirizzo 12-12-2024" con un modello epistemologicamente aggiornato e operativamente

orientato alla valutazione del business model delle dipendenze come matrice dell'intervento precoce.

È ben vero che il documento “Bozza Linee di Indirizzo 12-12-2024” (di seguito: “Bozza”) affronta l'identificazione precoce delle dipendenze patologiche (early detection) come asse strategico del Piano Nazionale di Prevenzione 2020–2025.

Tuttavia, il focus prevalente è clinico-sanitario e solo marginalmente affronta le addiction come esiti progettati, per l'appunto, da un “business model” industriale. Di seguito una valutazione sistematica articolata per nuclei tematici.

1. Quanto viene valutato il ruolo delle addiction da business e cosa si propone di integrare

Il ruolo e il peso delle addiction connesse a un progetto industriale-commerciale è presente nella Bozza indicando le variabili ad alta incidenza.

In primo luogo, vi è il riconoscimento implicito del fatto che l'offerta di prodotti (alcol, gambling, social, gaming) contribuisce alla diffusione dei comportamenti di dipendenza.

Viene data esplicita menzione dell'aumento dell'offerta e dell'accessibilità come fattori di rischio, specie nel gioco d'azzardo e nelle dipendenze digitali (Internet, gaming, social). In questo senso, giustamente vengono citati la pubblicità e l'ambiente favorevole al consumo

(norme permissive, presenza ubiquitaria, incentivi economici) come fattore contestuale di rischio.

Infine, anche il concetto di “ambiente progettato” è evocato, anche se non sistematizzato.

Sono invece assenti o sottovalutate le seguenti dimensioni del problema:

- a) Nessuna valutazione strutturata dell'architettura del business delle aziende che progettano intenzionalmente prodotti con potenziale additivo.
- b) Non si analizzano le tecniche di design comportamentale, le strategie di engagement, la gamification, né l'utilizzo delle scienze cognitive e dei big data nella progettazione di ambienti ad alta fruibilità.
- c) Non viene formulata un'epistemologia del prodotto additivo, né una strategia per monitorarne l'evoluzione tecnico-commerciale (es. loot boxes, AI recommendation engines).
- d) Manca ogni accenno al capitalismo limbico (sensibilizzazione del sistema dopaminico per finalità di mercato) come asse strategico delle imprese.

Poiché l'early detection si fonda su un approccio epistemologico pragmatico, orientato non alla spiegazione delle cause in senso etiologico, ma alla capacità di predire e intervenire su comportamenti problematici prima che diventino clinicamente manifesti, la prevenzione per le new addiction si pone come

policy di regolazione necessaria alla tutela della salute pubblica.

2. Fondamenti per la costruzione dell'early detection esposti nella Bozza

2.1 Certamente sono rilevabili dei notevoli punti di forza presenti nel documento: il ricorso alla classificazione IOM (prevenzione universale, selettiva, indicata e ambientale); la forte attenzione alla latenza tra l'esordio e la diagnosi, e alla necessità di identificare "profili di rischio" in una fase pre-clinica.

Si sottolinea in modo netto l'analisi multilivello dei fattori di rischio (genetici, ambientali, relazionali, psicologici) e sono valorizzati i setting informali e non stigmatizzanti (es. scuola, famiglie, reti digitali) per l'intercettazione precoce.

Infine, appare rilevante, proprio per le policy di salute, il riconoscimento della comorbidità psichiatrica e neuroevolutiva.

2.2 Vi sono però delle debolezze da velocemente superare rispetto a un paradigma da formulare di "Addiction business-based early detection".

Nelle Linee d'indirizzo vanno declinate delle proposte di interventi urgenti sull'industria o sulla progettazione del prodotto come parte della prevenzione. In questo campo, il vuoto normativo statale è davvero drammatico.

Occorre dotare il sistema del SSN e del Welfare di aggiornati modelli predittivi data-driven (come nel gioco online o nel marketing algoritmico).

Si propone inoltre di elaborare una mappa delle interfacce digitali e ambientali in cui si genera la dipendenza (app, interfacce, cloud platform, social casino, food delivery...).

Altro fattore da recuperare (con opportuna analisi e elaborazione) è l'assenza di strumenti per l'audit della manipolazione cognitiva incorporata nei prodotti.

3. Valutazione sintetica

Per comodità di esposizione, si riportano in questo prospetto le osservazioni

Criterio	Presenza	Valutazione
Analisi delle addiction come risultato di strategie aziendali	NO	Assente o solo implicita
Approccio multilivello ai fattori di rischio (individuali, ambientali)	SI	Ben strutturato
Riconoscimento delle tecnologie digitali nel rischio additivo	INCERTA	Parziale e descrittivo, non sistematico
Sistemi predittivi e strumenti di identificazione automatizzata	NO	Del tutto assenti

Criterio	Presenza	Valutazione
Integrazione di scienze cognitive e design comportamentale	NO	Non tematizzata
Cultura della prevenzione come intervento anche sul contesto produttivo	NO	Non sviluppata

Per concludere sulla bozza

Il documento rappresenta un avanzamento importante nella cornice di early detection, ma è ancora fortemente ancorato a una visione clinico-sociale e sanitaria, non ancora aggiornata all'analisi delle dipendenze di massa come prodotto intenzionale di ingegneria industriale e comportamentale. Se si vuole evolvere verso un modello predittivo efficace, è necessario integrare una prospettiva critica sull'architettura dei prodotti, ispirata a modelli come:

- l'early detection data-driven del gioco online (Haefeli et al.),
- l'analisi del "capitalismo limbico" (Courtwright),
- i modelli di environment audit (CPTED digitale, media ecology),
- il monitoraggio semantico e comportamentale tramite intelligenza artificiale.

Il passaggio cruciale è dalla medicalizzazione dell'utente alla responsabilità sull'architettura del consumo. L'early detection diventa allora una leva strategica per riportare le istituzioni in posizione proattiva, orientata al governo delle condizioni che producono le dipendenze e non solo alla loro riparazione clinica.

PROPOSTE DELL'ASSOCIAZIONE ALEA PER ATTUALIZZARE LE LINEE DI INDIRIZZO AI PRINCIPALI, DRAMMATICI FENOMENI EMERGENTI

1. Dotare il Ministero della Salute, affinché possa esercitare le sue prerogative, di *un sistema di valutazione strutturale della progettazione industriale delle dipendenze* ("addiction by design"):
 - 1.1. Creare un team, in collaborazione con le Regioni, che sia in grado di impiegare *strumenti e metodologie di analisi delle architetture* di prodotto e servizio predisposte al condizionamento.
 - 1.2. Emanare dei *Protocolli ministeriali* per la raccolta e interpretazione dei segnali deboli (weak signals) di addiction precoce.
 - 1.3. Definire dei modelli di *monitoraggio predittivo data-driven* già in uso nel gambling online e nel marketing digitale. In questo senso, il documento conclusivo di mandato del dicembre 2022 dell'Osservatorio per il contrasto al gioco d'azzardo e alla

dipendenza grave ha indicato come concretamente e rapidamente realizzarlo.¹

- 1.4. Elaborare, per le politiche di Salute, un programma di azioni di sorveglianza algoritmica delle interfacce e delle dinamiche persuasive nelle piattaforme digitali.
2. Per l'ampliamento strategico si propongono i seguenti atti:
 - 2.1. Dotare il Ministero di un organismo consultivo (che supplisca alla soppressione dell'Osservatorio Nazionale contro il gioco d'azzardo e la dipendenza grave) per i riflessi di salute delle Architetture dell'Addiction.
 - 2.2. Si realizzi l'analisi sistemica dei dispositivi industriali (fisici e digitali) predisposti al condizionamento compulsivo.
 - 2.3. Si svolga un audit interdisciplinare (psicologi, sociologi, neurobiologi, esperti di data science, marketing).
 - 2.4. Si effettui il censimento (con successivi aggiornamenti periodici) delle

tecniche di engagement nei settori critici (gaming, food delivery, e-commerce, social, gambling).

3. Per l'adozione di un modello predittivo basato su segnali deboli
 - 3.1. Raccolta sistematica di dati comportamentali digitali (tempo d'uso, pattern, intensità, escalation, tentativi di controllo).
 - 3.2. Uso di modelli statistici e machine learning per l'identificazione precoce di pattern pre-dipendenti.
 - 3.3. Integrazione di sistemi semantici per rilevare mutamenti linguistici nei messaggi, nei post, nei ticket di help desk.
4. Per la mappatura delle vulnerabilità ecosistemiche
 - 4.1. Identificare ambiti urbani, sociali, familiari, educativi e tecnologici in cui le dipendenze sono più favorite da fattori di design ambientale.
 - 4.2. Attivazione di un Piano Etico per le Interfacce

¹ Nel documento (trasmesso dal Ministero alle Regioni) si legge in proposito:

J. "A titolo di importante esempio, si sottolinea come dall'anagrafe dei conti di gioco per le piattaforme online, gestita dalla SOGEL, possano derivare evidenze fondamentali per le politiche di Salute:

i) sulla numerosità delle persone registrate, età, sesso, località di residenza indicata;

ii) sulla estensione della popolazione attiva nel gioco e sulla delineazione dei relativi profili (variabili quali fasce d'età presenti, entità del tempo e del denaro giocato pro-capite; frequenza giornaliera, settimanale, mensile);

iii) fasce orarie di minore, media, alta, massima concentrazione del gioco online; definizione dei cluster di clienti e evoluzione dei cluster nel tempo".

- 4.3. Elaborare Linee guida nazionali per la progettazione di interfacce digitali etiche, con principi di trasparenza, interruzione, controllo consapevole.
- 4.4. Promuovere il principio di "pause progettate", "limiti visibili", "report di uso" nelle app.
- 4.5. Collaborare con le piattaforme per introdurre soluzioni di autolimitazione intelligente e rilevamento dei comportamenti disfunzionali.

L'obiettivo principale è consentire un rilevamento precoce delle vulnerabilità individuali e collettive che derivano dall'esposizione sistematica a prodotti e servizi progettati per indurre dipendenza.

A partire da questa diagnosi anticipata, si propone l'attivazione di protocolli di intervento tempestivo, adattati alle diverse fasce d'età, ai canali di consumo specifici e ai differenti

livelli di rischio. Si tratta di operare un vero e proprio cambio di paradigma, spostando l'attenzione dalla diagnosi tardiva del danno al riconoscimento delle condizioni di contesto che lo generano.

In questa prospettiva, si intende promuovere una cultura dell'intervento preventivo che non si limiti a correggere i comportamenti individuali, ma che agisca in profondità sull'architettura stessa dell'offerta commerciale e tecnologica da cui scaturiscono le dipendenze.

In questo senso, la "Bozza di Linee di Indirizzo" rappresenta un quadro importante di riferimento per la prevenzione, ma tali linee necessitano di essere integrate da un modello aggiornato che tenga conto delle trasformazioni dell'economia dell'addiction come esito sia della progettazione industriale sia delle carenze del quadro istituzionale di regolazione e tutela della salute.

Tabella Sinottica – Early Detection esteso agli effetti della commercializzazione delle addiction

Ambito di applicazione	Tecniche di progettazione usate	Scienze implicate	Segnali di early detection	Strategie di monitoraggio	Quadro istituzionale di tutela e misure socio-sanitarie urgenti
Gioco d'azzardo online	Slot design, ricompense intermittenti, near miss effect	Neuroscienze, economia comportamentale, psicomatria	Chasing, frequenza e durata elevate, autosegnalazioni	Log in real time, AI predittiva, questionari PGSI integrati	ADM, SerD, Ssn: obbligo di monitoraggio, interventi di contatto, accesso facilitato a supporto terapeutico
Videogiochi e loot boxes	Progressione, skin gambling, microtransazioni	Neurobiologia, psicologia della ricompensa, game studies	Overplay, spesa ricorrente non proporzionata, ritiro sociale	Tracking tempo-spesa, parental control, nudging	ASL, MIUR: protocolli scuola-famiglia, tutela minori, educazione digitale integrata
Social media e app mobile	Scroll infinito, notifiche intermittenti, FOMO	Psicologia sociale, antropologia digitale, ingegneria UX	Checking compulsivo, ansia da disconnessione, escalation oraria	Metriche di interazione, IA semantica, limiti personalizzati	Garante Privacy, AGCOM, ASL: norme su design etico, limiti di esposizione, interventi educativi collettivi
Cibo ultra-processato e delivery	Combinazione zuccheri-grassi-sale, offerta h24, design packaging	Neurogastronomia, marketing sensoriale, sociologia dei consumi	Consumo notturno, riduzione varietà cibi, senso di colpa	Dati di consumo, reminder alimentari, segnalazione anomalie	Ministero Salute, Comuni: regolamenti su offerta notturna, food tax differenziata, sportelli nutrizionali pubblici
Shopping e-commerce	Gamification checkout, limited offers, anticipazione e reward	Psicologia dei consumi, behavioral economics, neuromarketing	Acquisti impulsivi, rimpianto post-acquisto, cicli ricorrenti	Algoritmi di soglia, storico ordini, alert di comportamento atipico	Consob, MEF, servizi di tutela del credito: audit sugli algoritmi di offerta compulsiva, supporto indebitamento patologico
Streaming e binge watching	Autoplay, contenuti seriali, feedback dopaminico da cliffhanger	Cognitive science, teoria dell'informazione, estetica percettiva	Sessioni lunghissime, sonno compromesso, consumo seriale passivo	Session tracking, screen time alerts, opzioni di pausa attiva	RAI, AGCOM, Ministero Cultura: soglie visive, alert anti-binge, progettazione responsabile piattaforme





ALEA

Collabora con il *Bulletin!*

Tutti i soci di Alea sono invitati a proporre propri contributi con argomenti relativi alle seguenti 3 macro-aree: Gioco d'Azzardo, Comportamenti a Rischio, Dipendenze Comportamentali. I lavori dovranno essere conformi alle norme redazionali pubblicate nella sezione ALEA Bulletin del sito www.gambling.it.

La responsabilità dei testi pubblicati è degli autori. Il comitato di redazione si riserva il diritto di richiedere agli autori di apportare modifiche ai contenuti e alla forma dei testi al fine di adattarli allo stile e alle finalità della pubblicazione e della Associazione stessa.

**I lavori dovranno essere inviati all'indirizzo mail:
aleabulletin@gmail.com**



ALEA



Comitato di redazione

**Graziano Bellio
Silvia Cabrini
Mauro Croce
Claudio Dalpiaz
Simonetta Fraccaro
Emilia Serra**

Presidenza ALEA

E-mail: presidenza.alea@gmail.com

www.gambling.it

Per non ricevere più il Bulletin, scrivere a: newsletter@gambling.it



ALEA Bulletin è una pubblicazione culturale e scientifica di ALEA con licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale Condividi allo stesso modo 3.0 Unported.