



ALEA

Bulletin

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

XIV
1/2026

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 E. Serra

- 7 Spazio GIO. L'esperienza dell'ASST Santi Paolo e Carlo nel triennio 2023-25 per l'intercettazione precoce e invio ai servizi di cura dei pazienti DGA
di M.C. Perilli, G. Brambilla, G. Golia

- 21 Lettura e commento delle linee guida NICE per l'impatto del gioco d'azzardo
di S. Cabrini

- 29 Video Game Therapy® e dipendenze: autoregolazione emotiva, finestra di tolleranza e sincronizzazione terapeutica come fondamenti di un approccio integrato
di F. Bocci

- 39 Quando il futuro diventa una scommessa. I prediction markets tra intelligenza collettiva e capitalismo dell'attenzione
Di M. Croce

- 47 Piattaforme di streaming, gaming e vulnerabilità cliniche in adolescenza
di S. Fraccaro

EDITORIALE

Emilia Serra

Presidente di ALEA

Nell'anno 2000, quando fu costituita l'associazione Alea, lo studio del gioco d'azzardo era quasi una curiosità, un interesse per un fenomeno già trattato nella letteratura specialistica ma che, fino alla seconda metà degli anni '90, riguardava solo un segmento alquanto ristretto della popolazione. I soci fondatori di Alea intuirono tuttavia che, in Italia come in molti altri paesi occidentali, si stava iniziando ad osservare un fenomeno che negli anni successivi avrebbe avuto un trend di crescita esponenziale tale da produrre inevitabilmente ingenti ricadute economiche, sociali, culturali e, non da ultimo, cliniche, nell'intera comunità nazionale. Ed in effetti così è avvenuto: dalla nascita dell'associazione in poi, la spesa per il gioco d'azzardo è aumentata costantemente, ad eccezione del periodo della pandemia, durante il quale le restrizioni sanitarie hanno determinato un calo rilevante della spesa ma, per contro, si è avuto il superamento dei volumi di spesa nel gioco online a scapito di quello onsite. Questo trend è proseguito anche negli anni successivi, con particolare prevalenza delle scommesse e la successiva ripresa della crescita della spesa globale, fino a toccare livelli impensati e impensabili nell'anno della costituzione di Alea.

L'incremento delle tipologie e dei volumi di gioco ha avuto un impatto anche sui servizi sanitari, pubblici e privati, ai quali sono arrivate richieste di presa in carico di persone con problemi gioco correlati e/o dei loro familiari che evidenziavano i danni indotti dall'azzardo sulla salute. Fino al 2017, le attività di prevenzione, cura e riabilitazione del gioco d'azzardo, sono state erogate quasi "a discrezione" dei Direttori dei servizi; anche se la legge 189/2012 (cd Decreto Balduzzi) aveva già previsto l'aggiornamento dei LEA, tali prestazioni sono diventate pienamente garantite ed esigibili solo quando è stata inserita formalmente la dipendenza da gioco d'azzardo, come altre dipendenze patologiche, tra quelle trattate nei Servizi per le Dipendenze delle aziende ULSS. La discrepanza temporale tra la diffusione della patologia e l'obbligatorietà della risposta da parte del SSN ha comportato una disomogeneità tra i servizi, inerente la formazione degli operatori e l'erogazione dei trattamenti, con ogni probabilità non ancora colmata.

In questo contesto in continua evoluzione, Alea è stata la prima associazione scientifica in Italia ad aver avviato uno studio continuo e sistematico del fenomeno gioco d'azzardo, monitorandone l'andamento nel tempo ed analizzandolo sotto il profilo

sociologico, clinico e della ricerca dei suoi fattori contribuenti e ostacolanti; l'Associazione ha sempre offerto contributi gratuiti e su base volontaria, garantendo comprovata solidità scientifica grazie alle elevate competenze e alla professionalità dei suoi soci.

Grazie a questo impegno, dopo i primi anni dedicati prevalentemente all'osservazione e studio del fenomeno e al confronto interno su di esso, sono stati sviluppati successivamente programmi di assistenza a persone con disturbo da gioco d'azzardo (DGA), che sono stati presentati nelle iniziative formative dirette prevalentemente ad operatori clinici: sino ad oggi sono stati organizzati 12 convegni e patrocinati altri 7 eventi formativi, tenutisi in varie località italiane, nei quali sono stati affrontati, in un'ottica multidisciplinare, aspetti teorici e metodologici dei fattori di sviluppo dei problemi gioco correlati e delle possibilità di prevenzione e trattamento.

Nel periodo della pandemia, "i mercoledì di Alea" (incontri mensili in videoconferenza) hanno offerto l'opportunità di riflettere insieme sul lavoro professionale per aggiornare le conoscenze e i modelli operativi che, sulla base di esse, possono essere sperimentati e implementati, nonché di ripensare la dimensione etico-deontologica di ogni

professionista che opera nel campo delle dipendenze patologiche.

Non sono mancate, inoltre, importanti forme di collaborazione con le istituzioni, tra le quali di particolare rilevanza è stata la partecipazione alle attività dell'Osservatorio nazionale per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e del fenomeno della dipendenza grave, sin dalla sua istituzione (Decreto-legge n.158 del 2012)¹. In seno a tale organismo, l'associazione ha fornito un ampio contributo alla stesura delle "Linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico", adottate con Decreto del Ministero della Salute 16 luglio 2021, n. 136, che ormai costituiscono un riferimento indispensabile per tutti gli operatori dei Servizi per le Dipendenze. L'impegno in questo ambito è proseguito anche nel gruppo di lavoro per la revisione e l'aggiornamento delle Linee di azione, interrotto dalla decisione dell'attuale governo di abolire l'Osservatorio².

Le attività di ricerca e divulgazione scientifica dell'associazione si sono sviluppate anche mediante la sua rivista ufficiale, il Bulletin, giunta al XIV anno di pubblicazione con una collezione di 30 numeri, prodotti con il contributo prevalente dei soci e con l'obiettivo di alimentare il dibattito scientifico ed offrire alla comunità degli operatori

¹ Per una descrizione più dettagliata delle attività si rinvia al contributo di Onofrio Casciani "Il contributo dell'Associazione Alea nella collaborazione con il Ministero della Salute", Bulletin numero speciale 2/2022

² Per un approfondimento si rinvia al contributo di M. Fiasco "Editoriale", Bulletin n. 1/2025

che lavorano in questo ambito conoscenze ed informazioni corrette ed aggiornate. La rivista ospita infatti contributi dei più diversi generi: dagli editoriali alle sintesi di articoli significativi della letteratura nazionale e internazionale, dai lavori originali alle recensioni di manuali/testi scientifici e di altri libri o di altre opere artistiche sul tema dell'azzardo.

Dopo circa 30 anni dall'inizio dell'espansione dell'azzardo nella società italiana, ciò che sembra caratterizzarne l'attuale rappresentazione sociale è la sua "normalizzazione": si accetta senza stupore che il volume di gioco (e la relativa spesa) "sia cresciuto del 72% in dieci anni e che la traiettoria attuale condurrà a superare, tra il 2028 e il 2029, la soglia dei 200 miliardi di euro giocati"³. Parimenti, il coinvolgimento dei minorenni in comportamenti di azzardo e l'incremento dei profili di gioco "a rischio" (7,1%) e "problematico" (5,2%) rilevati in oltre 300 mila studenti⁴, sembrano preoccupare solo gli addetti ai lavori, mentre gli organi statali e le società concessionarie continuano a predisporre ulteriori nuove modalità di gioco con la "raccolta aperta 24 ore su 24" e giocate possibili "in abbonamento, su prenotazione o in sottoscrizione"⁵. Si assiste inoltre alla promozione, diretta a tutte le fasce

di età, delle attività di gaming e di trading online, senza alcun intervento normativo sugli aspetti che dimostrano dinamiche in parte sovrapponibili a quelle del gambling (come le loot boxes o le proposte finanziarie ad altissimo rischio).

D'altra parte, se la pubblicità del gioco d'azzardo, sebbene vietata, è riuscita comunque a trovare spazi e modi per aggirare le limitazioni legislative, l'uso delle dinamiche dell'azzardo nella pubblicità appare ancora più indicativo dell'assuefazione collettiva: la simulazione del tiro alla slot machine, piuttosto che la cartolina con la striscia da grattare, vengono proposte in molti contesti pubblicitari e sono entrate in uso anche nelle interazioni della vita quotidiana (ad es. per chiedere ad un amico/parente la disponibilità a fare da testimone di nozze, si regala la cartolina riportante sotto la patina la dicitura "hai vinto il ruolo di testimone"!).

In questo contesto, Alea intende continuare ad apportare il proprio contributo scientifico, non condizionato da interessi economici e politici, sull'azzardo, considerandolo prima di tutto come un tema di salute pubblica che interessa un numero sempre maggiore di persone e crea condizioni di fragilità -

³ Studio «Non così piccoli. Azzardo, un problema in più per i piccoli Comuni italiani», <https://federconsumatori.it/wp-content/uploads/2026/09/non-cosi-piccoli-3-ed.pdf>

⁴ Lo Studio ESPAD®Italia 2025 - Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica - ha evidenziato che, nel 2025 quasi 1 milione e 500 mila studenti risultava aver giocato almeno una volta nell'ultimo anno, il valore più elevato

mai registrato da quando il fenomeno viene monitorato. <https://www.cnr.it/it/nota-stampa/allegato/n-3289>

⁵ Decreto n. 214 del 3 dicembre 2025 del Ministero dell'Economia e delle Finanze https://ticonome-tro.com/gu_new/news/notizia-229-serie-generale-n-8-del-12-01-2026.html

non solo economica - a migliaia di famiglie e, indirettamente, all'intera società.

Proseguirà pertanto l'impegno per contribuire a far crescere la consapevolezza della gravità e della complessità di questo fenomeno non solo fra gli "addetti ai lavori" ma anche fra gli amministratori locali, nazionali e la popolazione in generale. A tal fine, auspichiamo che un maggior numero di persone e di enti/associazioni possa essere interessato e coinvolto nelle nostre attività e, con questo intento, abbiamo:

- avviato una revisione dello statuto per facilitare le modalità di ingresso di nuovi soci e la stipula di contratti di collaborazione con gli enti pubblici e altre realtà associative;
- programmato un aggiornamento del sito internet per favorire una comunicazione più completa, qualificata, veloce e facilmente accessibile.

Il confronto con i lettori del Bulletin può iniziare già con questo numero, che contiene contributi non solo sul gioco d'azzardo ma anche su ambiti ad esso affini, come i prediction market e la relazione tra gaming e piattaforme di streaming: saremo grati a quanti vorranno inviare un proprio commento sugli articoli pubblicati scrivendo a: aleabulletin@gmail.com

SPAZIO GIO

L'ESPERIENZA DELL'ASST SANTI PAOLO E CARLO NEL TRIENNIO 2023-25 PER L'INTERCETTAZIONE PRECOCE E INVIO AI SERVIZI DI CURA DEI PAZIENTI CON DGA

Maria Cristina Perilli*, Gaia Brambilla, Giorgio Golia*****

*Psicologa Psicoterapeuta Responsabile Spazio GIO ASST Santi Paolo e Carlo

**Psicologa, Consulente Spazio GIO ASST Santi Paolo e Carlo

***Psicologo, Consulente Spazio GIO ASST Santi Paolo e Carlo

Introduzione

Lo stanziamento dei fondi extra LEA, riservati alla prevenzione e cura del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), ha permesso la realizzazione dei Piani d'Azione Regionali per il suo contrasto.

Il DGA è comunemente chiamato anche GAP (Gioco d'Azzardo Patologico).

Il Piano d'Azione Regionale per la prevenzione e il contrasto al DGA di Regione Lombardia è stato approvato con la DGR 585/18 (Regione Lombardia, 2018) e aggiornato di volta in volta con le successive DGR. L'azione che promuove è un approccio integrato e intersettoriale che favorisca la collaborazione tra diversi ambiti di intervento puntando a sviluppare azioni di comunicazione, informazione e sensibilizzazione fondamentali per accrescere la consapevolezza sui rischi legati al gioco d'azzardo. Allo stesso tempo intende rafforzare i programmi regionali e

locali di promozione della salute e prevenzione del GAP intervenendo nei principali contesti di vita delle persone come la scuola, i luoghi di lavoro e le comunità locali.

Gli obiettivi principali sono l'ampliamento delle opportunità di diagnosi precoce, cura e riabilitazione a livello territoriale (L.R. 23/15, Regione Lombardia, 2015). In questo quadro si inserisce l'istituzione degli Sportelli Ospedalieri per il contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico pensati per rafforzare il collegamento tra il Polo Ospedaliero e il Polo Territoriale delle ASST. Nel corso degli anni, sono stati aperti anche sportelli dislocati in luoghi differenti dagli ospedali, ma sempre afferenti al SSN (ad esempio Case di Comunità).

Gli Sportelli svolgono un ruolo fondamentale nel promuovere il riconoscimento del DGA come patologia curabile e nel facilitare l'accesso ai servizi di consulenza e cura

disponibili sul territorio, come previsto dalla L.R. n. 22 del 14 dicembre 2021 (Regione Lombardia, 2021).

Grazie al rinnovo annuale dei finanziamenti, si è potuto garantire sul territorio di ATS Milano, a partire dal 2020, la realizzazione di Sportelli GAP.

Per la ASST Santi Paolo e Carlo, lo sportello è attivo dall'aprile del 2023 presso l'Ospedale San Carlo. Per uniformità e per creare un servizio facilmente riconoscibile, è stato denominato SPAZIO GIO come quello aperto in precedenza presso l'ospedale Niguarda. Dal 2024 è stato aggiunto un secondo Sportello presso la Casa di Comunità di via Bande Nere, in seguito spostato alla Casa di Comunità di via Masaniello nel quartiere Baggio (dove è situato ancora ad oggi).

I nostri sportelli sono collocati in posizioni strategiche in modo da essere ben visibili e facilmente accessibili ai cittadini, sia essi vi si rivolgano per una richiesta di aiuto sia per avere semplici informazioni.

Questo potenziamento e la collocazione degli sportelli in luoghi più "neutri" rispetto ai SerD, servizi di cura connotati maggiormente come luoghi dedicati al trattamento delle sole dipendenze da sostanze, consente di intercettare precocemente un numero maggiore di persone con comportamenti di gioco

d'azzardo problematico/patologico offrendo loro un supporto tempestivo, una valutazione in tempi molto brevi e facilitando l'eventuale accesso a percorsi di cura presso i Servizi Territoriali Competenti.

Più nello specifico si voleva anche raggiungere due tipologie di utenza che afferiscono in misura ridotta ai SerD: le donne e i giovani.

Al fine di una più corretta lettura dei dati riportati, va tenuto conto che l'attività dello Sportello, nel 2025, ha subito per alcuni mesi sia una riduzione delle giornate di apertura sia una completa chiusura. Nel 2025, infatti, per 7 mesi le aperture dello Sportello sono passate da 5 a 2 giorni a settimana a causa della presenza di un solo operatore invece dei tre previsti e, per ulteriori due mesi, è stata completamente sospesa a causa dell'assenza anche di quest'ultimo.

Accessi allo sportello

Nel triennio 2023–2025, l'analisi degli accessi allo sportello restituisce l'immagine di un servizio inizialmente utilizzato perlopiù come punto di primo contatto e orientamento con una funzione prevalentemente informativa. Progressivamente si è però osservato un aumento dei contatti finalizzati alla richiesta di appuntamento per l'avvio di un percorso di valutazione e possibile cura.

Come si può osservare dai grafici, tale aumento è stato graduale passando dal 23% nel 2023, al 38% nel 2024 e al 46% nel 2025. Ciò dimostra, quindi, un crescente utilizzo dello

sportello non solo come punto informativo, ma anche come primo step di un percorso di sostegno e/o cura strutturato [Fig. 1]

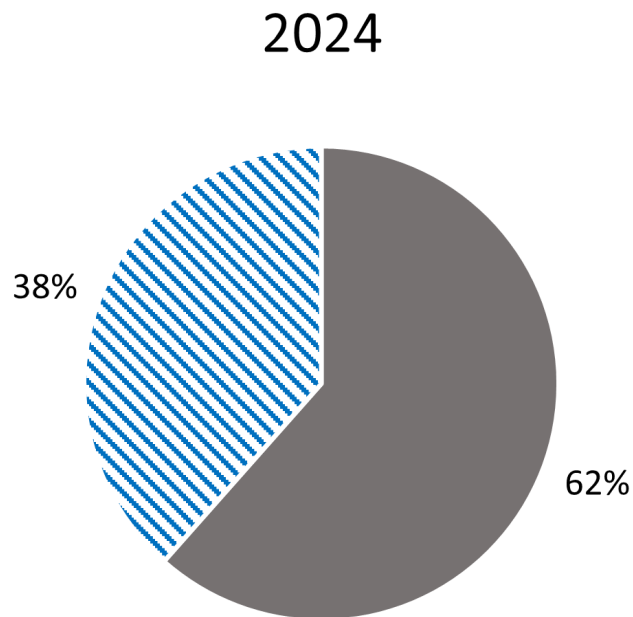


Fig. 1 - Distribuzione delle richieste anni 2023-2024-2025

Analizzando la tipologia degli accessi, emerge che la maggior parte delle richieste sono effettuate direttamente dall'utenza. Seguono le richieste da parte di genitori e operatori dei servizi territoriali, quindi quelle di amici e conoscenti. In numero minore

abbiamo le richieste di fratelli/sorelle, coniugi, altri familiari e figli.

Questo dato è costante e uniforme nel tempo per cui si è scelto di creare un grafico unico che racchiuda i dati del triennio. [Fig. 2]

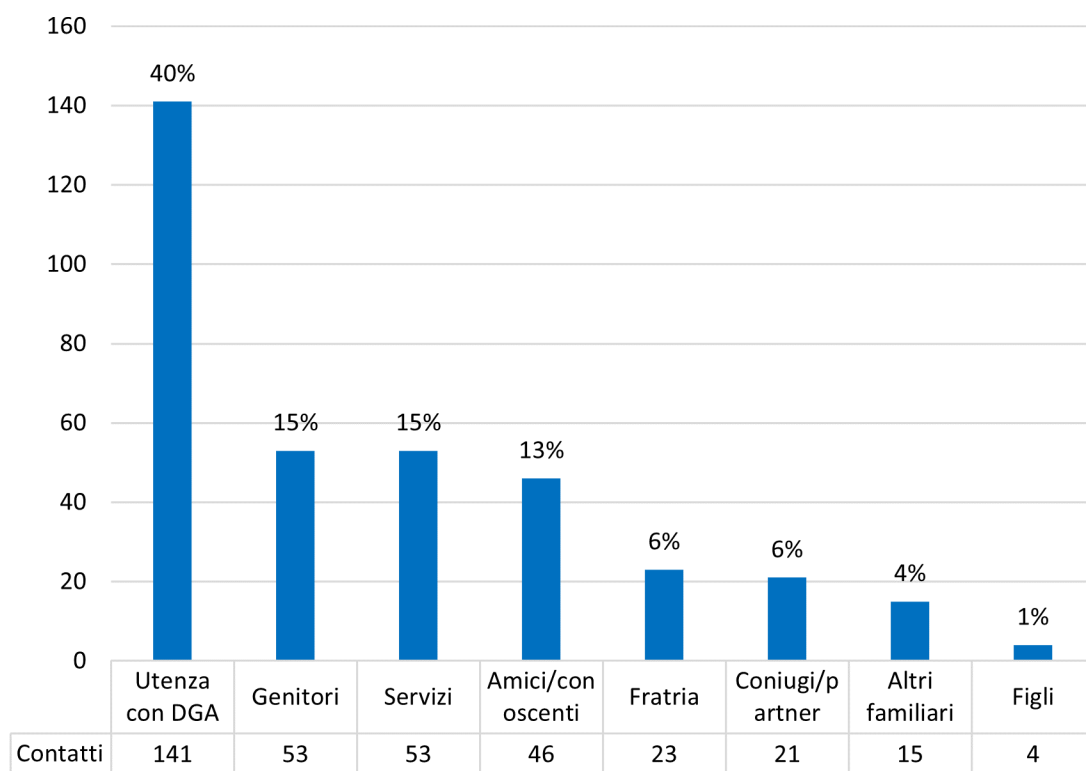


Fig. 2 – Tipologia degli accessi allo Sportello nel triennio 2023-2025

L'elevato numero di contatti diretti per richiedere un appuntamento da parte delle persone con comportamento di gioco d'azzardo problematico/patologico suggerisce il ruolo dello sportello come luogo facilmente accessibile e percepito come "neutro" e non stigmatizzante.

La presenza di numerosi contatti da parte di operatori dei servizi del territorio, tra cui servizi sociali, CPS, strutture sanitarie e realtà del terzo settore, indica inoltre una buona integrazione dello sportello nella rete dei

servizi territoriali e una crescente fiducia nella sua funzione.

Questi dati sottolineano infine il duplice ruolo dello sportello: da un lato strumento operativo per i servizi, dall'altro spazio di accoglienza per una domanda ancora in fase di definizione.

Per quanto riguarda il canale con cui viene contattato il nostro Sportello GAP è il telefono a rappresentare la modalità nettamente prevalente nei due anni analizzati (il monitoraggio

di tali dati è stato effettuato solo a partire dal gennaio 2024). [Fig. 3]



Fig. 3 – Canali di contatto Sportello 2024-2025

Gli accessi telefonici consentono una risposta rapida e flessibile, favoriscono inoltre un primo contatto informale da parte di persone che, pur presentando comportamenti di gioco problematici/patologici, non sono ancora pronte a un accesso diretto a un servizio di cura specifico o a una presa in carico formale.

I contatti diretti presso lo Sportello sono avvenuti quasi completamente presso lo sportello ospedaliero che permette un accesso più fluido e discreto.

Nel tempo non si osserva una variazione sostanziale nelle modalità di accesso, ma si

consolida l'uso del contatto telefonico e l'accesso diretto allo sportello come canale privilegiato. L'utilizzo delle mail rimane minoritario rispetto agli altri due canali di contatto.

Analisi sui dati dell'utenza femminile

La prima indagine epidemiologica sul gioco d'azzardo in Italia realizzata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), è stata presentata a Roma il 18 ottobre 2018 (ISS, 2018). Tale indagine era stata realizzata nell'ambito dell'accordo scientifico con l'Agenzia delle Dogane e Monopoli al fine di ottenere un quadro complessivo del fenomeno del gioco d'azzardo. Tra i focus specifici emersi risulta

particolarmente significativo quello riferito ai comportamenti di gioco d'azzardo delle donne.

Vi si legge, infatti che, nell'anno della ricerca, il gioco d'azzardo ha interessato quasi un uomo su due (43,7%) e circa una donna su tre (29,8%). Tra i giocatori con profilo "problematico", troviamo il 3,6% della popolazione maggiorenne maschile e il 2,5% di quella femminile.

A questo dato si aggiunge il report ISPAD 2022 "Cicatrici del lockdown" (Luppi et al.,

2022) dove viene riportato che 55% delle donne italiane e il 69% degli uomini italiani ha giocato d'azzardo almeno una volta nella propria vita e il 38% delle donne e 49% degli uomini nell'ultimo anno.

Nonostante ciò, come evidenza il grafico, la distribuzione di genere della popolazione che si è rivolta al nostro Sportello risultano fortemente in prevalenza maschile mentre la componente femminile rimane minoritaria. [Fig. 4].

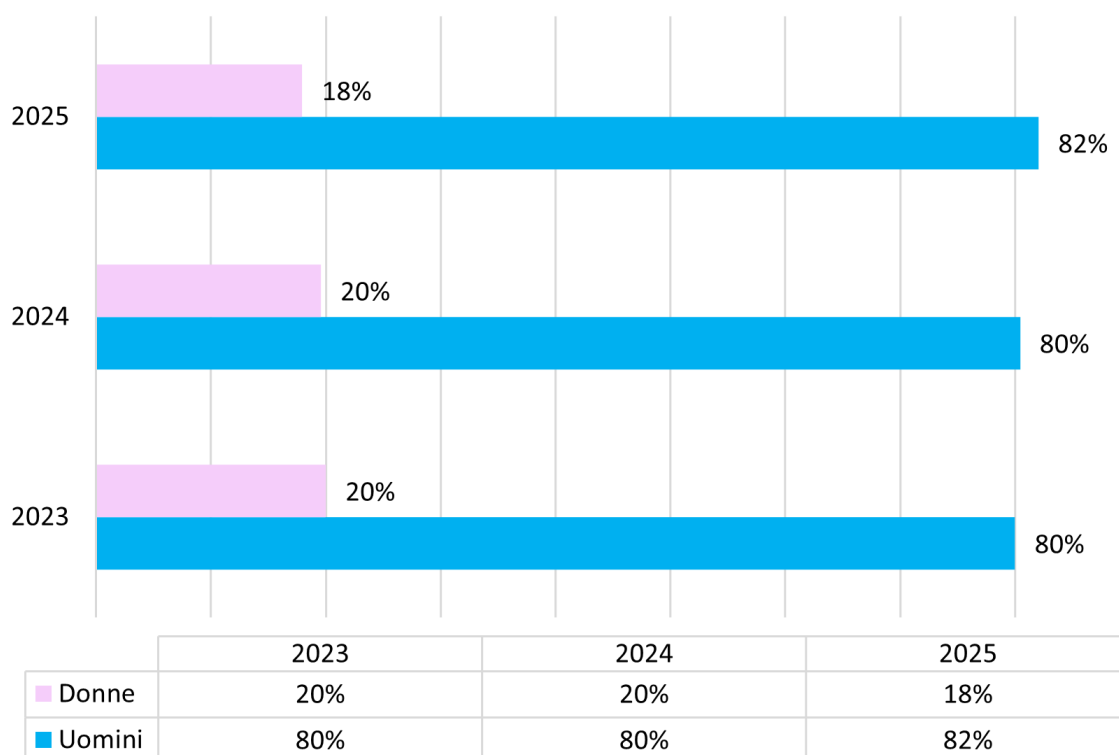


Fig. 4 -Distribuzione genere nel triennio 2023-2025

Questa distribuzione evidenzia la difficoltà delle donne di chiedere aiuto.

Tale evidenza è confermata anche dai dati del SerD della nostra ASST, i quali confermano che solo una minima parte delle donne chiede di essere presa in cura per comportamenti di gioco d'azzardo patologici (17% nel 2023, 12,4% nel 2024 e 15,6% nel 2025; dati SerD di via Boifava).

Sia per lo sportello sia per il SerD, le richieste di aiuto/cura da parte delle donne con comportamenti di gioco problematico/patologico non sembrano modificarsi significativamente nel corso del triennio configurandosi come una caratteristica strutturale dell'utenza legata a un fenomeno sociale e culturale diffuso su tutto il territorio nazionale.

Considerando i dati nazionali che evidenziano come il gioco d'azzardo sia non solo un fenomeno che coinvolge sempre più donne, ma anche che le vede sviluppare una percentuale di comportamenti di gioco d'azzardo problematici non di molto inferiore a quella degli uomini (2,5% contro il 3,6%), si evince come il loro accesso allo Sportello e al SerD rappresenti ancora solo la "punta di un iceberg".

Tale realtà fa emergere la necessità di percorsi di intercettazione e cura specifici di genere e, nonostante la ridotta numerosità delle donne, limiti la possibilità di analisi comparative più approfondite, i dati sopra riportati fanno emergere come lo Sportello faciliti l'accesso delle donne alle richieste di aiuto e, quindi, sia già un primo passo verso tale obiettivo.

Analisi dei dati sull'età dell'utenza

L'analisi per fasce d'età evidenzia una prevalenza di utenti in età adulta.

Le fasce centrali, in particolare quella compresa tra i 26 anni e i 60 anni, rappresentano il nucleo principale dell'utenza.

I pazienti più giovani (18–25 anni) sono presenti con una percentuale che va crescendo passando dal 7% nel 2023 (con 9 mesi di apertura dello Sportello), al 20% nel 2024 e al 30% nel 2025 (con apertura fortemente ridotta, come specificato nell'introduzione).

La fascia oltre i 60 anni risulta minoritaria. [Fig. 5]

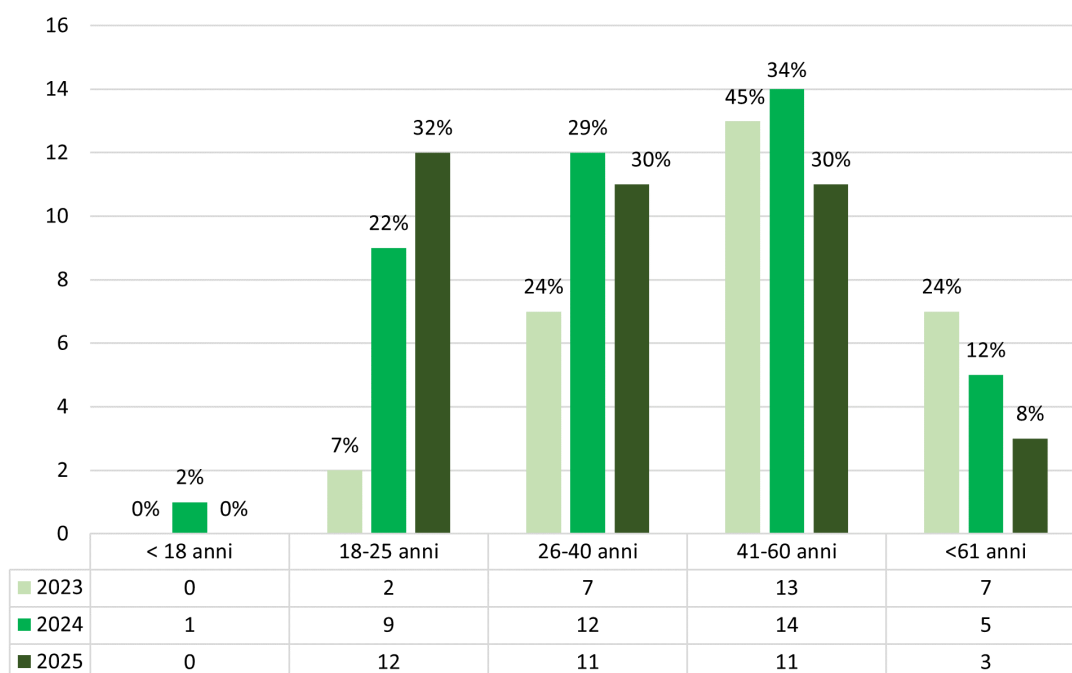


Fig. 5 -Distribuzione età nel triennio

Rispetto all'affluenza dei giovani allo Sportello, si sottolinea come questo stia facilitando l'accesso di tale popolazione alla richiesta di aiuto. Ciò è evidente dal confronto dei dati dello Sportello del grafico della fig. 5 e quelli riportati dal SerD della nostra ASST. Le percentuali dei giovani 18-25 anni che si sono rivolti direttamente al SerD⁶, senza passare dallo Sportello, sono, infatti: 7% nel 2023, del 6,2% nel 2024 e del 7,8% nel 2025.

Considerando, però, che i dati del report ISPAD 2022 già citato evidenziano che il 22% dei ragazzi ha giocato d'azzardo nell'ultimo

anno e che il maggior numero di conti aperti nel gioco online (1.368.422) appartiene proprio alla fascia 18-24 anni (Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, 2024), si auspica che lo Sportello possa raccogliere un numero sempre maggiore di richieste di aiuto da parte dei giovani di questa fascia d'età.

Chi sono gli operatori del servizio e cosa offrono all'utenza

Lo Sportello ha visto due differenti fasi di composizione dell'equipe. Nella prima fase, oltre alla psicologa-psicoterapeuta

⁶ L'utenza con problemi relativi al comportamento di gioco d'azzardo, può rivolgersi anche in autonomia direttamente al SerD senza

responsabile del Servizio, si è avuta la presenza di due educatori professionali. Nella seconda fase, alla responsabile è stata, ed è tuttora, affiancata da due psicologi.

La disponibilità di ascolto è immediata sia che questa avvenga con un contatto diretto presso lo Sportello, sia che avvenga tramite telefono o e-mail.

Gli appuntamenti vengono fissati entro la settimana che segue il contatto.

Il colloquio viene effettuato direttamente con la persona che presenta la richiesta di aiuto o anche solo con chi ci ha contattato per parlarci del problema di un familiare/amico.

Questa fase di valutazione viene fatta in maniera particolarmente approfondita e accurata e, solo alla fine del colloquio, viene deciso insieme al paziente quale tipo di percorso sia il più adeguato. Nel caso si decida l'invio al SerD competente (non solo per zona di residenza, ma anche per tipologia di servizi offerti), lo Sportello manda una dettagliata relazione sul paziente e invita il SerD a contattare direttamente il paziente per fissare il primo appuntamento.

Lo Sportello mantiene poi il monitoraggio delle varie fasi del percorso dal primo colloquio al follow up a 3 e 6 mesi.

Quando il paziente è accompagnato da un familiare/amico di supporto, a fine colloquio, se entrambi acconsentono, lo si fa entrare e si prosegue la valutazione anche alla luce delle (spesso assai importanti) informazioni fornite da chi sta sostenendo il paziente.

Quando è il solo familiare/amico a chiedere un aiuto o anche delle semplici informazioni, si propone comunque un colloquio al fine di valutare quale sia la migliore tipologia di supporto diretta ad esso e l'eventuale possibilità di coinvolgimento diretto della persona che presenta il comportamento di gioco d'azzardo problematico/patologico.

La fase di valutazione risulta essere uno dei punti di forza più evidenti del servizio.

Tranne rare eccezioni, la totalità dei pazienti che accedono completa la valutazione iniziale, con una percentuale molto elevata di invii ai servizi di cura formalmente conclusi con una presa in carico.

Nel complesso, la fase valutativa si configura come solida, ben organizzata e capace di ridurre al minimo le perdite precoci.

Dai dati emerge come lo sportello svolga una funzione cruciale di primo contatto, orientamento e filtro, oltre che di valutazione e intercettazione del problema, facilitando l'accesso

ai servizi e riducendo la distanza tra domanda informale e presa in carico strutturata.

La crescente presenza di richieste di appuntamento da parte dell'utenza suggerisce come lo

sportello sia un punto di forza per intercettazione di persone con comportamenti di gioco problematico/patologico e una risposta efficace alla loro domanda d'aiuto e per l'eventuale invio a percorsi di cura. [Fig. 6]⁷

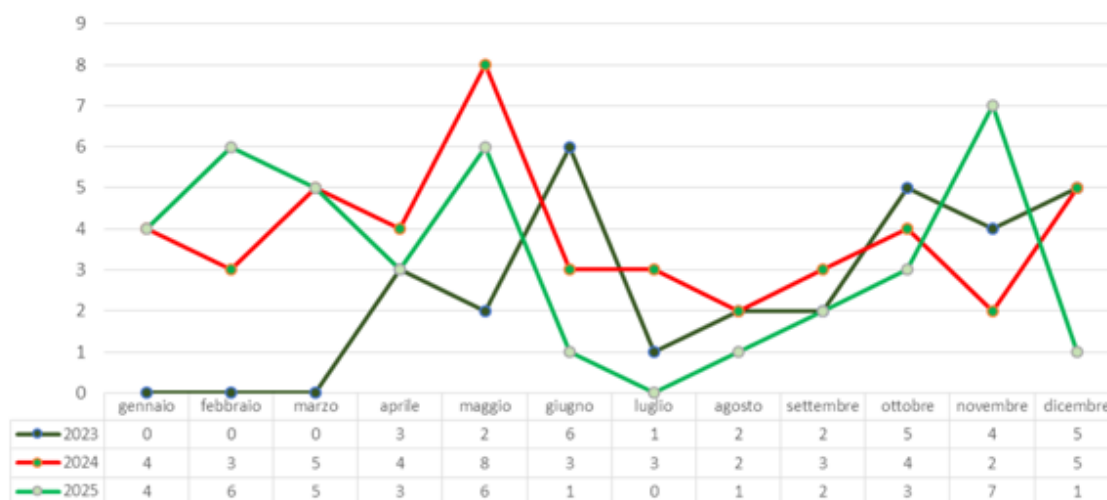


Fig. 6 - Colloqui svolti nel triennio

Analizzando le strutture a cui lo Sportello invia i pazienti, risulta evidente il ruolo centrale dei SerD che rappresentano la principale destinazione di invio dei pazienti in tutti gli anni

considerati. [Fig. 7] Gli altri servizi pubblici territoriali (SMI e NOA) contribuiscono in modo secondario e con una distribuzione piuttosto stabile nel tempo. Questo dato

⁷ Per una corretta interpretazione di questo grafico, va tenuto conto che, come evidenziato anche nell'introduzione, l'attività dello Sportello, nel 2025, ha subito per alcuni mesi sia una riduzione delle giornate di apertura sia una completa chiusura. Nel 2025, infatti, per 7 mesi le aperture dello Sportello sono

passate da 5 a 2 giorni a settimana a causa della presenza di un solo operatore invece dei tre previsti e, per ulteriori due mesi, è stata completamente sospesa a causa dell'assenza anche di quest'ultimo.

suggerisce una buona integrazione del servizio all'interno della rete delle dipendenze.

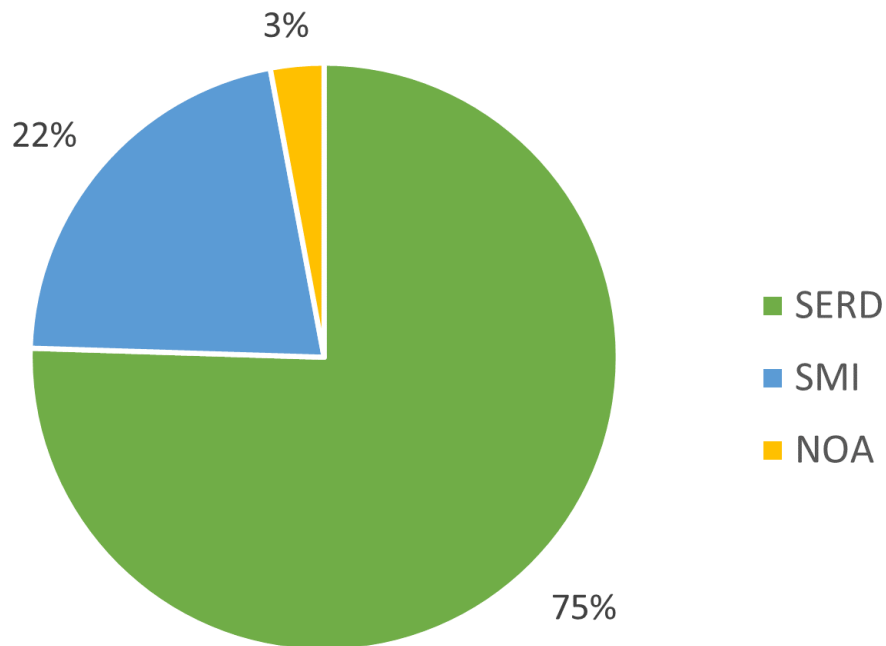


Fig. 7 - Strutture di invio

Il follow-up a un mese dell'andamento del percorso di cura restituisce un quadro complessivamente positivo. La maggior parte dei pazienti, infatti, risulta ancora in carico al Servizio a cui è stato inviato o comunque inserita in un percorso definito; la quota di drop-out precoce rimane contenuta⁸.

Il follow-up a sei mesi rappresenta invece l'area più critica dell'intero percorso. A questa distanza temporale, il numero di pazienti ancora in carico si riduce notevolmente, mentre aumentano i casi di drop-out e di conclusione anticipata del percorso. [Fig. 8]

⁸ Lo sportello Spazio Gio al momento non effettua percorsi di cura, ma dopo la valutazione diagnostica

procede all'invio dei pazienti ai Servizi territoriali competenti.

È importante sottolineare che non tutte le uscite dal servizio sono necessariamente da interpretare come esiti negativi; una parte è,

infatti, attribuibile a quei pazienti che hanno terminato il percorso di cura raggiungendo gli obiettivi attesi.

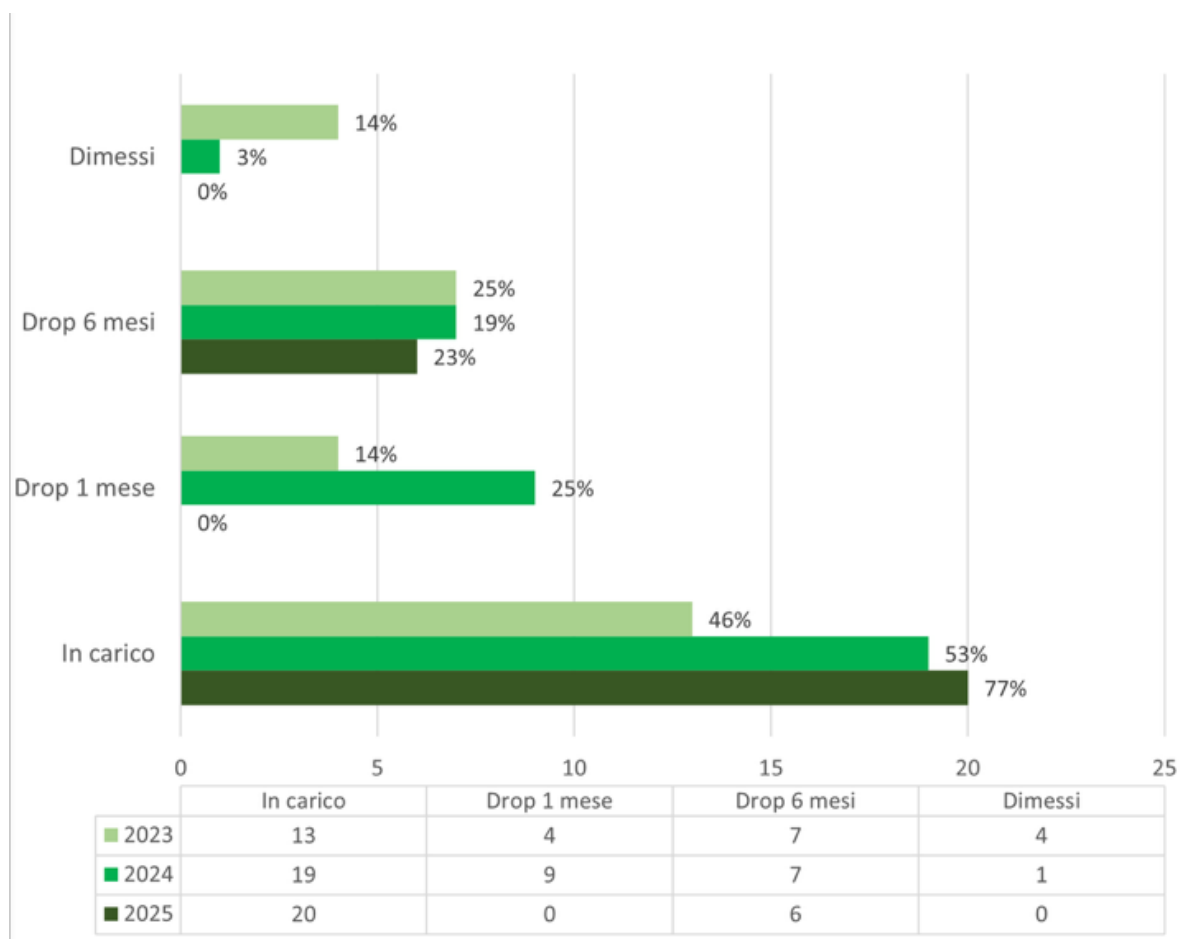


Fig. 8 - Situazione follow-up pazienti

Nel confronto tra le diverse aree emerge quindi un andamento piuttosto chiaro: lo Sportello Spazio Gio funziona molto bene nella fase iniziale di accesso e valutazione; una volta inviati ai Servizi, i pazienti mantengono una buona tenuta nel breve termine, ma

incontrano maggiori difficoltà nel consolidare i percorsi nel tempo.

Nel complesso, il monitoraggio descrive un servizio efficace, ben integrato nella rete territoriale e capace di rispondere in modo appropriato alla domanda iniziale, all'aggancio,

alla fase di valutazione e a quella di accompagnamento dei pazienti ai servizi di cura.

Si potrebbe approfondire la dinamica dei drop-out precoci al fine di creare strategie specifiche per rafforzare l'aderenza e la continuità del trattamento nel medio-lungo periodo, in particolare per i pazienti più giovani e per quelli con percorsi meno strutturati.

Conclusioni

In sintesi, l'analisi degli accessi allo sportello nel triennio evidenzia un servizio fortemente orientato all'accoglienza e all'informazione, capace di intercettare una domanda ampia e diversificata, sia spontanea sia mediata dai Servizi e di essere un valido supporto per l'accompagnamento dell'utenza ai percorsi di cura.

Il confronto tra le diverse aree mostra come lo sportello svolga una funzione cruciale di primo contatto in tempi brevissimi, orientamento e filtro, con ruolo di valutazione e intercettazione precoce del problema.

La crescente presenza di richieste di appuntamento e di contatti diretti dell'utenza evidenzia il rafforzamento del ruolo dello sportello come porta di ingresso ai percorsi di cura.

A tal proposito, con particolare riferimento all'utenza nella fascia 18-25 anni che presenta le maggiori criticità rispetto alla continuità

della presa in carico, si pone la possibilità di implementare interventi sul territorio (ad es. attraverso attività formative presso Scuole Secondarie, Università, centri di aggregazione giovanile...); ugualmente si può ritenere che interventi di informazione e consapevolezza potrebbero risultare efficaci anche per il genere femminile, che appare rivolgersi ai servizi con maggiore difficoltà. Ciò al fine di favorire la diffusione di informazione sul tema del Gioco d'Azzardo Patologico con lo scopo di aumentare il livello di consapevolezza e, di conseguenza, l'adesione al trattamento.

Bibliografia e sitografia

Agenzia delle Dogane e dei Monopoli - ADM. (2024). *Libro Blu 2023 - Appendice*.

<https://www.adm.gov.it/portale/documents/20182/228258926/Libro+blu+2023+-+Appendice+%281%29.pdf>

Luppi, C., Scalese, M., Urciuoli, O., Anastasi, G., Baroni, M., Benedetti, E., Biagioni, S., Cerrai, S., Ciullo, P. P., Cotichini, R., Denoth, F., Di Sisto, S., Ferrante, B., Fizzarotti, C., Formica, A., Fortunato, L., Fortunato, L., Franchini, M., Gasperini, D., . . . Molinaro, S. (2022). *Cicatrici da Lockdown. Stili di vita, consumi a rischio e nuove normalità nell'Italia post pandemica* (IPSAD 2022). Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Fisiologia Clinica (CNR-IFC).

https://www.epid.ifc.cnr.it/wp-content/uploads/2025/01/Cicatrici-da-lock-down_IPSAD-2022_2.0.pdf

Istituto Superiore di Sanità. (2018). *Il gioco d'azzardo in Italia: Risultati della popolazione adulta (18+)*. I Convegno Nazionale. Il gioco d'azzardo in Italia. Roma 18 Ottobre 2018.

https://www.iss.it/documents/20126/0/Il-gioco-dazzardo-in-Italia_Risultati_Adulti.pdf/ea051291-f3f4-b906-cbe7-1148972f8d1d?t=1576340346416

Regione Lombardia. (2015, 11 agosto). *Legge Regionale n. 23. Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)*. Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia (BURL). <https://www.regione.lombardia.it/>

Regione Lombardia. (2018, 1 Ottobre). *Deliberazione della Giunta Regionale n. XI/585. Approvazione programma di attività per il contrasto al gioco d'azzardo patologico*. Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia (BURL). <https://www.noslot.regione.lombardia.it/>

Regione Lombardia. (2021, 14 dicembre). *Legge Regionale n. 22. Modifiche al Titolo I e al Titolo VI della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)*. Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia (BURL). <https://www.regione.lombardia.it/>

LETTURA E COMMENTO DELLE LINEE GUIDA NICE PER L'IMPATTO DEL GIOCO D'AZZARDO

Silvia Cabrini

Psicologa, Psicoterapeuta, Servizio Gioco d'Azzardo, AUSL Piacenza

Il 28 gennaio 2025 il National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ha pubblicato, con il supporto della Facoltà di Dipendenze della British Psychological Society, le prime linee guida (LG) per la gestione globale e il trattamento delle persone danneggiate dal gioco d'azzardo.

La pubblicazione di linee guida NICE rappresenta una certezza rispetto alla revisione della letteratura scientifica sull'argomento, declinando delle indicazioni cliniche orientate in base all'esito delle ricerche scientifiche. Infatti, nonostante esistano ormai numerosi manuali che descrivono il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo è fondamentale poter confrontare e integrare il lavoro clinico con le indicazioni che emergono dalla letteratura scientifica rispetto alla valutazione degli interventi. Poiché sono le prime LG, viene offerta una visione d'insieme del trattamento e vengono evidenziati alcuni aspetti che permettono di inquadrare il problema e alcune criticità strutturali. A mio avviso emergono tre aspetti di rilievo:

Innanzitutto, il gioco d'azzardo viene descritto come problema di salute pubblica e indicato che, come tale, vada gestito e curato, viene quindi proposto un sistema di interventi necessari per un trattamento efficace ai vari livelli di intervento, dall'informazione al sistema generalistico, al sistema specialistico. Dalla liberalizzazione dell'azzardo nel 2005, il gioco d'azzardo ha rappresentato un mercato in continua espansione e le dimensioni del problema e dei danni che arreca sia a livello personale, sia nel contesto prossimale che sociale sono aumentati. Nel 2023 un'indagine in Gran Bretagna ha intercettato che il 2,5% della popolazione maggiorenne presenta un gioco d'azzardo problematico e un ulteriore 12% una modalità di azzardo estremamente a rischio. È stato inoltre stimato che il 7% della popolazione in Gran Bretagna ha subito gli effetti indiretti negativi dell'azzardo.

In secondo luogo, viene posta pari attenzione ai danni subiti dalle persone vicine al giocatore d'azzardo (affected others) e indicata la

necessità di un intervento anche per loro; l'ap-proccio di salute pubblica infatti porta come con sé l'attenzione ai danni che l'azzardo genera nel contesto oltre che nella persona che ne è ammalata.

Infine, viene rimarcata più volte l'ingerenza dell'industria dell'azzardo sia rispetto all'ad-ditività dei dispositivi sia rispetto all'in-fluenza che ha esercitato sulla ricerca scienti-fica e sul lavoro clinico. Viene evidenziato che la ricerca scientifica su questo tema pre-senta due importanti limiti: ha una storia più recente rispetto alle altre dipendenze e, soprat-tutto, in numerosi casi è sovvenzionata dall'industria dell'azzardo, e questo genera un conflitto d'interessi che si ripercuote sulle priorità di ricerca e sul piano clinico. Questi elementi invitano a una lettura attenta e critica dei dati a disposizione e dei focus di ricerca. L'analisi della letteratura ha quindi tenuto conto del livello di indipendenza degli studi.

Le indicazioni delle linee guida riguardano quindi l'identificazione, la valutazione e il trattamento del gioco d'azzardo dannoso nelle persone maggiorenni, e nelle persone che subiscono le conseguenze dell'azzardo "pas-sivo" di una persona a loro vicina. Le racco-mandazioni sono organizzate in 3 aree, rela-tive a 1) individuazione precoce ambientale, 2) organizzazione della cura e 3) indicazioni

per la cura sia a livello formale/stilistico sia di contenuti.

Il primo aspetto (1.1) mira a incrementare l'accesso alla cura. Include l'identificazione dei casi, il sostegno iniziale, l'orientamento e valutazione e suggerisce che in tutti i contesti di primo contatto, dal Medico di Medicina Ge-nerale, al Servizio sociale al Carcere, venga inclusa una domanda sul gioco d'azzardo come parte di una valutazione globale (1.1.2), così come si indaga di altri comportamenti a rischio. Viene inoltre ricordato che lo stigma può portare a minimizzazione/ difficoltà nella condivisione di queste informazioni, e che vi sono condizioni particolari che possono por-tare a un rischio maggiore e che vanno mag-giormente attenzionati (utilizzo di farmaci do-paminergici per malattia di Parkinson o l'uti-lizzo di aripiprazolo nel caso di disturbi psi-chiatrici; in presenza di disturbo da uso di so-stanze o di disturbi di salute mentale o nel caso in cui vi siano problemi economici, abi-tativi e sociali). Alcune categorie vengono considerate a rischio maggiore, tra queste i giovani adulti nella prima esperienza di auto-nomia, persone con storia di traumi cerebrali, personale delle forze dell'ordine, veterani, persone che lavorano nel mondo del gioco d'azzardo o della finanza e dello sport.

Le LG indicano di chiedere in modo esplicito del pensiero e intenzionalità suicidaria già nei

primi contatti non specialistici, promuovendo un supporto attivo nella ricerca di accesso alla cura (1.1.13). In questo ambito vengono suggerite indicazioni psicoeducative sul DGA e indicazioni sulle informazioni di autoesclusione (1.1.14) e di un piano di gestione della crisi al momento poco riproducibili nel nostro contesto di primo accesso, ma sicuramente preziose. Viene inoltre inclusa l'indicazione di effettuare l'invio ai servizi specialistici, sia per il paziente sia per i familiari.

Il secondo aspetto (1.3) descrive il modello di cura nel suo insieme, organizzato secondo un modello di stepped-care in base al livello di gravità del DGA, dei problemi comorbili e delle problematiche emergenti. Si tratta di indicazioni destinate a fornire un primo livello di informazioni di base rivolte a una platea eterogenea di operatori, del Sistema sanitario e non, che si avvicinano alla cura. Anche in questa sezione dedicata alla progettazione del trattamento viene rimarcato che i servizi di cura debbano essere indipendenti dall'industria dell'azzardo e che non vi siano conflitti d'interesse impliciti o espliciti (1.3.5). Gli elementi fondamentali (1.3.6) riportati sono la necessità di una valutazione dei danni creati dall'azzardo, incluso il rischio suicidario, la tempestività dell'intervento, l'accessibilità delle cure (1.4). Rispetto all'organizzazione del lavoro, le evidenze supportano la necessità di un lavoro di tipo multidisciplinare e in rete

con le agenzie del territorio e viene raccomandato di garantire la continuità della cura nel passaggio tra servizi. I dati a disposizione sostengono che la formazione specifica degli operatori porti a esiti più accurati. Queste indicazioni sono abituali per chi lavora nei servizi per le dipendenze e tuttavia rimarcarle permette di fornire una cornice metodologica in questo periodo non scontata; infatti, il numero delle persone che lavorano nei servizi è sempre minore, e di conseguenza il tempo di pensiero a disposizione.

Il terzo aspetto riguarda nello specifico la pianificazione ed erogazione del trattamento e include indicazioni rispetto ad assessment iniziale (1.1.20), informazioni psicoeducative e cura (1.2). Le LG dettagliano le aree di indagine fondamentali e necessarie, e suggeriscono di elaborare una formulazione del caso, un piano di cura e un piano di sicurezza (se necessario) con la persona sulla base dei risultati della valutazione, incluso il fatto di comprendere le eventuali azioni immediate che possono essere intraprese. La formulazione del caso è un'ipotesi rispetto ai meccanismi psicologici che sottendono e sostengono il comportamento di gioco d'azzardo e rappresenta la cornice concettuale che orientano l'intervento in base alle specifiche caratteristiche individuali. Viene indicato di includere un familiare (o persona vicina) nel trattamento o nelle comunicazioni con i curanti (1.5.2).

Nella prima fase della presa in carico viene indicato di svolgere psicoeducazione (1.2.1).

L'intervento psicoeducativo include la presentazione di informazioni imparziali alle persone che subiscono danni legati al gioco d'azzardo (comprese le persone coinvolte indirettamente) come: 1) Perché le persone giocano d'azzardo e cosa le induce a continuare a giocare o a tornare a giocare, nonostante i danni. Ad esempio, le informazioni su cosa renda il gioco d'azzardo una dipendenza, sugli effetti sul sistema di ricompensa nel cervello e su come l'industria del gioco d'azzardo e la pubblicità possano incentivare, incoraggiare e promuovere il comportamento di gioco d'azzardo. 2) Come i diversi tipi di gioco d'azzardo siano rivolti a diversi gruppi di persone (ad esempio, le scommesse sportive live sono rivolte principalmente ai giovani uomini mentre alcuni giochi online sono rivolti al pubblico femminile) e comunicare che la dipendenza può manifestarsi in modi diversi tra le persone e può produrre danni diversificati. 3) Comunicare che è comune provare vergogna o paura e subire stigmatizzazione quando si rivelano i danni causati dal gioco d'azzardo, 4) Informare sui danni mentali che possono essere causati dal gioco d'azzardo, come ansia, riduzione dell'autostima o dell'autocontrollo, alterazione dei processi decisionali e di conseguenza il potenziale aumento del rischio di suicidio, l'indebitamento e il possibile

coinvolgimento in attività criminali, 5) Informare della maggiore vulnerabilità a disturbi di salute mentale e alla dipendenza da alcol o sostanze, 6) Orientare rispetto ai servizi (compresi le organizzazioni del volontariato o i servizi sociali; e i servizi di trattamento a livello nazionale, regionale o locale) e come accedervi, 7) Come accedere ad altre fonti di sostegno per i danni legati al gioco d'azzardo (ad esempio, sostegno informale da parte di familiari e amici, gruppi di sostegno tra pari e forum online), 8) Come accedere a un sostegno pratico (ad esempio, servizi di gestione del debito, aiuto finanziario e consigli su come evitare siti di gioco d'azzardo, incentivi e marketing). In aggiunta è importante motivare al trattamento, sia discutendo dei motivi per cui le persone cercano aiuto, sia comunicando che il recupero è possibile, anche condividendo testimonianze positive. Oltre a ciò, per quanto riguarda le altre persone coinvolte (1.2.3) bisogna aggiungere informazioni sia su come possono sostenere la persona che sta subendo danni legati al gioco d'azzardo, sia su come possono essere sostenute dai servizi di trattamento e altre agenzie, infine su come possono accedere all'aiuto per sé stesse, compreso il sostegno per la propria salute mentale e questioni pratiche come il sostegno finanziario.

Le indicazioni suggeriscono che il lavoro terapeutico venga svolto da una équipe multidisciplinare (1.5.1) che includa operatori

sanitari, assistenti sociali, operatori del sistema di giustizia penale e organizzazioni del settore del volontariato. Inoltre, viene rimarcata l'importanza di coinvolgere un partner (1.5.2), un familiare o un'altra persona vicina nel trattamento e nella comunicazione con il team di assistenza, per potenziare l'efficacia del lavoro terapeutico e discutere della possibilità che possa essere utile incontrarsi sia individualmente che congiuntamente.

Al fine della progettazione del trattamento è fondamentale chiarire gli obiettivi rispetto all'azzardo (in genere l'astinenza) e valutare altri obiettivi importanti per il paziente o per i familiari, tra cui ridurre le difficoltà finanziarie, migliorare le relazioni, migliorare la propria salute mentale, ad esempio riducendo l'ansia e il disagio (1.5.4). Il personale deve avere competenze tecniche (1.5.9) e relazionali, in particolare: a) essere comprensivi, empatici, solidali e disponibili b) incoraggiare la responsabilizzazione e l'impegno da parte della persona che subisce danni legati al gioco d'azzardo c) evitare di minimizzare le preoccupazioni d) evitare un linguaggio stigmatizzante e) sviluppare e costruire una relazione terapeutica con la persona f) incoraggiare un dialogo bidirezionale e una comunicazione continua e il trattamento offerto deve essere specifico per il gioco d'azzardo (1.5.5).

Viene sottolineata l'importanza di fare rete con gli altri servizi sanitari (1.5.8), con particolare attenzione alle neurologie, ai servizi di salute mentale e dipendenze patologiche al fine di fornire un servizio tempestivo e coordinato alle persone con comorbidità.

La relazione tra gioco d'azzardo, salute mentale e dipendenza da sostanze è bidirezionale: il gioco d'azzardo può causare disturbi psichici e abuso di sostanze e in questo caso l'intervento sul DGA può migliorare questi sintomi; in altri casi le dipendenze da sostanze o i problemi psichici possono essere precedenti, e valutare l'entità del disturbo permette di comprendere se sia di gravità tale da richiedere di essere trattate prima del DGA per migliorare la compliance al trattamento o se i due interventi possano procedere in parallelo (1.5.7).

Gli interventi devono essere specifici per il gioco d'azzardo problematico e basati sull'evidenza, in particolare rispetto agli interventi psicologici il colloquio motivazionale e la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) hanno le maggiori evidenze, altri trattamenti presentano dati di ricerca meno solidi. Il primo ha la funzione di rafforzare la fiducia delle persone e il loro impegno verso il cambiamento, oppure di incoraggiare chi è indeciso o nutre riserve riguardo all'inizio del trattamento. Può essere utile come intervento

preliminare alla terapia. La CBT ha l'obiettivo di ridurre la gravità e la frequenza del gioco d'azzardo e dovrebbe essere iniziata il prima possibile dopo la diagnosi. In termini di maggior efficienza dovrebbe essere fornita come intervento di gruppo (1.5.14), da 2 professionisti di cui almeno 1 con formazione e competenza specifica per il gioco d'azzardo, oppure come intervento individuale da parte di un professionista con formazione specifica. La terapia deve essere svolta in conformità con protocolli terapeutici basati su dati scientifici e essere organizzata in cicli, solitamente composti da 8-10 sedute per la terapia di gruppo o da 6-8 sedute per la terapia individuale, ma le stesse linee guida indicano di non essere rigidi rispetto al numero di sedute ma di riferirsi alle necessità cliniche. È sempre indicato includere una componente di prevenzione delle ricadute poiché possono essere fonte di vergogna e angoscia e aumentare il rischio di suicidio o di autolesionismo in persone predisposte. Pertanto, è importante discuterne il rischio e spiegare che può essere parte del percorso di recupero e può costituire un'occasione di apprendimento.

Purtroppo, le ricerche rispetto alla prevenzione delle ricadute sono limitate, di conseguenza le indicazioni sono state basate principalmente sulle competenze cliniche. Il comitato suggerisce che indicatori di efficacia dell'intervento possano essere il

potenziamento di un patrimonio di risorse per la ripresa (recovery capital) ovvero una misura delle risorse, sia interne che esterne, che una persona può utilizzare per sostenere il proprio recupero, e della consapevolezza delle risorse per la ripresa (recovery wisdom) ovvero una misura delle convinzioni interiori relative ai danni causati dal gioco d'azzardo e degli atteggiamenti che riflettono la crescita e il cambiamento personali, oltre alla gravità del gioco d'azzardo e il benessere personale.

È importante svolgere un lavoro psicoeducativo per rendere le persone consapevoli che una ricaduta può verificarsi a causa di fattori individuali o ambientali e può essere utile comprendere le cause e i fattori scatenanti che possono portare a una ricaduta, tra cui l'esposizione alla pubblicità e al marketing (1.6.2). È utile inoltre insegnare le competenze o tecniche che possono ridurre il rischio di ricaduta, come usare strumenti di blocco, controllo dello stimolo e le strategie di coping in situazioni a rischio. Per prevenire le ricadute è inoltre importante continuare a fornire sostegno, follow-up e un rapido reinserimento nella terapia dopo un ciclo di trattamento e considerare un trattamento o un sostegno aggiuntivo per le persone che non hanno raggiunto i risultati concordati o per persone che hanno avuto una ricaduta o sono a rischio, discutendo in modo collaborativo con la persona per decidere come integrare il trattamento. Interventi

integrativi possono includere ulteriori sedute di intervento (ad esempio, la terapia cognitivo-comportamentale), altre forme di sostegno, come i gruppi di sostegno tra pari o il supporto per affrontare problemi ricorrenti (ad esempio, relativi al lavoro, alle finanze, alla salute, all'alloggio, alle relazioni o a questioni legali) che può essere fornito da organizzazioni del settore del volontariato (1.6.5). Nelle linee guida non vengono indicati il ricorso a un percorso in comunità terapeutico-riabilitativa e all'amministrazione di sostegno, strumenti utili nei casi in cui vi siano numerose ricadute e l'assenza o inadeguatezza di un contesto supportivo.

Per quanto riguarda il trattamento farmacologico le LG indicano di valutare l'uso del naltrexone (che al momento delle linee guida è comunque un uso off-label) per ridurre la gravità del gioco d'azzardo se la terapia psicologica non ha raggiunto i risultati desiderati dopo il completamento di un ciclo appropriato oppure se la persona ha avuto ripetute ricadute nonostante abbia ricevuto un ciclo appropriato di terapia psicologica e considerare la possibilità di continuare la terapia psicologica in combinazione con il naltrexone.

Viene evidenziata l'importanza del sostegno tra pari (1.5.11) come parte integrante del trattamento per offrire l'opportunità di discutere aspetti del percorso di recupero (sociali e

personali) con altre persone che hanno vissuto esperienze simili e può rappresentare un'occasione per ascoltare cosa ha funzionato per altre persone, e quindi essere un incoraggiamento a proseguire con il trattamento, così come un'occasione per discutere di argomenti che potrebbero essere percepiti come stigmatizzanti.

Infine, è importante ricordare che le indicazioni fornite si applicano ai pazienti così come ai membri della famiglia o altri significativi (1.7.2). Rispetto a chi ha subito i danni passivi dell'azzardo è indicata l'importanza di ricevere aiuto e che questo può essere sia personale sia congiunto, di poter imparare tecniche per gestire il malessere e dare priorità ai propri bisogni e di essere supportati a imparare tecniche per avviare una comunicazione non giudicante con il giocatore d'azzardo.

In sintesi, queste prime linee guida permettono di rivedere criticamente e utilizzare i dati presenti in letteratura per fornire un primo livello di indicazioni per organizzare un sistema di trattamento. Hanno permesso l'emergere di alcuni bias fondamentali, come l'influenza dell'industria dell'azzardo sulla ricerca e sulla cura, indicando cautela rispetto alla lettura delle ricerche e spronando un maggior rispetto di questi conflitti di interesse. Sottolineano le responsabilità pubbliche anche rispetto agli

affected others, cioè alle persone che subiscono un danno indiretto dall'azzardo.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng248/evidence/>

VIDEO GAME THERAPY® E DIPENDENZE: AUTOREGOLAZIONE EMOTIVA, FINESTRA DI TOLLERANZA E SINCRONIZZAZIONE TERAPEUTICA COME FONDAMENTI DI UN APPROCCIO INTEGRATO

Francesco Bocci

Psicologo, Psicoterapeuta, Analista ad Orientamento Adleriano

Abstract

Le dipendenze da sostanze e le nuove dipendenze comportamentali rappresentano una delle sfide più complesse per la salute mentale contemporanea, caratterizzate da una profonda disregolazione emotiva, da una finestra di tolleranza interna significativamente ristretta e da una compromissione delle capacità relazionali. La Video Game Therapy® (VGT®), approccio integrato, propone l'utilizzo clinico del videogioco commerciale come strumento privilegiato per accedere agli stati emotivi del paziente, favorire la sincronizzazione terapeutica e ampliare progressivamente la finestra di tolleranza interna. Il presente articolo illustra i fondamenti teorici e clinici della VGT® applicata al trattamento delle dipendenze, con particolare attenzione agli obiettivi individuali e di gruppo, alle

quattro fasi del processo terapeutico e ad alcuni protocolli specifici orientati all'autoregolazione emotiva e alla dimensione relazionale. La VGT® si configura come un approccio complementare e integrativo, capace di raggiungere pazienti con elevata resistenza alla terapia tradizionale e di creare le condizioni ottimali per il lavoro psicoterapeutico profondo.

Parole chiave: Video Game Therapy, dipendenze, autoregolazione emotiva, finestra di tolleranza, sincronizzazione terapeutica, flow, nuove dipendenze, trattamento integrato

1. Introduzione: Le Dipendenze come Disturbi dell'Autoregolazione

Le dipendenze — sia da sostanze psicoattive (alcol, droghe, farmaci) sia comportamentali (gioco d'azzardo, dipendenza digitale,

dipendenza da videogiochi, shopping compulsivo, dipendenza affettiva) — condividono un substrato neurobiologico e psicologico comune: la disregolazione emotiva cronica. Secondo la letteratura scientifica più recente, la difficoltà a modulare gli stati affettivi interni rappresenta sia un fattore di rischio primario per lo sviluppo delle dipendenze sia il principale ostacolo al loro trattamento [1, 2].

Il modello della finestra di tolleranza, introdotto dallo psichiatra Daniel Siegel [3], descrive la zona ottimale di attivazione neurovegetativa entro cui il sistema nervoso è in grado di elaborare le informazioni, regolare le emozioni e mantenere la connessione con l'altro. Al di sopra di questa finestra si collocano gli stati di iperarousal (ansia, agitazione, impulsività, rabbia esplosiva), mentre al di sotto si trovano gli stati di ipoarousal (dissociazione, vuoto emotivo, apatia, congelamento). I pazienti con dipendenza oscillano cronicamente tra questi due poli, utilizzando la sostanza o il comportamento compulsivo come tentativo — disfunzionale ma comprensibile — di ritornare all'interno della propria finestra di tolleranza [4].

In questo quadro, il trattamento delle dipendenze non può limitarsi all'astinenza o alla gestione del craving, ma deve necessariamente affrontare la questione centrale dell'autoregolazione emotiva, ampliando progressivamente

la finestra di tolleranza e costruendo risorse interne alternative al comportamento additivo. È in questo contesto che la Video Game Therapy® si inserisce come strumento clinico di particolare efficacia, offrendo un ambiente esperienziale protetto in cui il paziente può sperimentare stati emotivi intensi — tra cui la frustrazione, l'eccitazione, la paura del fallimento e la gioia del successo — all'interno di una cornice sicura e mediata dalla relazione terapeutica.

2. La Video Game Therapy®: Fondamenti e Principi Clinici

La Video Game Therapy® (VGT®) è un approccio psicologico integrato che pone l'esperienza videoludica al centro del processo terapeutico [5]. A differenza di altri approcci che utilizzano i videogiochi come semplice strumento di distrazione o riabilitazione cognitiva, la VGT® utilizza il videogioco commerciale come mediatore relazionale e come amplificatore emotivo, capace di attivare stati di coscienza alterati — in particolare lo stato di Flow — all'interno dei quali il paziente può accedere a contenuti profondi con minori difese rispetto al colloquio esclusivamente verbale.

I principi scientifici alla base della VGT® derivano da un'ampia letteratura che documenta l'efficacia dei videogiochi in ambito clinico:

dal trattamento del PTSD [6] alla riduzione dell'ansia [7], dalla riabilitazione cognitiva [8] al miglioramento delle competenze sociali in pazienti con disturbi dello spettro autistico [9]. La VGT® integra questi contributi con la tradizione della terapia adleriana, della Geek Therapy di Anthony Bean [10], delle tecniche di psicodramma e delle metodologie narrative.

2.1 Il Concetto di Flow come Finestra Terapeutica

Il concetto di Flow — stato psicofisico di totale immersione nell'attività, caratterizzato dalla perdita del senso del tempo, dall'amplificazione percettiva e dall'equilibrio ottimale tra sfida e competenza [11] — rappresenta il cuore del processo terapeutico in VGT®. Quando il paziente raggiunge lo stato di Flow durante il gioco, le sue difese si abbassano naturalmente, l'accesso alle emozioni si amplia e la relazione con il terapeuta si intensifica. In questo stato, il paziente con dipendenza sperimenta qualcosa di fondamentale: la possibilità di essere completamente presente, assorbito e soddisfatto senza ricorrere alla sostanza o al comportamento compulsivo.

Lo stato di Flow nel videogioco è neurobiologicamente analogo ad alcuni aspetti dell'esperienza additiva — attivazione dopaminergica, senso di controllo, gratificazione immediata

— ma si colloca all'interno di una cornice sicura, relazionale e terapeuticamente orientata. Questo rende il Flow uno strumento privilegiato per rieducare il sistema di ricompensa del paziente con dipendenza, offrendo un'esperienza di piacere e soddisfazione alternativa e sostenibile.

2.2 La Dimensione Relazionale: Sincronizzazione Terapeutica

Un aspetto centrale e distintivo della VGT® è la sua profonda attenzione alla dimensione relazionale. Il terapeuta non è un osservatore esterno del gioco del paziente, ma un compagno di gioco attivo, che si sintonizza emotivamente con l'esperienza del paziente, ne amplifica i contenuti emergenti e ne accompagna l'elaborazione. Questa modalità di co-presenza attiva genera quella che in VGT® viene definita sincronizzazione terapeutica: un allineamento dei ritmi emotivi, attentivi e corporei tra paziente e terapeuta, analogo a quello che la ricerca sull'attaccamento descrive come regolazione diadica [12].

Per i pazienti con dipendenza, spesso caratterizzati da storie di attaccamento insicuro, traumi relazionali precoci e profonda diffidenza verso l'altro, la sincronizzazione terapeutica mediata dal gioco rappresenta un percorso privilegiato di accesso alla relazione. Il videogioco crea uno spazio transizionale —

nel senso winnicottiano del termine — in cui il paziente può sperimentare la vicinanza dell'altro senza sentirsi minacciato, costruendo gradualmente la fiducia necessaria per il lavoro terapeutico più profondo.

3. Approfondimento: Gambling Disorder e Gaming Disorder

Nel panorama delle dipendenze comportamentali, il Gambling Disorder (Disturbo da Gioco d'Azzardo) e il Gaming Disorder (Disturbo da Videogioco) hanno assunto una rilevanza clinica e nosografica sempre maggiore, venendo riconosciuti ufficialmente nei principali manuali diagnostici (DSM-5 e ICD-11).

3.1 Gambling Disorder (Disturbo da Gioco d'Azzardo)

Il Gambling Disorder è stato riclassificato nel DSM-5 all'interno dei disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction, riconoscendo le profonde similitudini neurobiologiche e comportamentali con le dipendenze da sostanze. I criteri diagnostici includono la necessità di giocare somme di denaro crescenti per raggiungere l'eccitazione desiderata (tolleranza), irrequietezza o irritabilità quando si tenta di ridurre o interrompere il gioco (astinenza), ripetuti sforzi infruttuosi per controllare il comportamento, e la compromissione di relazioni significative o opportunità lavorative a causa del gioco.

Dal punto di vista neurobiologico, il Gambling Disorder è caratterizzato da alterazioni nei circuiti di ricompensa (sistema dopaminergico mesolimbico) e da deficit nelle funzioni esecutive mediate dalla corteccia prefrontale, che si traducono in impulsività e difficoltà di inibizione. Un elemento centrale è la profonda disregolazione emotiva: il gioco d'azzardo viene spesso utilizzato come strategia disfunzionale (coping) per fuggire da stati emotivi negativi (ansia, depressione, senso di colpa) o per modulare un arousal interno intollerabile. Il trattamento richiede quindi un focus specifico sull'autoregolazione emotiva, aiutando il paziente a riconoscere e tollerare gli stati affettivi senza ricorrere all'azione compulsiva.

3.2 Gaming Disorder (Disturbo da Videogioco)

Il Gaming Disorder è stato recentemente incluso nell'ICD-11 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come un disturbo caratterizzato da un modello di comportamento di gioco (digitale o video) persistente o ricorrente. I criteri principali dell'ICD-11 includono: 1) controllo compromesso sul gioco (es. inizio, frequenza, intensità, durata); 2) priorità crescente data al gioco, che prende il sopravvento su altri interessi e attività quotidiane; 3) continuazione o escalation del gioco nonostante il verificarsi di conseguenze negative.

Per la diagnosi, il comportamento deve causare una compromissione significativa in ambito personale, familiare, sociale, educativo o lavorativo, tipicamente evidente per almeno 12 mesi.

Anche nel Gaming Disorder si riscontrano alterazioni neurobiologiche simili a quelle delle dipendenze da sostanze, con una maggiore reattività ai cue (stimoli) legati al gioco e una ridotta sensibilità alle perdite. L'intervento psicologico, spesso basato su approcci cognitivo-comportamentali e di mindfulness, mira a ripristinare il controllo, migliorare la regolazione emotiva e ricostruire una rete di interessi e relazioni offline. In questo contesto, la VGT® si propone non di eliminare il videogioco, ma di trasformarlo da strumento di isolamento e disregolazione a spazio terapeutico di consapevolezza e relazione.

4. Vignetta Clinica: Il caso di Marco

Marco, 22 anni, giunge in terapia su forte spinta dei genitori. Da circa due anni ha abbandonato gli studi universitari e trascorre dalle 10 alle 14 ore al giorno chiuso in camera, giocando a titoli competitivi online (principalmente sparatutto e MOBA). Presenta un'inversione del ritmo sonno-veglia, un'alimentazione sregolata e un ritiro sociale quasi totale. I genitori riferiscono scoppi d'ira violenti (iperarousal) quando la connessione internet viene

interrotta o quando gli viene chiesto di partecipare alla vita familiare. Marco appare apatico, distaccato e profondamente oppositivo rispetto al colloquio clinico tradizionale (ipoarousal difensivo).

Il terapeuta decide di utilizzare l'approccio VGT®. Nella fase di engagement, invece di focalizzarsi sui sintomi o sul ritiro, il terapeuta si mostra genuinamente interessato al mondo videoludico di Marco, chiedendogli di mostrare le sue abilità in un gioco cooperativo (es. 'It Takes Two' o 'Portal 2'). Inizialmente diffidente, Marco accetta. Durante le sessioni di gioco condiviso, il terapeuta si sintonizza con il ritmo di Marco. In un momento di particolare difficoltà nel superare un livello, Marco inizia a mostrare segni di frustrazione crescente (respiro accelerato, tensione muscolare, imprecazioni). Invece di interrompere, il terapeuta interviene modulando l'esperienza: 'È davvero frustrante, lo sento anche io. Facciamo un respiro, rallentiamo un attimo e proviamo una strategia diversa insieme'.

Attraverso questa co-regolazione in tempo reale (sincronizzazione terapeutica), Marco sperimenta per la prima volta la possibilità di rimanere all'interno della sua finestra di tolleranza pur provando frustrazione, senza esplodere nella rabbia o ritirarsi. Nelle fasi successive (Insight e Riflessione), il terapeuta utilizza le dinamiche di gioco per esplorare il

mondo interno di Marco: la paura del fallimento, il bisogno di controllo e il senso di inadeguatezza che lo avevano portato ad abbandonare l'università. Il videogioco, da rifugio isolante (Gaming Disorder), diventa un ponte relazionale che permette a Marco di rielaborare le proprie emozioni e, gradualmente, di reinvestire energie in obiettivi di vita reali (Reorientamento).

5. Obiettivi della VGT® nel Trattamento delle Dipendenze

5.1 Obiettivi Individuali

La VGT® persegue obiettivi individuali specificamente declinati per il trattamento delle dipendenze. L'ampliamento della finestra di tolleranza avviene attraverso l'esposizione graduata a stimoli emotivi nel contesto sicuro del gioco: il paziente impara a tollerare stati di attivazione crescente senza ricorrere al comportamento additivo. Il gioco offre feedback immediati e chiari sulle proprie azioni, favorendo la consapevolezza degli stati interni e lo sviluppo di strategie di regolazione alternative.

L'avatar e i personaggi del gioco diventano specchi proiettivi attraverso cui il paziente esplora aspetti di sé difficilmente accessibili nel colloquio verbale, promuovendo la consapevolezza dell'identità e del Sé. Il superamento delle sfide di gioco genera esperienze

di successo reale, contrastando il senso di impotenza appresa tipico delle dipendenze e attivando il senso di autoefficacia. In modo graduale e mediato, il gioco può attivare contenuti traumatici in un contesto sufficientemente sicuro da permetterne l'elaborazione, mentre la riflessione sulle scelte del personaggio e sulle dinamiche narrative favorisce la capacità di mentalizzazione — la comprensione degli stati mentali propri e altrui.

5.2 Obiettivi di Gruppo

La VGT® può essere applicata anche in contesti di gruppo, con particolare efficacia nei setting residenziali e semiresidenziali per le dipendenze. Il gioco cooperativo favorisce la promozione del sentimento sociale, la condivisione, la collaborazione e il riconoscimento dell'altro come risorsa. Le dinamiche competitive e cooperative del gioco offrono un laboratorio sicuro per sperimentare e rielaborare i conflitti relazionali, mentre il gioco di gruppo richiede e favorisce forme di comunicazione verbale e non verbale più efficaci. La condivisione dell'esperienza di gioco crea legami di fiducia tra i membri del gruppo, riducendo l'isolamento tipico delle dipendenze, e il gruppo diventa un sistema di co-regolazione emotiva in cui i membri si supportano reciprocamente nella gestione degli stati emotivi intensi.

6. Le Fasi del Processo Terapeutico in VGT®

La VGT® si articola in quattro fasi principali, ciascuna con obiettivi e strumenti specifici [5].

Fase 1 — Engagement e Valutazione: La prima fase è dedicata alla costruzione dell'alleanza terapeutica e alla valutazione del paziente. Include l'identificazione del profilo di personalità del paziente per selezionare il videogioco più adatto alle sue caratteristiche, agli obiettivi terapeutici e ai fattori di rischio da evitare. Per i pazienti con dipendenza, questa fase include anche la valutazione della relazione con i videogiochi stessi, distinguendo tra un utilizzo terapeutico e un eventuale pattern additivo preesistente.

Fase 2 — Gioco e Stato di Flow (Fase Immersiva): La seconda fase è il cuore del processo terapeutico. Il paziente gioca in presenza del terapeuta, che lo accompagna attivamente nell'esperienza, favorendo il raggiungimento dello stato di Flow. In questa fase, il terapeuta osserva le scelte di gioco, i comportamenti spontanei, le reazioni emotive e le verbalizzazioni del paziente. Per i pazienti con dipendenza, il Flow offre un'alternativa esperienziale al piacere della sostanza, dimostrando concretamente che è possibile raggiungere

stati di benessere intenso senza ricorrere al comportamento additivo.

Fase 3 — Insight e Riflessione (Fase Narrativa): Nella terza fase, il terapeuta guida il paziente nella riflessione sull'esperienza di gioco, collegando i contenuti emersi durante il gioco alla vita reale. Le storie dei personaggi, le scelte narrative, i momenti di frustrazione e di successo diventano materiale per l'elaborazione psicoterapeutica. Per i pazienti con dipendenza, la riflessione sulle dinamiche di gioco offre uno specchio prezioso per la comprensione del proprio funzionamento additivo.

Fase 4 — Reorientamento e Integrazione: La quarta e ultima fase è dedicata all'integrazione degli insight emersi nelle fasi precedenti e alla costruzione di nuove strategie di vita. Il paziente è accompagnato a trasferire le competenze sviluppate nel contesto del gioco — tolleranza della frustrazione, perseveranza, creatività, cooperazione — alla vita quotidiana, costruendo alternative concrete al comportamento additivo.

7. Protocolli VGT® per il Trattamento delle Dipendenze

7.1 Protocollo per la Dipendenza da Sostanze: 'Espandere la Finestra'

Questo protocollo è specificamente progettato per pazienti in fase di recupero dalla dipendenza da alcol o sostanze, con l'obiettivo primario di ampliare la finestra di tolleranza emotiva e sviluppare strategie di autoregolazione alternative. Il protocollo prevede la selezione di videogiochi con caratteristiche specifiche: ritmo controllabile, narrativa significativa, sfida progressiva e assenza di contenuti che possano attivare il craving. Giochi come *This War of Mine*, *Night in the Woods*, *Life is Strange* o *Celeste* sono particolarmente indicati per la loro capacità di evocare stati emotivi complessi all'interno di una cornice narrativa che invita alla riflessione.

7.2 Protocollo per le Nuove Dipendenze: 'Dal Virtuale al Reale'

Le nuove dipendenze comportamentali — dipendenza da videogiochi, dipendenza da social media, ritiro sociale (*hikikomori*), dipendenza affettiva — presentano caratteristiche specifiche che richiedono un adattamento del protocollo VGT®. In questi casi, il videogioco non è semplicemente uno strumento terapeutico, ma è anche parte del problema. Il protocollo 'Dal Virtuale al Reale' utilizza questa relazione come punto di partenza terapeutico. Il terapeuta incontra il paziente nel suo mondo digitale e da lì costruisce gradualmente ponti verso la realtà, esplorando le funzioni

che il gioco svolge nella vita del paziente e costruendo alternative più adattive.

7.3 Protocollo di Gruppo per Comunità Terapeutiche: 'Giocare Insieme'

Nelle comunità terapeutiche per le dipendenze, la VGT® di gruppo offre un contesto privilegiato per il lavoro sulle competenze relazionali e sulla regolazione emotiva condivisa. Il protocollo 'Giocare Insieme' prevede sessioni di gioco cooperativo o competitivo in piccoli gruppi, seguite da momenti di riflessione guidata sulle dinamiche emerse. Giochi cooperativi come *Overcooked*, *It Takes Two* o *A Way Out* sono particolarmente indicati perché richiedono comunicazione, coordinazione e fiducia reciproca, attivando dinamiche relazionali che rispecchiano quelle della vita reale.

8. Conclusioni

La Video Game Therapy® rappresenta un approccio innovativo e clinicamente fondato per il trattamento delle dipendenze, capace di rispondere alle sfide specifiche di questa popolazione: l'elevata resistenza alla terapia tradizionale, la profonda disregolazione emotiva, la finestra di tolleranza ristretta e il deficit nelle competenze relazionali. Attraverso l'utilizzo clinico del videogioco commerciale come mediatore relazionale e amplificatore emotivo, la VGT® crea le condizioni ottimali

per il lavoro terapeutico profondo, offrendo al paziente un'esperienza di Flow — piacere, presenza, autoregolazione — alternativa e sostenibile rispetto al comportamento additivo.

La sincronizzazione terapeutica che si sviluppa nel contesto del gioco condiviso rappresenta un fattore curativo primario, capace di riattivare i circuiti neurali della regolazione diadica e di offrire al paziente una nuova esperienza relazionale correttiva. Le quattro fasi del processo terapeutico guidano il paziente in un percorso progressivo di ampliamento della finestra di tolleranza, sviluppo dell'autoregolazione emotiva e costruzione di un'identità alternativa a quella additiva.

La VGT® non sostituisce gli approcci terapeutici tradizionali, ma li integra e li potenzia, raggiungendo pazienti altrimenti difficilmente accessibili e creando le condizioni per un cambiamento profondo e duraturo.

Riferimenti Bibliografici

- [1] Stellern, J., et al. (2022). Emotion regulation in substance use disorders. PMC/NIH.
- [2] González-Roz, A., et al. (2024). Emotional dysregulation in relation to substance use and addictive behaviors. *Journal of Behavioral Addictions*.
- [3] Siegel, D. J. (1999). *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. Guilford Press.
- [4] Corrigan, F. M., Fisher, J., & Nutt, D. (2011). Autonomic dysregulation and the Window of Tolerance model. *Journal of Psychopharmacology*, 25(1), 17–25.
- [5] Bocci, F., Ferrari, A., & Sarini, M. (2023). Putting the Gaming Experience at the Center of the Therapy—The Video Game Therapy® Approach. *Healthcare*, 11(12), 1767.
- [6] Rizzo, A. A., et al. (2011). Virtual Reality Goes to War: A Brief Review of the Future of Military Behavioral Healthcare. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18(2), 176–187.
- [7] Kühn, S., et al. (2018). Playing Super Mario induces structural brain plasticity. *Molecular Psychiatry*, 19, 265–271.
- [8] Anguera, J. A., et al. (2013). Video game training enhances cognitive control in older adults. *Nature*, 501, 97–101.
- [9] Grynspan, O., et al. (2014). Video-based avatar idiosyncrasy and preferences in autism spectrum disorder. *Computers in Human Behavior*, 37, 186–192.

- [10] Bean, A. M. (2018). *Working with Video Gamers and Games in Therapy: A Clinician's Guide*. Routledge.
- [11] Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. Harper & Row.
- [12] Schore, A. N. (2003). *Affect Regulation and the Repair of the Self*. Norton.
- [13] Crepaldi, M., et al. (2025). An Integrated Approach of Video Game Therapy®: A Case Study. *Information*, 16(1), 68.
- [14] Grüsser, S. M., et al. (2007). Excessive computer game playing: Evidence for addiction and aggression? *Cyberpsychology & Behavior*, 10(2), 290–292.
- [15] Russoniello, C. V., O'Brien, K., & Parks, J. M. (2009). The effectiveness of casual video games in improving mood and decreasing stress. *Journal of CyberTherapy and Rehabilitation*, 2(1), 53–66.
- [16] Bocci F., Del Fante E., Sarini M., Micallizzi A., Ferrari A. (2024). “Video Game Therapy: Teoria e pratica clinica”, UTET, Milano.

QUANDO IL FUTURO DIVENTA UNA SCOMMESSA

I PREDICTION MARKETS TRA INTELLIGENZA COL- LETTIVA E CAPITALISMO DELL'ATTENZIONE

Mauro Croce

Psicologo, Psicoterapeuta

Si chiamano prediction markets e rappresentano una delle innovazioni più originali degli ultimi anni nell'incontro tra economia, tecnologia, informazione e azzardo. Il loro funzionamento è, almeno in apparenza, estremamente semplice. Immaginiamo che venga posta una domanda: Donald Trump vincerà le prossime elezioni presidenziali? Oppure: domani la temperatura di Oslo supererà i 25 gradi? O ancora: entro il prossimo mese verrà raggiunto un accordo di pace in Ucraina? Chi ritiene probabile che l'evento si verifichi acquista un contratto; chi lo considera improbabile assume la posizione opposta. Se l'evento si realizza, il contratto viene pagato; se non accade, perde ogni valore. Durante tutto il periodo che precede la scadenza, il prezzo del contratto varia continuamente seguendo il flusso delle informazioni disponibili. Se viene scambiato a 65 centesimi, il mercato sta implicitamente attribuendo a quell'evento una probabilità del 65%. Nel frattempo, il prezzo incorpora sondaggi, notizie, indiscrezioni, dichiarazioni politiche, dati economici e tutto

ciò che può modificare le aspettative dei partecipanti. Uno degli aspetti più interessanti è che chi acquista un contratto non si limita a formulare una previsione e ad attendere l'esito dell'evento. Un sondaggio pubblicato in mattinata, una dichiarazione di un leader politico, una conferenza stampa, un bombardamento, una trattativa diplomatica o perfino un messaggio diffuso sui social network possono modificare nel giro di pochi minuti il valore della posizione acquistata. Il contratto può così essere rivenduto in qualsiasi momento, realizzando un profitto se il prezzo è aumentato oppure limitando le perdite se è diminuito. Ne deriva una condizione di costante attenzione e allerta. Ogni nuova informazione può tradursi immediatamente in un'opportunità di guadagno o in una perdita. L'esperienza diventa così un ibrido tra investimento speculativo e gioco d'azzardo: la notizia non viene più semplicemente letta o interpretata, ma trasformata in un'informazione economicamente rilevante, continuamente negoziabile. Non si tratta più soltanto di prevedere il futuro, ma di

partecipare attivamente alle oscillazioni del suo valore economico.

1.1 L'idea originaria: l'intelligenza collettiva

In realtà, l'idea alla base dei prediction markets era molto diversa. I loro ideatori immaginavano uno strumento capace di raccogliere e sintetizzare informazioni disperse tra migliaia di persone. L'ipotesi era tanto semplice quanto affascinante: chi rischia il proprio denaro tende a informarsi meglio, corregge più rapidamente i propri errori e modifica le proprie aspettative non appena emergono nuovi elementi. Il risultato finale non rappresenterebbe quindi una semplice opinione, ma l'aggregazione di migliaia di valutazioni indipendenti: la cosiddetta intelligenza collettiva (crowd wisdom). Questa intuizione prese forma nel 1988 con lo Iowa Electronic Market, un esperimento realizzato presso l'Università dell'Iowa. Lo scopo era verificare se un mercato nel quale i partecipanti investivano somme molto modeste fosse in grado di prevedere il risultato delle elezioni americane con un'accuratezza almeno pari a quella dei tradizionali sondaggi. L'esperimento funzionò sorprendentemente bene e attirò rapidamente l'interesse di economisti, statistici e studiosi dei processi decisionali. Per molti anni, tuttavia, i prediction markets rimasero uno strumento quasi esclusivamente accademico, utilizzato

per studiare il comportamento dei mercati o, in alcuni casi, sperimentato da grandi imprese per migliorare le proprie previsioni interne. Il salto avviene molti anni dopo ed è legato a tre trasformazioni che hanno modificato profondamente il nostro rapporto con il mondo digitale. La prima è la diffusione delle criptovalute e della tecnologia blockchain, che rende possibile creare mercati globali senza le tradizionali infrastrutture finanziarie. La seconda è la nascita di piattaforme accessibili ventiquattr'ore su ventiquattro, da qualunque parte del mondo, attraverso uno smartphone. La terza, forse la più importante, è la trasformazione dell'informazione in un flusso continuo: notizie, commenti, sondaggi, video e social network aggiornano incessantemente la nostra percezione della realtà. È in questo contesto che nel 2020 nasce Polymarket. Non si presenta come un laboratorio universitario né come uno strumento destinato a ricercatori o analisti. La sua proposta è estremamente semplice: qualunque evento futuro può trasformarsi in un mercato e, di fatto, in una scommessa. Elezioni, guerre, decisioni delle banche centrali, risultati sportivi, andamento dell'inflazione, sviluppo dell'intelligenza artificiale, missioni spaziali, condizioni meteorologiche, pandemie, disastri naturali. Ogni evento può essere acquistato, venduto e continuamente rivalutato dal mercato. Un caso è particolarmente emblematico. Nel gennaio

2025 Los Angeles viene devastata da uno dei più gravi incendi della sua storia recente. Le immagini diffuse dai media di tutto il mondo ricordano un film apocalittico: automobili abbandonate tra le fiamme, ville ridotte a scheletri anneriti, una coltre di fumo che oscura il cielo. Il bilancio è drammatico: quarantaquattro vittime e danni economici enormi. Mentre migliaia di persone affrontano l'emergenza e i vigili del fuoco cercano ancora di contenere il rogo, su Polymarket vengono negoziati contratti per un valore complessivo di circa 831.000 dollari. Le domande riguardano il momento nel quale l'incendio sarà contenuto, il numero complessivo di acri che andranno distrutti e la data entro la quale tutti i focolai saranno spenti. Il mondo intero diventa così, almeno potenzialmente, un insieme di eventi sui quali prendere posizione. Ogni notizia può essere immediatamente tradotta in una probabilità di guadagno. Se normalmente una notizia ci informa su ciò che sta accadendo, qui essa modifica direttamente il valore di una posizione economica già aperta o suggerisce l'opportunità di aprirne una nuova. La cronaca diventa un processo da seguire quasi minuto per minuto, in un intreccio continuo tra informazione, aspettativa e decisione economica. Il mondo diventa, almeno potenzialmente, un immenso casinò. Ma, come osserva Fea, i mercati predittivi online non si limitano a prevedere il futuro: possono contribuire, sia pure

indirettamente, a modificarlo. Ad esempio, Polymarket, che si basa interamente sulla tecnologia blockchain e sull'impiego di criptovalute, dipende da infrastrutture digitali caratterizzate da un elevato consumo energetico. Si crea così un paradosso: l'energia necessaria per alimentare questi mercati contribuisce, almeno in parte, ai processi che aggravano il cambiamento climatico, mentre gli stessi utenti possono speculare sugli eventi estremi prodotti da tale cambiamento. Nei cosiddetti mercati delle catastrofi si rischia quindi di innescare un circuito di reciproca alimentazione: l'aumento degli utenti genera più transazioni e maggiore consumo di energia; quest'ultimo contribuisce all'impatto ambientale, favorendo l'intensificarsi di eventi climatici estremi che, a loro volta, diventano nuovi oggetti di scommessa e attraggono ulteriori partecipanti. In questa prospettiva, i mercati predittivi non riflettono soltanto le crisi ambientali, ma rischiano di inserirsi nelle dinamiche economiche che le alimentano, accentuando le disuguaglianze già prodotte dall'intreccio tra capitalismo digitale e cambiamento climatico (Fea, 2026).

1.2 Quando la notizia diventa una quota

Se per oltre un secolo giornali, televisioni e, più recentemente, piattaforme digitali hanno raccontato gli avvenimenti cercando di spiegarli, i prediction markets aggiungono un

passaggio ulteriore: attribuiscono a ogni evento una probabilità e, di conseguenza, un prezzo. L'attenzione si sposta progressivamente dal significato della notizia alla probabilità che essa si realizzi e alla possibilità di trarne un guadagno. Da questo punto di vista Polymarket rappresenta probabilmente uno degli esempi più avanzati della trasformazione dell'informazione in un flusso continuamente aggiornato e sottoposto alla verifica del mercato. Le quote cambiano nell'arco di pochi secondi, reagendo a ogni nuova informazione disponibile, e il partecipante finisce per osservare il mondo come una successione di probabilità continuamente ricalcolate. È facile comprendere il fascino esercitato da questo meccanismo. A differenza delle forme tradizionali di gioco d'azzardo, il partecipante non ha quasi mai la sensazione di affidarsi semplicemente alla fortuna. Al contrario, ritiene di poter migliorare le proprie decisioni studiando, raccogliendo informazioni, confrontando dati e seguendo costantemente l'attualità. La sensazione prevalente non è quella di giocare, ma di interpretare meglio degli altri la realtà. Come osserva Michele Marangi “mentre le slot vendono l'emozione di poter vincere, Polymarket e i mercati predittivi vendono l'illusione di sapere. Non stai scommettendo. Stai analizzando. Non stai perdendo il tuo tempo giocando. Stai facendo ricerca. Non sei un giocatore d'azzardo. Sei un analista politico,

economico. Un esperto di clima, di sport, di strategie internazionali” (Marangi, 2026)

1.3 Dall'economia dell'informazione all'economia dell'attenzione

Ma ciò che appare particolarmente inquietante è come i prediction markets sembrano inserirsi perfettamente in quella che numerosi studiosi (Wu 2016, Citton 2015, Crary 2015) definiscono economia dell'attenzione. L'obiettivo non è soltanto offrire un servizio, ma mantenere l'utente costantemente coinvolto. Come ha dimostrato Natasha Dow Schüll (2015), le moderne tecnologie del gambling non sono progettate per offrire divertimento o grandi vincite, quanto piuttosto per mantenere il giocatore immerso in uno stato di coinvolgimento continuo: la celebre machine zone, uno stato di assorbimento attentivo totale (deep immersive state), nel quale il giocatore perde progressivamente la percezione del tempo, dello spazio e perfino del denaro. L'obiettivo non diventa più vincere, ma rimanere nel flusso del gioco. Molti giocatori intervistati affermano di giocare "per scomparire", "per non pensare", "per essere altrove". Nei prediction markets il meccanismo è diverso, ma il risultato rischia di essere analogo. L'utente viene progressivamente spinto a controllare il mercato più volte al giorno, seguendo le oscillazioni dei prezzi, attendendo nuove informazioni e modificando continuamente le

proprie posizioni. Come osserva anche Michele Marangi, molte piattaforme digitali contemporanee non competono semplicemente per fornire contenuti, ma per conquistare e trattenere la nostra attenzione. Nei prediction markets questo processo sembra compiere un ulteriore passo: non viene catturato soltanto il tempo dell'utente, ma anche il suo coinvolgimento emotivo, cognitivo ed economico. La notizia non è più soltanto qualcosa da leggere o comprendere; diventa un evento sul quale prendere posizione e, possibilmente, guadagnare.

1.4 La gamblification dei prediction markets

Non sorprende, quindi, che negli ultimi anni diversi studiosi abbiano iniziato a interrogarsi sulla natura dei prediction markets. La domanda è semplice, ma tutt'altro che banale: siamo ancora di fronte a uno strumento di previsione oppure a una nuova forma di gioco d'azzardo? È significativo che uno dei primi richiami provenga non da economisti o giuristi, ma da due studiosi che si occupano di dipendenze e salute pubblica. Benjamin Johnson studia da anni le relazioni tra criptovalute, salute mentale e comportamenti additivi, mentre Gary Chan è epidemiologo delle dipendenze presso la University of Queensland. In una Letter to the Editor pubblicata sulla prestigiosa rivista *Addiction*, con il titolo

Prediction markets: An emerging form of gambling?, Benjamin Johnson e Gary Chan (2026) propongono di considerare i prediction markets un nuovo e importante oggetto di studio per la ricerca sul gambling e sulle dipendenze comportamentali. Secondo gli autori, queste piattaforme condividono infatti alcune caratteristiche fondamentali del gioco d'azzardo: l'impiego di denaro reale, l'incertezza dell'esito, la possibilità di ottenere un guadagno economico e la ripetizione continua delle puntate. Ne deriva la necessità di approfondirne non solo il funzionamento economico, ma anche i possibili effetti sulla salute pubblica. Il loro invito è chiaro: i prediction markets meritano di essere osservati non soltanto come innovazioni finanziarie, ma anche come possibili fattori di rischio per lo sviluppo di nuove forme di gambling problematico. Nella stessa direzione si collocano le osservazioni di Lia Nower. Intervistata dal *The Guardian* (Rowe, 2026) ricorda come quanto più aumenta l'offerta di gioco, tanto maggiore è la probabilità che crescano anche i problemi correlati. Per questo motivo mercati predittivi commerciali e scarsamente regolamentati, come Polymarket o Kalshi, potrebbero ampliare ulteriormente le occasioni di gioco e contribuire, nel tempo, ad aumentare il numero delle persone che sviluppano un comportamento problematico. Nower osserva inoltre come, se dal punto di vista clinico, il

trattamento di chi sviluppa una dipendenza attraverso i prediction markets non è sostanzialmente diverso da quello previsto per altre forme di gioco d'azzardo online, cambiano però la prevenzione e la percezione sociale del fenomeno. Molti utenti, infatti, non considerano queste piattaforme come gioco d'azzardo, ma come strumenti di informazione o di investimento, con il rischio di sottovalutarne le possibili conseguenze.

1.5 Oltre la distinzione tra investimento e azzardo

Una riflessione ancora più ampia è proposta da Nizan Geslevich Packin e Sharon Rabinovitz (2026) in un commento pubblicato su Science. Le due autrici invitano a superare la tradizionale contrapposizione tra investimento finanziario e gioco d'azzardo, osservando come le piattaforme digitali stiano progressivamente rendendo sempre più sfumati i confini tra questi due mondi. La possibilità di negoziare in tempo reale contratti su qualunque evento — dalle elezioni alle guerre, dalle decisioni politiche alle condizioni meteorologiche — trasforma infatti l'incertezza in un bene negoziabile e rende necessario ripensare le categorie con cui interpretiamo questi fenomeni. I prediction markets non sono più soltanto una tecnologia per migliorare le previsioni. Stanno diventando ambienti digitali nei quali la legittimazione scientifica

dell'intelligenza collettiva si intreccia con le dinamiche psicologiche proprie del gambling e con i modelli economici dell'economia dell'attenzione. Per questa ragione dovrebbero essere valutati non solo in termini di efficienza informativa, ma anche per le loro implicazioni sociali, culturali e sanitarie.

Oltre i prediction markets

Naturalmente sarebbe semplicistico ridurre i prediction markets a una nuova forma di gioco d'azzardo. Essi conservano anche potenzialità interessanti. In determinati contesti possono rappresentare strumenti utili per aggregare informazioni disperse, migliorare le previsioni e rendere più efficiente il processo decisionale. Non è un caso che siano nati all'interno dell'università e che, per molti anni, siano stati utilizzati soprattutto nella ricerca e nella pianificazione aziendale.

Il problema nasce quando questa logica viene trasferita su piattaforme commerciali progettate non soltanto per produrre previsioni, ma per massimizzare partecipazione, permanenza e volumi di scambio. In questo passaggio cambia profondamente la natura dello strumento. L'obiettivo non è più soltanto prevedere meglio il futuro, ma incentivare un'interazione continua con il mercato, trasformando ogni notizia in un'occasione per acquistare, vendere, controllare, aggiornare la propria posizione.

In questa prospettiva, i prediction markets sembrano rappresentare un ulteriore sviluppo di quel capitalismo digitale che non si limita più a vendere beni o servizi, ma compete per conquistare la nostra attenzione, il nostro tempo e il nostro coinvolgimento emotivo. Come ha osservato Michele Marangi, le piattaforme contemporanee vivono della capacità di catturare e trattenere l'attenzione degli utenti. Nei prediction markets questo processo sembra compiere un passo ulteriore: non viene monetizzata soltanto l'attenzione, ma anche l'incertezza. Ogni dubbio, ogni evento, ogni possibile sviluppo del mondo può trasformarsi in una quota da seguire e in una posizione economica da gestire.

In questo senso il passaggio è anche culturale. Per secoli l'informazione ha avuto come obiettivo principale quello di comprendere la realtà e orientare le decisioni. Nei prediction markets essa tende invece a diventare una variabile economica. Una guerra, un'elezione, una crisi finanziaria, una pandemia o un disastro naturale non rappresentano più soltanto fatti da conoscere, ma eventi il cui valore oscilla in tempo reale all'interno di un mercato globale. Come mostra Sandra Lucbert, il neoliberismo non si afferma soltanto attraverso i mercati, ma attraverso racconti che trasformano interessi particolari in apparenti evidenze oggettive. Anche i prediction markets si presentano mediante una narrazione che sostituisce il

lessico della scommessa con quello della previsione, dell'intelligenza collettiva e della scoperta dei prezzi. Il cambiamento terminologico non è neutrale: modifica la percezione morale dell'attività, contribuisce a legittimarla e rende meno visibili le logiche di engagement, di monetizzazione dell'attenzione e di gamblification che ne caratterizzano il funzionamento (Lucbert, 2026). Il rischio non consiste soltanto nell'eventuale sviluppo di nuove forme di gambling problematico. Riguarda anche il modo in cui impariamo a guardare il mondo. Se ogni evento può essere tradotto in una probabilità di guadagno, il confine tra informazione, investimento e scommessa diventa progressivamente più sfumato. La cronaca rischia di trasformarsi in una sequenza di opportunità speculative; l'attenzione in una risorsa da monetizzare; l'incertezza in un prodotto da negoziare. Per questa ragione la questione dei prediction markets non può essere affrontata soltanto in termini tecnologici, economici o giuridici. Essa interpella anche la psicologia, la salute pubblica, l'etica e, più in generale, il modello di società digitale che stiamo costruendo. Nati come strumenti per valorizzare l'intelligenza collettiva, i prediction markets rischiano infatti di diventare uno degli esempi più avanzati di una trasformazione nella quale l'informazione, l'attenzione e l'incertezza vengono progressivamente integrate nelle logiche del mercato. Una

dimensione tipica dell'economia digitale dove il valore economico deriva dalla capacità di catturare, trattenere e orientare i comportamenti e dove l'attenzione è diventata una delle risorse economiche più preziose (Citton, 2014) da parte di un capitalismo che tende a eliminare ogni pausa e ogni tempo improduttivo, attraverso una disponibilità continua al consumo (Crary, 2013) ed ogni avvenimento diventa come occasione di scambio, di speculazione e di scommessa. Insieme al domandarsi e comprendere come e perché molte persone sviluppano una dipendenza, è altrettanto indispensabile interrogarsi e prendere consapevolezza su come l'attuale modello neoliberista sia stato in grado di costruire ambienti tanto efficaci nel catturare l'attenzione, organizzare il desiderio e trasformare il tempo libero in consumo continuo (Croce, 2026).

Bibliografia

Citton Y. 2014. *Pour une écologie de l'attention*. Le Seuil, Paris.

Crary J., 2015, 24/7. *Il capitalismo all'assalto del sonno*, Einaudi, Torino.

Croce M., 2026, *Dall'azzardo al capitalismo delle dipendenze. Come il gioco è diventato un dispositivo economico, culturale e politico*, *Rivista delle Politiche Sociali*, in press.

Dow Schüll N., 2015. *Architetture dell'azzardo. Progettare il gioco, costruire la dipendenza*. Bologna: Luca Sossella Editore.

Fea M., 2026, Tutto può essere trasformato in numero, finanziarizzato e diventare oggetto di scommesse, *Mission 74, Italian Quarterly Journal of Addiction*: 5-6.

Johnson, B., & Chan, G. C. K. (2026). Prediction markets: An emerging form of gambling? *Addiction*, 121(2), 458–459

Lucbert S., 2026, *Il Ministero dei racconti pubblici*, Edizioni Colibrì, Milano.

Marangi M. (2026), *Oracoli a pagamento*, Il tascabile.

Packin N. G., Rabinovitz S. (2026). Prediction markets as a public health threat. *Science*, 392(6795), 257-260.

Rowe, N. ,2026, 19 maggio, Gambling addicts are struggling as Kalshi and Polymarket explode in the US: "You could be betting your rent away". *The Guardian* (intervista a Lia Nower)

Wu T., 2016, *The Attention Merchants: The Epic Scramble to Get Inside Our Heads*, Alfred A. Knopf, New York

PIATTAFORME DI STREAMING, GAMING E VULNERABILITÀ CLI- NICHE IN ADOLESCENZA

Simonetta Fraccaro

Pedagogista, Educatore SerD ULSS 2 Marca Trevigiana

Introduzione

L'evoluzione tecnologica ha consolidato un intreccio sempre più stretto tra **gaming** e **piattaforme di streaming** in diretta, come Twitch e YouTube Live, trasformando un'attività un tempo prevalentemente individuale in un'esperienza continua, partecipata e socialmente amplificata. Se, da un lato, questa convergenza offre opportunità di intrattenimento, appartenenza e interazione, dall'altro introduce specifici fattori di rischio sul piano educativo e clinico, soprattutto in relazione alla salute mentale e al benessere psicofisico degli adolescenti.

Il periodo pandemico legato al COVID-19 ha coinciso con un incremento significativo dell'utilizzo delle piattaforme di streaming. In questo scenario, Twitch si è affermata come una delle principali piattaforme di live streaming videoludico per volume di creator, contenuti e partecipazione del pubblico.

Il live streaming si distingue dalle piattaforme che offrono contenuti in differita o video on demand soprattutto per la possibilità di una partecipazione in tempo reale, sia da parte di chi trasmette sia da parte di chi assiste. In questo senso, Twitch ha trasformato il consumo passivo di video in un'esperienza interattiva e parasociale, particolarmente attrattiva per adolescenti e giovani adulti. Lo studio di Cabeza-Ramírez et al. (2021) evidenzia, ad esempio, una forte presenza di utenti tra i 14 e i 24 anni. Va inoltre ricordato che, secondo i termini di servizio di Twitch, la piattaforma non è formalmente disponibile per i minori di 13 anni.

Questo contributo sostiene che l'esposizione continuativa e precoce ai contenuti diffusi sulle piattaforme di streaming non rappresenti soltanto un'estensione del consumo videoludico, ma configuri un ambiente relazionale e sensoriale specifico, capace di amplificare vulnerabilità già presenti o di

concorrere alla comparsa di pattern disfunzionali. In questa prospettiva, si propone una riflessione sulle implicazioni preventive, educative e cliniche di tali ecosistemi digitali.

Come lo streaming amplifica i meccanismi di coinvolgimento del gaming

Le piattaforme di streaming non costituiscono soltanto un canale di fruizione del gioco osservato, ma operano come amplificatori dei meccanismi di coinvolgimento propri del gaming. La combinazione tra interattività, notifiche persistenti e disponibilità continua del flusso audiovisivo può favorire pattern di fruizione disfunzionali e incrementare il rischio di condotte compulsive.

Twitch rappresenta una delle piattaforme a maggiore diffusione, accanto a servizi quali Kick, YouTube Live, Trovo, Facebook Live, Chzzk e Nimo TV, che propongono funzionalità analoghe in termini di streaming videoludico, interazione comunitaria e monetizzazione dei contenuti. Nata come spin-off di Justin.tv nel giugno 2011 e acquisita da Amazon nel 2014, la piattaforma si è rapidamente affermata come riferimento nel live streaming interattivo. La combinazione tra diretta non mediata e interazione sincrona via chat può intensificare nei soggetti più giovani il senso di presenza

sociale e di appartenenza al gruppo, con possibili ricadute sui quadri di ritiro sociale e di vulnerabilità relazionale, inclusi i profili riconducibili al fenomeno hikikomori.

Accanto alla rilevanza economica e di marketing del fenomeno, occorre considerare le possibili ricadute sul funzionamento psicologico e sul benessere psicofisico degli utilizzatori. Alcuni studi (Casu & Belfiore, 2022) hanno ipotizzato un'associazione positiva tra elevata esposizione agli slotstream, ossia dirette live di sessioni di gioco d'azzardo, e incremento dell'interesse verso la sperimentazione del gambling. Un aspetto particolarmente problematico è rappresentato dalla forte identificazione che molti spettatori sviluppano nei confronti degli streamer, cioè di coloro che giocano intrattenendo il pubblico, con il rischio di processi imitativi e di successiva emulazione del comportamento di gioco. In questo contesto, va considerato anche il ruolo economico dello streamer, che può essere retribuito per promuovere giochi online.

La letteratura scientifica (Casu & Belfiore, 2022) individua diversi fattori critici che collegano l'esperienza di streaming alla vulnerabilità additiva. Tra questi rientrano, ad esempio, il bias di disponibilità e l'illusione di controllo: la sovraesposizione a esiti positivi e

a vincite spettacolari può indurre una distorsione della percezione probabilistica, favorendo la rappresentazione del successo come evento frequente e realisticamente accessibile. Un ulteriore elemento rilevante è rappresentato dalle relazioni parasociali, vale a dire legami unilaterali di investimento emotivo che si strutturano tra streamer, viewer e comunità di riferimento. Quando tali dinamiche assumono configurazioni disfunzionali, possono facilitare processi imitativi, normalizzazione dell'azzardo e maggiore coinvolgimento comportamentale. Anche la regolazione emotiva costituisce un nodo centrale: la fruizione di contenuti di gambling può essere utilizzata come strategia di gestione della noia o degli stati interni spiacevoli, pur associandosi, nel tempo, a un incremento dell'affettività negativa e del craving di gioco. Per questi motivi, nel 2022, Twitch ha deciso di vietare la trasmissione di alcuni contenuti relativi al gioco d'azzardo; si tratta tuttavia di una scelta limitata ad alcune categorie, come slot, roulette e dadi, mentre altri giochi potenzialmente dannosi, tra cui scommesse sportive e poker, possono essere ancora trasmessi in streaming.

Ricadute cliniche ed evolutive dell'esposizione precoce

Queste evidenze sollecitano una riflessione sulle possibili conseguenze evolutive e

cliniche dell'esposizione precoce a stimoli di gioco. L'anticipazione del contatto con contenuti di gambling può aumentare il rischio di sviluppare comportamenti problematici o disturbi da gioco d'azzardo. La maggior parte dei fruitori delle piattaforme risulta composta da maschi di età compresa tra i 16 e i 24 anni.

Twitch utilizza meccanismi di ingaggio che, per struttura e dinamica, possono richiamare alcune logiche proprie del gioco d'azzardo: sistemi di ricompensa variabile e forte coinvolgimento relazionale con lo streamer possono infatti attivare circuiti di gratificazione rapida. Inoltre, i creator fidelizzano e coinvolgono la community tramite **abbonamenti**, che consentono l'accesso a un canale con emoticon (emote nel gergo degli streamers) personalizzate ed elementi di esclusività; **Bit**, ossia donazioni animate per premiare momenti particolarmente rilevanti; e **Prediction**, che permettono di effettuare scommesse su eventi in-game.

Nei più giovani, tali dinamiche possono accentuare l'impulsività, ridurre la tolleranza alla frustrazione e aumentare la difficoltà di confrontarsi con contesti quotidiani nei quali i feedback sono più lenti e meno gratificanti. Inoltre, la sovrastimolazione sensoriale tipica della piattaforma — tra video, chat in tempo

reale e notifiche continue — può aggravare le difficoltà attentive e la regolazione ansiosa, soprattutto nei soggetti più vulnerabili.

I modelli comportamentali proposti possono inoltre agire da trigger. Si pensi, ad esempio, alle loot box: lo spettatore può progressivamente desensibilizzarsi rispetto al rischio economico e normalizzare forme di consumo digitalmente mediate che avvicinano gaming e azzardo. A ciò si aggiunge la valorizzazione di sessioni di streaming estremamente prolungate, talvolta di 10–12 ore consecutive, che promuovono una cultura della performance continua e dell'alterazione dei ritmi circadiani, con ricadute dirette sull'igiene del sonno e sul benessere psicologico dei giovani fruitori.

Gaming problematico: prevenzione educativa e presa in carico clinica nei Servizi per le Dipendenze (SerD)

Questo quadro impone una riflessione sulle modalità di intervento. Nel caso del gaming problematico, fino ai quadri riconducibili al *gaming disorder*, la prevenzione non può ridursi a indicazioni generiche sul tempo di esposizione agli schermi. È invece necessario intervenire sui significati d'uso, sulle funzioni regolative e sui contesti relazionali del comportamento digitale — regolazione emotiva, appartenenza, evitamento, competizione, ricerca di riconoscimento —

riconoscendo che, per molti adolescenti, videogiochi e streaming costituiscono anche spazi identitari e dispositivi di socializzazione. In questa prospettiva, il SerD può svolgere una duplice funzione: clinica, attraverso la valutazione e il trattamento, ed educativa, mediante il raccordo con la famiglia, la scuola e il territorio, favorendo l'intercettazione precoce e l'attivazione di interventi proporzionati al livello di rischio.

Nella fase valutativa è utile osservare non solo la quantità di ore trascorse davanti allo schermo, ma anche la perdita di controllo e le conseguenze che ne derivano. Tra gli indicatori più rilevanti rientrano, ad esempio, l'inversione del ritmo sonno-veglia, il calo marcato del rendimento scolastico o lavorativo, il ritiro da attività precedentemente gradite, l'irritabilità o l'ansia quando viene richiesto di disconnettersi, la conflittualità familiare persistente, l'uso del gaming come unica strategia di regolazione emotiva, le spese in-game non concordate e l'abbandono progressivo delle relazioni offline.

Nei casi più complessi possono inoltre correlarsi isolamento sociale significativo, ideazioni autolesive o comorbilità quali ansia, depressione, ADHD, disturbi del comportamento alimentare e uso di sostanze. Per queste ragioni può essere utile integrare la valutazione con una raccolta anamnestica completa che consideri, oltre allo sviluppo,

alla scuola, alle relazioni, al sonno e all'attività fisica, anche la mappa delle routine digitali, la valutazione motivazionale, lo screening delle comorbidità e la stima del rischio.

Nella fase iniziale, gli obiettivi clinici possono essere graduati e orientati anzitutto alla riduzione del danno e al recupero del funzionamento, con particolare attenzione al sonno, alla frequenza scolastica e alle relazioni, prima ancora di un'eventuale richiesta di astensione totale, quando quest'ultima non sia praticabile o indicata.

Nel trattamento è utile considerare alcuni obiettivi educativi prioritari. Tra questi rientrano la promozione dell'alfabetizzazione emotiva e metacognitiva, per aiutare ragazzi e genitori a riconoscere che cosa si cerca nel gioco — scarico, evitamento, status o appartenenza — e quali stati interni precedono o seguono le sessioni di gaming.

Un secondo asse di lavoro riguarda lo sviluppo di competenze di autoregolazione, come la gestione dell'attenzione, dell'impulsività e della tolleranza alla frustrazione, attraverso strategie alternative al “rifugio digitale” e micro-obiettivi realistici. È inoltre importante rendere visibili i meccanismi di ingaggio del sistema —

progressione, ricompense variabili, eventi a tempo, pressione sociale, live e notifiche — per aumentare consapevolezza e capacità di controllo.

Il tema del “tempo schermo” andrebbe quindi riletto in una prospettiva più ampia di equilibrio di vita, che includa sonno, scuola o lavoro, relazioni offline, movimento e interessi non digitali. In questo quadro, la funzione educativa degli adulti di riferimento o dei caregiver va sostenuta attraverso regole chiare e negoziate, coerenza, supervisione digitale e ascolto non giudicante, evitando escalation punitive che tendono a rinforzare segretezza e isolamento.

In questo quadro, il lavoro con la famiglia si integra necessariamente con il raccordo tra scuola e servizi territoriali, al fine di costruire obiettivi sostenibili di frequenza, apprendimento e partecipazione. Ciò include il sostegno al tutoring, la prevenzione del ritiro sociale e un'attenzione specifica al bullismo, al cyberbullismo e alle dinamiche di esclusione.

In questa prospettiva, anche gli strumenti di valutazione clinica e le categorie diagnostiche devono essere letti con particolare attenzione, distinguendo tra adattamenti comportamentali a contesti digitali pervasivi e pattern

persistenti di disfunzione e sofferenza clinicamente significativi.

Conclusioni

L'esposizione ai contenuti di streaming videoludico e, in particolare, alle forme ibride tra gaming, intrattenimento e gambling configura oggi una specifica area di vulnerabilità clinica ed educativa. Questo dato impone una revisione critica dei protocolli tradizionali di valutazione e trattamento, soprattutto quando vengono applicati ad adolescenti e giovani adulti cresciuti in ecosistemi digitali ad alta intensità relazionale e sensoriale.

È da chiedersi, inoltre, se vi siano trasformazioni significative nei modi di attenzione, autoregolazione e simbolizzazione dei più giovani. In questo quadro, il clinico è chiamato a leggere con maggiore finezza i linguaggi, i codici comunicativi e le forme contemporanee di sofferenza, evitando sia semplificazioni diagnostiche sia interpretazioni ancorate a modelli non più pienamente adeguati ai contesti digitali attuali. Comprendere lo streaming come ambiente psicosociale, e non soltanto come supporto tecnologico del gaming, rappresenta oggi un passaggio necessario per costruire interventi preventivi e clinici più pertinenti.

Bibliografia

- Cabeza-Ramírez, L. J., Muñoz-Fernández, G. A., & Santos-Roldán, L. (2021). *Video game streaming in young people and teenagers: Uptake, user groups, dangers, and opportunities*. *Healthcare*, 9(2), 192.
<https://doi.org/10.3390/healthcare9020192>
- Casu, M., & Belfiore, C. I. (2022). *The “slotstreams” phenomenon on Twitch.tv: Can it lead to online gambling? Preprints*.
<https://doi.org/10.20944/preprints202211.0547.v1>
- Gambling Commission. (2025). *Young people and gambling*.
- Gonçalves, K. C., Soriano, F., Marques-Neto, H. T., & Almeida, J. M. (2025). *Potential exposure of kids to age-inappropriate content on Twitch: A comparative cross-country study*. *Social Network Analysis and Mining*.
<https://doi.org/10.1007/s13278-025-01540-w>
- Istituto Superiore di Sanità. (s.d.). *Gioco d'azzardo e linee guida italiane*.
- Scerbakov, A., Pirker, J., & Kappe, F. (2022). When a pandemic enters the game: The initial and prolonged impact of the COVID-19 pandemic on live-stream broadcasters on Twitch. In *Proceedings of the 55th Hawaii International Conference on System Sciences* (pp.3190–3199).
<https://doi.org/10.24251/HICSS.2022.391>

Stanfill, M. (2024). *Fandom is ugly: Networked harassment in participatory culture*. New York University Press.

Stever, G. S. (2011, August 4–7). *Integrated theory of the parasocial attachment theory: Explaining attraction to media celebrities* [Conference presentation]. American Psychological Association Annual Convention, Washington, DC, United States.

Stever, G. S., Giles, D. C., Cohen, J. D., & Myers, M. E. (2025). *Understanding media psychology* (2nd ed.). Routledge.

World Health Organization Regional Office for Europe. (2024, September 25). *Teens, screens and mental health: New WHO report indicates need for healthier online habits among adolescents*.

Yue, X., & Cui, X. (2026). Binge-watching addiction as an emotion regulation way of coping loneliness. *PLOS ONE*, 21(1), e0329853.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone>.



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**

Sito web www.gambling.it

Presidente ALEA – Emilia Serra email: presidenza.alea@gmail.com



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