

INTRODUZIONE E RIFLESSIONI STRATEGICHE SUL GAMBLING

Maurizio Fea

Psichiatra Responsabile Settore Gambling FeDerSerD

La forza delle proposizioni

La forza delle proposizioni sui rischi del gioco d'azzardo sembra risiedere nella capacità di evocare tanto i danni alla salute che la loro curabilità, oltretutto nella possibilità di prevenire gli stati morbosi prodotti dagli eccessi di gioco attraverso misure di controllo, piuttosto che attraverso la capacità di produrre cambiamenti individuali e sociali mediante misure e processi di responsabilizzazione. La realtà è complessa e non dicotomica, così le tendenze verso l'uno o l'altro modello si mescolano e coesistono. Accanto infatti alla indicazione di curare la malattia da gioco, sta il richiamo ad una maggiore sobrietà nei consumi e nella pubblicità, fino a proposte di misure escludenti ogni forma di gioco d'azzardo. Tuttavia osservando nel merito le proposte che emergono dal dibattito, si nota come la visione che informa la maggior parte delle soluzioni, sia fortemente ancorata al riduzionismo e alla semplificazione, di fenomeni complessi ai quali si pretende di dare risposte puntuali come stabilire la distanza minima ottimale dei luoghi di gioco, dai contesti di aggregazione ed educativi. Naturalmente è vero che il numero delle persone che giocano, è direttamente correlata anche alla densità di occasioni di gioco, almeno fino alla saturazione teorica dei soggetti vulnerabili e alle disponibilità del mercato, tuttavia la soluzione proposta è più ispirata all'idea della fisicità del contatto con relazione causa effetto che non alle variabili del processo decisionale individuale che conducono alle scelte.

La complessità dei fenomeni

C'è stato negli ultimi due anni, il calo complessivo dei consumi così come la riduzione dell'ammontare giocato dagli italiani, per effetto del peggioramento delle condizioni economiche, ma ciò ha prodotto la riduzione degli impulsi patologici al gioco o semplicemente ha ridotto la platea dei soggetti disposti a spendere denaro in beni voluttuari e/o nel gioco d'azzardo?

Ovvero la patologia è sensibile alle variazioni economiche e alle leve fiscali, come si è pensato che potesse essere per esempio nel campo dell'alcol e del tabacco, o queste condizioni influiscono solo sulla composizione dei gruppi di consumatori nel contribuire alla diffusione o riduzione dei consumi. La teoria del consumo totale (*totalconsumption model and the single distributiontheory*) sostiene che la distribuzione dei consumi sia una misura parametrica, cioè, che vi sia un rapporto fisso tra la popolazione media che consuma e la varianza della distribuzione. Questa proprietà impli-

ca che i cambiamenti nella media dei consumi sono causati da cambiamenti nei livelli di consumo lungo l'intero arco dei consumatori. Essa implica anche che l'intera distribuzione dei consumi risulti più bassa in una popolazione con un bassa media, che in una popolazione in cui la media dei consumi è alta. Ciò forse sembra banale, ma nel caso delle sostanze stupefacenti ad esempio, l'opinione popolare contraddice spesso queste idee. L'idea che i consumatori pesanti siano una razza speciale, diversa dai consumatori moderati, ha avuto molti seguaci, e c'è anche chi afferma che i livelli di consumo degli individui tossicodipendenti non sono sensibili ai cambiamenti di circostanze esterne, quali i prezzi, disponibilità o livelli di consumo di altre persone, perché la dipendenza controlla la loro assunzione e non hanno scelta.

Per spiegare un fenomeno complesso come il gioco d'azzardo, del quale uno dei tanti aspetti è la possibile deriva nella patologia, non è sufficiente analizzare e comprendere il cambiamento di una sola variabile come il costo, ancorché importante, ma serve un approccio che tenga conto inevitabilmente della numerosità dei fattori che concorrono allo sviluppo e alla distribuzione nella popolazione di quei comportamenti. Parimenti si può dire del dibattito aperto sul numero dei soggetti che potrebbero necessitare di cure, dibattito parzialmente inquinato da interessi non sempre trasparenti, che tuttavia parte da una questione cruciale di definizione di malattia e di soggetto malato, che riverbera quindi sul numero dei malati e sul costo per il sistema sanitario. Non si tratta solo di una questione connessa ai metodi di rilevazione e ai criteri diagnostici adottati, che hanno il loro peso nel determinare la variabilità dei risultati, ma del modo di approcciare i problemi posti dai comportamenti di salute individuali e collettivi. L'approccio biomedico tende per sua natura a individuare relazioni lineari di causa effetto, ma i comportamenti di salute sfuggono alle interpretazioni riduzioniste.

Curare significa medicalizzare?

Che cosa significa medicalizzare comportamenti come il giocare eccessivo. È compatibile con la necessità di contenimento dei costi sanitari, che effetti produce sui comportamenti delle persone, sull'idea di malattia e sulle relazioni di cura? Gli studi dicono che la maggior parte delle persone che mettono in atto simili comportamenti non si considerano affatto malate, pur riconoscendo spesso l'inadeguatezza dei propri comportamenti rispetto al proprio sentire o alla propria sintonia relazionale e dunque non soltanto in rapporto a norme e standard di accettabilità sociali che potrebbero essere discutibili. Spesso c'è sofferenza e dissintonia, ma basta questo per parlare di malattia? Parliamo del fatto che l'ambiente è sempre più denso di fattori di rischio che siamo noi stessi a produrre e che abbiamo la tendenza inarrestabile a produrne sempre di più e di nuovi. Siamo di fronte ad una inedita crescita di questi fattori, frutto della collusione di interessi di mercato e di stati di fatto che prima di ora erano elementi marginali nella vita delle persone, ma ora ne intrecciano a volte in modo indissolubile i percorsi.

Dunque la prospettiva è quella di una sempre maggiore diffusione di forme di dipendenza da comportamenti che nelle modalità estreme producono sofferenza e probabilmente inducono patologia, ma nelle forme più praticate da ampi strati di popolazione, sono ascrivibili al carattere culturalmente rilevante della propensione ad eccedere, dell'indebolimento della capacità critiche, della brama di successo, della voracità consumatoria di relazioni e affetti. In analogia alla distinzione psicologica del carattere tra *stato* e *tratto*, possiamo dire che sono *stati del carattere sociale*, suscettibili di variazioni nel tempo, in grado di diffondersi tra persone con caratteristiche simili e influenzare comportamenti, generalmente autoregolati e controllati dalle persone stesse, fino a modificarne le finalità. Sono ben noti i substrati neurobiologici che sostengono questi processi che conducono all'addiction e che spiegano come solo alcune persone derivano verso la patologia mentre altri, in condizioni ambientali simili o analoghe, conservano le capacità critiche, le competenze regolative ed il controllo efficace sui propri pensieri e comportamenti. Basta questa evidenza a giustificare la tendenza a medicalizzare le risposte sociali a tali comportamenti? Sono risposte appropriate, colgono la natura del problema, sono concretamente praticabili? La visione medicalizzata di taluni problemi di salute, irrompe in molti contesti che richiederebbero altri approcci, meno semplificati di quelli usati come scorciatoie per risposte a situazioni spesso definite come emergenziali, ma che sono tali, solo per la pigrizia o la cattiva volontà di riflettere e ragionare alla ricerca di interpretazioni che non si limitino alla individuazione del colpevole, per esorcizzarlo ed espellerlo dal circuito dei pensieri socialmente accettabili, applicandogli l'etichetta di malattia e di curabilità. È storia antica questa, vista e praticata da secoli, anche quando essere classificati come malati non assicurava nessun vantaggio, anzi produceva in genere ulteriore sofferenza, ma ora che la scienza medica ha sviluppato inedite capacità di trattare e guarire malattie complesse e gravi e di migliorare la condizione di vita di molte persone, medicalizzare ha perso quell'aura di rischio negativa, che fino ad un paio di secoli fa ne metteva in discussione talora l'autorevolezza e a posteriori, anche la moralità. Non solo essere considerati malati può oggi offrire dei vantaggi, come la cura al posto della punizione, ma colloca nell'orizzonte di senso e di futuro, la prospettiva della guarigione invece della espiazione ed eventuale riparazione.

L'approccio umanitario alle dipendenze deve essere prudentemente calibrato per prevenire problemi di *azzardo morale*: l'adozione di comportamenti rischiosi indotti dalla consapevolezza che i costi potranno essere scaricati, se non del tutto, almeno in parte su soggetti terzi, la società in primo luogo. In questi casi l'adozione di un linguaggio che enfatizza la scelta piuttosto della compulsione, è frutto dell'atteggiamento politico più che delle considerazioni sul libero arbitrio, per cui i sostenitori dell'intervento pubblico tendono a sbilanciarsi sul lato umanitario, mentre chi avverte l'ingerenza dello stato nel normare i comportamenti individuali, è più orientato a individualizzare i costi della dipendenza, ma queste decisioni non sono ovvia-

mente estranee alla idea di malattia che viene socialmente proposta e condivisa.

Policy e strategie di controllo

Il tema del controllo o del cambiamento dei comportamenti individuali e collettivi interessa naturalmente tutte le strategie e le policy di chi ha compiti di governo; in questo contesto ci interessa esaminare le policy che riguardano i comportamenti suscettibili di produrre dipendenza e danno alla salute. Le strategie di *nudge* (spintarelle gentili) mirano a migliorare indirettamente le azioni individuali modificando gli scenari entro cui le persone decidono. La tecnica consiste nel cambiare l'architettura delle scelte, ovvero modificare gli scenari e le informazioni presentate ai decisori, allo scopo di rendere facili e automatiche le scelte "buone" e più improbabili quelle "cattive". L'uso della leva fiscale è un modo tipico per modificare gli scenari decisionali, così come la maggior parte delle forme di pubblicità promuove il prodotto mediante la presentazione di scenari motivazionali e comportamentali che poco hanno a che fare con i prodotti in sé e molto con gli stili di vita proposti o immaginati. In entrambi i casi si lavora sugli scenari decisionali per indurre cambiamenti, suggerire preferenze, motivare le scelte. Nel caso delle tasse la questione fondamentale diventa la vicinanza del prelievo fiscale al comportamento preso di mira. Più vicino è il punto di imposta al comportamento, più è probabile che la tassa abbia un impatto positivo nella riduzione del consumo di quel prodotto che viene tassato, dunque è il consumatore finale che deve essere direttamente interessato dalla imposta.

Gli effetti nocivi connessi con l'alcol e il consumo di cibo derivano principalmente da consumi eccessivi o inappropriati (ad esempio bere episodico pesante) mentre le imposte, ovviamente, colpiscono tutti i consumatori, anche se in gradi diversi. Questo non significa che la tassazione è uno strumento inadeguato, ma piuttosto, che devono essere considerati gli impatti sul benessere di un più ampio gruppo di consumatori oltre ai danni che vengono scoraggiati dalla tassa.

La giustificazione economica più forte per queste politiche, di solito è offerta dalla presenza di esternalità negative del consumo di una data merce, ad esempio i danni da fumo passivo, o la criminalità e la violenza derivante da abuso di alcool. Da rilevare che la natura additiva del consumo di prodotti come il tabacco e l'alcol limita la razionalità delle scelte di consumo, e così succede per i meccanismi psicologici, come lo sconto iperbolico e le preferenze temporali incoerenti, che rendono difficile applicare a questi contesti ciò che la ricerca in economia comportamentale ha messo in luce negli ultimi anni. In assenza di giustificazioni come quelle citate sopra, l'uso di imposte tende ad essere visto come una misura paternalistica, che interferisce indebitamente nelle scelte individuali e nella leale concorrenza del mercato. I governi che utilizzano queste leve fiscali sono a volte accusati di sfruttare i comportamenti non salutari per scopi finanziari (stato biscaggiere ad esempio).

Nel caso del gioco d'azzardo, le regole della fiscalità sono state orientate non a contenere i consumi bensì

ad incentivarli per aumentare il gettito fiscale. Applicare le logiche tecnocratiche descritte, per ridurre i danni e le esternalità negative del gioco d'azzardo, sarebbe una vera e propria inversione di rotta, almeno nel nostro paese. Difficile immaginare che possa accadere, almeno a breve termine, un tale cambiamento delle politiche fiscali, volte a scoraggiare gli eccessi dannosi. In primo luogo, come per le droghe, il mercato dell'azzardo è conteso dalla criminalità organizzata, che potrebbe beneficiare di politiche fiscali deterrenti, ampliando la sua offerta e le sue quote di mercato, ma basterebbe la competizione legale di soggetti intra ed extra Unione Europea a rendere difficile una tale politica. Per quanto riguarda l'espansione del mercato illegale, l'argomento richiede opportuni approfondimenti, a partire ad esempio dagli studi sulle politiche del prezzo dei tabacchi e lo sviluppo del contrabbando in Europa. Il tema è meritevole di molta attenzione, depurandolo dall'enfasi sugli effetti perversi che l'aumento della tassazione avrebbe sullo sviluppo del gioco illegale, posta dalle fonti economiche direttamente interessate, sia concessionari che lo stato.

Responsabilizzare verso sanzionare

Nell'ambito del gioco d'azzardo stanno accadendo cose interessanti come la mobilitazione dei cittadini e di un numero sempre crescente di organizzazioni rappresentative di una pluralità di interessi, che vanno dalla solidarietà e attenzione ai problemi sociali, alla difesa di categorie ritenute vulnerabili, agli interessi professionali, ai timori per le derive culturali indotte dal fenomeno, alla preoccupazione di famiglie toccate dai danni economici causati dal gioco. La mobilitazione ampia che sta scuotendo anche il mondo politico, costituisce un fenomeno davvero nuovo e interessante per il nostro paese, che è utile analizzare anche per esplorare nuovi paradigmi che possano integrare il modello biomedico nell'approcciare queste forme comportamentali potenzialmente additive.

Due aspetti sono particolarmente rilevanti, uno relativo all'uso della fiscalità, l'altro relativo ai processi di responsabilizzazione. Si va diffondendo la tendenza da parte di molte amministrazioni locali, ad incentivare per mezzo di riduzioni della fiscalità generale (Irap sugli esercizi commerciali ad esempio o altre tasse locali) per quegli esercenti che rinunciano o dismettono attività lucrative legate alla presenza nei loro locali, di apparecchi da gioco (Vlt e Awp). Il buon senso suggerisce che può essere utile premiare i comportamenti virtuosi sul fronte dell'offerta, più che punire i comportamenti sul fronte della domanda, come avviene solitamente quando i governi nazionali e locali, intendono usare le leve fiscali per scoraggiare taluni comportamenti di consumo. L'approccio sul fronte della offerta e non solo della domanda, l'intenzione premiante verso quella punitiva, potrebbero essere costruiti di un nuovo paradigma della responsabilità e della autoregolazione dei comportamenti.

Vi sono tuttavia limiti concettuali e operativi nel concetto di scelta individuale responsabile, anche per quanto riguarda gli esercenti ad esempio, limiti che è importante cercare di mettere a fuoco onde evitare parole e frasi che l'uso frequente e rituale, svuotano di

significato facendole assomigliare a dei mantra banali più che a concetti utili a definire cose e contesti.

Intanto è necessario definire il perimetro entro il quale si declina e prende corpo l'autoregolazione dei comportamenti: la partecipazione di tutti gli attori che si muovono all'interno del perimetro è una delle condizioni necessarie affinché si possa parlare di scelte informate. La pluralità degli attori concorre a stabilire le linee del perimetro, per esempio è necessario che siano tutti i soggetti coinvolti nel gioco d'azzardo, a ragionare e operare con il principio della autoregolamentazione (giocatori, erario, concessionari, gestori, rivenditori). Darsi regole che si fondino sull'idea di limite, di confine tra il mio vantaggio e il danno altrui, di riconoscimento dei reciproci interessi, di condivisione delle informazioni necessarie a fare scelte appropriate, di condizioni necessarie e sufficienti a conoscere la natura dei problemi e i contesti decisionali. A quali condizioni si può parlare di libertà e re-sponsabilità nelle scelte e nelle decisioni, cui sia possibile ancorare incentivi, dissuasioni, premi e punizioni che non impongano stili di vita normati da governi e autorità, ma che aiutino la ricerca di stili autoregolati, compatibili con l'esistenza di tutti gli attori che definiscono il perimetro in oggetto.

L'abilità di percepire il mondo senza illusioni, di pensare con chiarezza, di guidare le proprie scelte alla luce dei propri giudizi e di resistere all'impulso di agire d'istinto, si presentano come caratteristiche essenziali per fare buone scelte, ma che sono generalmente carenti o indebolite, proprio in coloro che sono soggetti implicati nelle forme di dipendenza come il gioco d'azzardo. Dunque se proprio i requisiti individuati fanno difetto nei soggetti dipendenti, possiamo ancora parlare di assunzioni di responsabilità per i propri agiti?

Queste argomentazioni suggeriscono un percorso costruttivo di sinergie tra pluralità di soggetti e di riferimenti disciplinari, quale condizione necessaria a tradurre questi concetti ed argomentazioni, in pratiche orientate a potenziare le caratteristiche indicate per la assunzione di responsabilità, nei singoli e nella società.

Non si può infatti pensare che i singoli individui, a maggior ragione se vulnerati in queste competenze dalla loro storia o dai loro geni, possano da soli fare fronte al potere delle illusioni prodotte a getto continuo dai maghi della pubblicità o dagli ideologi del successo, né resistere agli impulsi indotti o potenziati dai venditori di felicità a basso costo, reagire proattivamente ai numerosi sostenitori dell'uso parsimonioso delle capacità critiche. Serve un processo socialmente sostenuto, fatto da azioni educative, pressioni lobbistiche di interessi sani, accordi che sappiano temperare gli interessi economici con la salute, regole che sappiano valorizzare l'autonomia delle scelte e le capacità critiche, per poter parlare di scelte consapevoli e responsabili da parte dei singoli. È necessario estendere alla pluralità dei soggetti interessati alla modulazione responsabile dei comportamenti potenzialmente additivi, l'applicazione dei requisiti individuati e condivisi da parti consistenti del mondo scientifico e umanistico, per la diffusione di pratiche di responsabilità. Senza questo processo di integrazione di interessi e

competenze, l'appello alla responsabilità individuale suona stonato e poco praticabile, soprattutto da coloro che potrebbero trarre i maggiori benefici da tali pratiche.

Dal modello della malattia al modello dell'errore

La malattia si cura, l'errore si corregge, la malattia chiede il medico, l'errore si giova del maestro, la malattia ci capita, l'errore lo commettiamo, prima di essere malati si è sani, prima di commettere errori si sta imparando e si impara anche dagli errori. L'errore ripetuto e non corretto tende a stabilizzarsi come regola e a cristallizzarsi come modello, regola e modello diventano allora di pertinenza dello specialista se sono disfunzionali, ma possono essere anche modificati e corretti dal soggetto se adeguatamente sostenuto e orientato da fonti prossime, affidabili, coerenti, che fanno riferimento a regole condivise socialmente e praticate.

Le scienze della salute fanno spesso riferimento al concetto di errore. Si parla di errori cognitivi quando si valutano o interpretano in modo sbagliato fatti o evidenze, si parla di errori di trascrizione per spiegare alcuni processi che conducono a mutazioni nel patrimonio genetico (anche senza malattia), si parla di errori del sistema immunitario quando si verificano mancati riconoscimenti del self biologico. Non è dunque così strano provare a considerare taluni comportamenti come errori piuttosto che come malattie, i vantaggi sono numerosi.

Vantaggi di ordine epistemico perché risultano più semplici e chiare le connessioni tra responsabilità personale e responsabilità dell'ordine sociale che concorrono a determinati comportamenti di scelta. Difficile chiamarsi fuori dalla possibilità di essere responsabili di errori, e dover rispondere del proprio operato, in relazione a fatti concatenati che non si esauriscono nei singoli ambiti delle prassi aziendali, delle scelte politiche miopi, delle relazioni frammentarie e segmentate tra parti di sistema, che generano regole farraginose, perniciose e spesso inutili. Basta dare uno sguardo al sistema di regole e norme che danno cornice e legittimità al gioco d'azzardo, per rendersi conto di come la catena degli errori abbia prodotto ciò che ora molti definiscono una malattia sociale. Se gli errori sono di tutti, il richiamo alla responsabilità non può valere solo per il giocatore, come tendenzialmente succede ora e con la complicità del modello biomedico, grazie al quale, se il giocatore è malato o potrebbe diventarlo, allora il dispositivo è quello della cura che compete al servizio sanitario e non quello della correzione dell'errore che compete ad una pluralità di soggetti che non è difficile individuare.

Vantaggi di ordine pratico rispetto al rifiuto diffuso e abbastanza generalizzato per ora, che i giocatori patologici e problematici hanno nei confronti dell'idea di essere considerati malati da curare, fatto che tiene lontane molte persone dagli ambiti della cura o ne ritarda comunque l'accesso. Da stigma a stigma potrebbe essere la chiave di lettura di questa condizione, dalla vergogna e mancato riconoscimento del problema, alla

inclusione nell'ordine della malattia. Il modello dell'errore potrebbe ridurre lo stigma e facilitare l'approdo a sistemi di aiuto e autoaiuto dove si possono apprendere e sperimentare sistemi di correzione dell'errore con la guida o meno di maestri, indirizzando alla cura solo coloro che non sembrano essere sensibili alle risposte incentivanti dei premi o dei costi personali.

Vantaggi rispetto alla tendenza a considerare un settore economico totalmente dannoso per la salute dei cittadini. Naturalmente è necessario che l'industria del gioco d'azzardo attivi e metta a disposizione dei giocatori tutti i sistemi operativamente praticabili, di autolimitazione e autoregolazione delle modalità di gioco, che cessi ogni forma di pubblicità ingannevole non solo nelle forme spudorate e menzognere, ma anche in quelle che fanno leva sulla forza degli errori cognitivi che tutte le persone commettono. Che si stabiliscano limiti alla espansione delle opportunità di gioco, negoziabili all'interno di un sistema regolatorio totalmente separato dai vincoli di ordine fiscale. In sostanza si devono realizzare nel miglior modo possibile, tutte quelle condizioni che favoriscono i processi di autoregolazione dei propri comportamenti.

Vantaggi rispetto al paradosso di uno stato costretto a rimediare risorse per la cura di soggetti che lo stesso ha contribuito a fare ammalare. È necessario che le policy siano orientate non da finalità fiscali ma educative e responsabilizzanti nei riguardi delle scelte e del grado di consapevolezza massimo raggiungibile in condizioni di libertà di agire, di coltivare i propri interessi senza danneggiare altri, di regolare la propria vita in funzione del benessere. Inoltre il modello dell'errore potrebbe evitare la tendenza a ricorrere a forme di giustizia retributiva che vedono nella colpa della violazione la ragione della punizione o per contrappasso positivo il perdono e le facilitazioni al fine di redimersi. Soluzione tipicamente italiana, applicata con discutibili risultati su tutto il fronte delle dipendenze da sostanze.

Vantaggi rispetto ai costi, probabilmente, perché risulterebbe più conveniente una architettura di soluzioni che possa attivare risorse sia dall'ambito privato della impresa, sia dai contesti professionali dei soggetti potenzialmente interessati dalle problematiche, sia dai soggetti direttamente coinvolti (individui e famiglie). Per l'impresa si tratta di risorse economiche da dedicare in modo specifico, senza dover ricorrere a tutte quelle sponsorizzazioni culturali o sportive per legittimare la propria immagine. Per le professioni si tratta di risorse e competenze disciplinari messe in opera in contesti innovativi, differenziati ma coordinati che vanno dalla assistenza legale al supporto consulenziale e terapeutico alle interfacce con il mutuo aiuto che può essere reso più efficace e diffuso se opportunamente supportato dalla rete di competenze. Per i giocatori e le famiglie risulterebbe più facile interagire con un sistema di gestione diffuso ad accesso libero, differenziato da quello sanitario con capacità di acquisire risorse per competenza. Anche la leva fiscale potrebbe trovare migliore appli-

cazione, avendo spazio di azione sia sul fronte della domanda che della offerta, per regolarle entrambe con la logica dei vantaggi acquisibili per i comportamenti responsabili, che delle penalizzazioni forti per tutte le illegalità e irregolarità.

Conclusioni

Sorgono evidentemente molte domande e legittimi interrogativi su come potrebbero cambiare le cose, con questo modello interpretativo dell'errore. Scompare la malattia? Tutto diventa errore che può essere corretto? Gli eccessi che ora vengono classificati nell'ordine della patologia rimangono dei residui più o meno marginali dei quali si occupano i professionisti delle cure? Chi sono questi professionisti e quali funzioni svolgono nelle interazioni sociali tra più soggetti titolari di responsabilità differenziate? È ancora applicabile il concetto di prevenzione? Nell'ambito clinico quali teorie sono funzionali e utili? Diminuirebbero davvero i costi per il sistema sanitario? A quali condizioni potrebbe funzionare questo modello?

Proviamo ad ipotizzare qualche risposta, cominciando a considerare che i cambi di paradigma non rispondono alla legge del tutto o nulla, ma si instaurano con una certa progressività che dà anche il tempo di fare adattamenti e correzioni, verificando innanzitutto se il nuovo paradigma funziona meglio, è in grado di spiegare più cose, soddisfa i bisogni per cui nasce. Potrebbero esserci ad esempio, dei cambiamenti nel modo di pensare il ruolo della clinica nell'approccio a questi comportamenti, non più collocati lungo il continuum salute malattia ma errori che si configurano in progressione fino a cristallizzarsi in modelli di azione, sui quali intervenire in diverse e numerose fasi del processo. Identificare i fattori di vulnerabilità correggibili non solo dalla clinica ma dai soggetti che ne portano responsabilità per averli ignorati o sfruttati a proprio vantaggio fino a che è stato possibile, assumendo un ruolo politico attivo nell'indicare con forza le azioni correttive possibili sulle condizioni di vulnerabilità. Declinare diversamente le proprie competenze nel campo della disseminazione informativa e formativa, privilegiando approcci e visioni meno patologizzanti e deterministiche, quantunque richiesti ed apprezzati proprio per il bisogno sociale di medicalizzare i comportamenti che appaiono dannosi agli equilibri di salute individuali e collettivi. Questi cambiamenti potrebbero contribuire a nuove definizioni di campi di azione specifici per la clinica, anche per effetto dei mutamenti epistemici connessi alla trasformazione del paradigma nel pensiero degli altri soggetti interessati che cambierebbero probabilmente la domanda clinica. Non ci sono dunque risposte precise alle domande postulate, ma ipotesi di interazioni che potrebbero servire alla ridefinizione dei campi e delle modalità di azione dei diversi soggetti coinvolti, concorrendo quindi alla formulazione e applicazione del paradigma, consentendo la verifica della sua efficacia.

Bibliografia

- Bakal D.A. (1984), *Psychology and medicine. Psychobiological dimensions of health and illness*, Springer Publishing Company Inc., New York (trad. it. *Dimensioni psicobiologiche della salute e della malattia*, Armando, Roma, 1984)
- Crossen, S. (2005), "Theory and Practice of Excise Taxation: Smoking, Drinking, Gambling, Polluting, and Driving", Oxford: Oxford University Press.
- Engel G. L. (1977), *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*, in "Science", 196, pp. 129-136.
- Fisher J.M., Ravizza M., (1998) *Responsibility and control: A theory of moral responsibility*. Cambridge University Press
- Joossens, L. and M. Raw (1998), "Cigarette smuggling in Europe: who really benefits?", *Tobacco Control*, No. 7, pp. 66-71.
- Guala F., (2013) *Responsabilità e scelta secondo le scienze sociali; in Quanto siamo responsabili? a cura di De Caro M., Lavazza A., Sartori G., Codice Edizioni Torino*
- Hodgins DC, Toneatto T, Cunningham JA Suurvali H (2012) *Motivators for seeking gambling-related treatment among ontario problem gamblers.. J GamblStud. 2012 Jun; 28(2):273-96.*
- Lund.I., (2013) *The Population Mean and the Proportion of Frequent Gamblers: Is the Theory of Total Consumption Valid for Gambling? J Gambl Stud (2008) 24:247-256 DOI 10.1007/s10899-007-9081-5*
- Meier, P.S., R. Purshouse and A. Brennan (2010) "Policy options for alcohol price regulation: the importance of modeling population heterogeneity", *Addiction*, No. 105(3), pp. 383-393.
- Mucchi Faina A. (1996), *L'influenza sociale*, Il Mulino, Bologna, pp. 11, 134.
- Purshouse RC, et al. (2010), "Estimated effect of alcohol pricing policies on health and health economic outcomes in England: an epidemiological model", *Lancet*; No. 375(9723), pp. 1355-1364.
- Raylu N, Oei TP, Loo J. (2008) *The current status and future direction of self-help treatments for problem gamblers. ClinPsychol Rev. 2008 Dec; 28(8):1372-85.*
- Rose, G., & Day, S. (1990). *The population mean predicts the number of deviant individuals. British Medical Journal*, 301, 1031-1034.
- Sassi, F., A. Belloni and C. Capobianco (2013), "The Role of Fiscal Policies in Health Promotion", *OECD Health Working Papers*, No. 66, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5k3twr94kvzx-en>
- Sassi, F., Cecchini, M., Lauer, J., Chisholm, D. (2009), "Improving lifestyles, tackling obesity: the health and economic impact of prevention strategies", *OECD Health Working Papers*, No. 48, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/220087432153>.
- Shaffer, H.J. *Internet Gambling & Addiction Harvard Medical School, Division on Addictions; January 16, 2004*
- Strawson G., (1962) *Freedom and Resentment trad. ItLibertà e Risentimento a cura di De Caro in La logica della libertà.. Meltemi Roma 2002*
- Stroebe W., Stroebe M.S. (1997), *Social Psychology and Health,, University Press, Buckingham (trad. it.*

Psicologia sociale e della salute, McGraw-Hill, Milano, 1997).

Suurvali, H., Cordingley, J., Hodgins, D. C., & Cunningham, J. (2009). Barriers to seeking help for gambling problems: A review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 25(3), 407-24.

Suurvali, H., Hodgins, D.C. & Cunningham, J.A. (2010). Motivators for resolving or seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 26(1), 1-33.

Suurvali H, Hodgins DC, Toneatto T, Cunningham JA (2012) Hesitation to Seek Gambling-related Treatment Among Ontario Problem Gamblers. *J AddictMed*. 2012 Mar;6(1):39-49

Wagenaar A.C., M.J. Salois and K.A. Komro (2009), "Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies", *Addiction*, No. 104(2), pp. 179-190.