

Sindrome del burn-out: valutazione del rischio e prevenzione in un'èquipe di infermieri e personale ausiliario operanti in Cure Palliative

Luigi Lombardo ¹ - Carlo Lai ² - Ivana Barba ³ - Massimiliano Luciani ⁴ - Emanuela Morelli ⁵ - Liuva Capezzani ⁶ - Italo Penco ⁷

¹ Medico, psicoterapeuta, Servizio di Psico-Oncologia Hospice Sacro Cuore, Roma

² Ricercatore non confermato in Psicologia Clinica, Dip. Psicologia Dinamica e Clinica Univ. "La Sapienza", Roma

³ Psicologa, psicoterapeuta, Servizio Risorse Umane, Hospice Sacro Cuore, Roma

⁴ Psicologo clinico, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma

⁵ Psicologa, Hospice Sacro Cuore, Roma

⁶ Psicologa, psicoterapeuta, UOSD di Psichiatria, Istituto Regina Elena IFO, Roma

⁷ Direttore Sanitario, Hospice Sacro Cuore, Roma

Summary

Burn-out syndrome: risk evaluation and prevention in nurses and support staff working in Palliative Care

The burnout syndrome is a form of response to a chronic work-related distress. It affects people working in the so-called "helping professions", in healthcare, and features a "multidimensional" etiopathogenesis. Its onset is characterised by the appearance of three psychological components, namely, emotional exhaustion, depersonalization and a reduced sense of personal accomplishment, associated with a constellation of psychosomatic and behavioural symptoms. The paper describes a screening project aimed at assessing the risk of burnout in a group of nurses and auxiliary staff working in a palliative care ward, examining the links with the personality trait of alexithymia and identifying any possible prevention criteria. The project employs the Maslach Burnout Inventory and Toronto Alexithymia Scale. Out of 83 group members, 79 (95%) participated in the study project, which revealed low levels of burnout – compared to the average Italian Normative Sample – and low levels of alexithymia as well. The risk of burnout appeared highest among the group members who were of Italian nationality, single, structured workers and dedicated to palliative care alone, among nurses and staff members with a medium-to-low self-assessment of their professional skills. There were no significant gender-based differences. The complex picture of the syndrome, therefore, involves cognitive and behavioural, emotional and subjective value-based aspects, as well as aspects relating to the work organization and environment, with respect to which the unanimously shared criteria for effective risk monitoring and prevention are provided.

Riassunto

La sindrome del burn-out è una forma di risposta ad un distress cronico correlato all'attività lavorativa. Colpisce quanti operano nelle "helping professions" dell'area sanitaria e riconosce un'eziopatogenesi "multidimensionale". Si presenta attraverso tre componenti psicologiche rappresentate da: esaurimento emotivo, depersonalizzazione e mancata realizzazione personale associate ad una costellazione di sintomi psico-somatici e comportamentali. Scopo del lavoro è quello di descrivere un intervento di screening per valutare il rischio di burn-out in un'èquipe di infermieri e personale ausiliario operanti in cure palliative, valutarne la correlazione con il costrutto dell'alestitimia ed individuare criteri di prevenzione. Gli strumenti utilizzati sono stati il Maslach Burnout Inventory e la Toronto Alexithymia Scale. Degli 83 membri dell'èquipe, 79 (95%) hanno partecipato allo studio. Questo ha evidenziato bassi livelli di burn-out, rispetto ai valori medi del Campione Normativo Italiano e bassi livelli di alestitimia. Maggiore prevalenza del rischio è stata evidenziata nei soggetti di nazionalità italiana, nei single, nei lavoratori strutturati e dedicati alle sole cure palliative, negli infermieri, nei soggetti con autovalutazione della capacità professionale non elevata. Non sono emerse differenze significative rispetto al genere. Il complesso quadro della sindrome coinvolge, dunque, aspetti cognitivo-comportamentali, emozionali e valoriali soggettivi, ma anche aspetti relativi all'organizzazione e all'ambiente di lavoro riguardo ai quali vengono descritti i criteri unanimemente condivisi per un efficace monitoraggio e prevenzione del rischio.

Keywords: *burnout syndrome, palliative care, nurse.*

Parole chiave: *sindrome del burn-out, cure palliative, infermieri.*

Introduzione

La “sindrome del burn-out”, traducibile in italiano con il termine “sindrome dell’operatore bruciato” (Palmonari, 1990), può essere definita come la conseguenza di una particolare forma di risposta ad un “distress” cronico correlato all’attività ed all’ambiente di lavoro, che si manifesta attraverso tre componenti psicologiche, essenziali alla diagnosi, rappresentate da “esaurimento emotivo”, “depersonalizzazione” e “mancata realizzazione personale” (Biondi 1995; Rossati, 1999; Steinhilber, 2001; Bellani, 2002; Schraub, 2004; Petrova, 2005; Della Valle, 2006; Fenga, 2007). Il termine burn-out, coniato per la prima volta negli Stati Uniti negli anni '70 (Freudenberger, 1974), è stato definito dagli autori che l’hanno studiato come “uno stato di fatica o di frustrazione” (Freudenberger, 1980), come “la perdita di interesse per il lavoro associata alla tendenza a trattare i pazienti in modo distaccato e meccanico” (Maslach, 1976) o anche come “una condizione in cui, dopo anni di impegno, gli operatori si bruciano, manifestando un atteggiamento di irrequietezza o di indifferenza fino al cinismo” (Maslach 1977), o come un processo “transazionale”, in più stadi, in grado di evolvere dalla fase dello “stress lavorativo”, a quella dell’“esaurimento dell’operatore” fino al “disimpegno psicologico” (Cherniss, 1983). Altri contributi hanno focalizzato l’attenzione sulla “perdita progressiva di idealismo e di interessi professionali che si verifica come conseguenza di pressioni emozionali costanti e ripetute” (Edelwich, 1980) e sull’“esaurimento fisico, sui sentimenti di impotenza, sullo svuotamento emotivo, lo sviluppo di un con-

cetto negativo di sé, degli altri e del lavoro, associato ad un senso di fallimento” (Pines, 1981). Più recenti contributi italiani hanno individuato, come aspetti essenziali della sindrome, “la sensazione soggettiva di non farcela più, il malumore e l’irritazione quotidiana, la prostrazione e lo svuotamento, il senso di delusione e di impotenza di molti lavoratori, ed in particolare di quelli che operano nei servizi socio-sanitari” (Del Rio, 1993), i quali vanno incontro, in maniera subdola, a comportamenti caratterizzati da insoddisfazione, irritabilità e tensione verso i destinatari del proprio aiuto o a comportamenti di “fuga” con un esaurimento “a tutto campo” anche in assenza, almeno inizialmente, di una sintomatologia psicosomatica (Ronco, 1993).

La sindrome del burn-out è stata inserita dall’Organizzazione Mondiale della Sanità nella Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10) (WHO 1994) nella sezione riguardante i “Fattori che influenzano lo stato di salute ed il contatto con i servizi sanitari” e nella categoria “Problems related to life-management difficulty” e definita come uno “state of vital exhaustion”.

Dal punto di vista epidemiologico, il burn-out colpisce quanti operano nelle “helping professions” dell’area socio-sanitaria (Zoccali, 1999; Steinhilber, 2001; Bellani, 2002; Barbier, 2004; Della Valle, 2006), ed in particolare in oncologia (Schraub, 2004; Bressi, 2008), in terapia intensiva, nei reparti grandi ustionati, nelle unità coronariche, nei servizi psichiatrici (Freddi, 2003), nei reparti di malattie infettive ed in cure palliative (Sheran, 2006; Dunwoodie, 2007). Per quanto riguarda l’eziologia, è unanimemente riconosciuta la “multidimensionalità” della sindrome; essa è determinata dal concorso di più cate-

gorie di fattori, quali: “variabili individuali” (età, sesso, stato civile, qualifica professionale, anzianità/esperienza lavorativa, fattori di personalità, Locus of Control, stili di coping); “variabili legate all’organizzazione” (fattori intrinseci al lavoro, fattori correlati alla struttura organizzativa, alla prospettiva di carriera, al ruolo istituzionale e di tipo interpersonale); “variabili legate allo stress addizionale” cui sono soggette alcune categorie di operatori ad alto rischio di stress correlato alla peculiare natura delle affezioni di cui devono occuparsi (Pellegrino, 2000; Weber, 2000; Bellani, 2002; Bernardi, 2005; Sherman, 2006). La sintomatologia del burn-out è variegata, ed i sintomi possono essere suddivisi in tre categorie: “sintomi somatici”, sotto forma di esaurimento fisico, disturbi cardiovascolari, gastrointestinali, cefalee, dolori alla schiena, disturbi del sonno, dolore cronico; “sintomi psichici”, quali fragilità emotiva, ansia, depressione, cinismo, disattenzione; “sintomi comportamentali”, come irritabilità e rabbia, problemi coniugali e relazionali, comportamenti rigidi o impulsivi, tendenza all’isolamento, maggiore assunzione di alcool e farmaci (Bellani, 2002; Bauer, 2003; Iacovides, 2003). Si deve a Cherniss (1982) il tentativo più importante di descrivere in modo sistematico e dettagliato la costellazione dei sintomi tipici del burn-out seguendo l’ordine cronologico dell’insorgenza, procedendo da quelli più lievi e precoci a quelli più gravi e definitivi. Scopo del lavoro è quello di illustrare le modalità di un intervento di screening all’interno di un’istituzione deputata a fornire un servizio di cure palliative, al fine di individuare eventuali criticità relative al rischio burn-out negli operatori e valutare la possibile correlazione fra questa sindrome ed il costrutto dell’a-

lessitimia, con l’obiettivo di creare un sistema di monitoraggio e di individuare adeguate strategie di prevenzione.

Materiali e metodi

I due strumenti di assessment utilizzati nello studio sono i seguenti:

- A) Maslach Burn-out Inventory (MBI): il questionario, realizzato da Maslach e Jackson (1982; 1986) ed adattato in Italia da Sirigatti e Stefanile (1993), è composto da 22 item che misurano tre dimensioni indipendenti della sindrome del burn-out: esaurimento emotivo (EE), depersonalizzazione (DP), realizzazione personale (PA). La sottoscala EE esamina la sensazione di essere inaridito emotivamente ed esaurito dal proprio lavoro; la sottoscala DP misura una risposta fredda ed impersonale nei confronti degli utenti del proprio servizio; la sottoscala PA valuta la sensazione relativa alla propria competenza ed al proprio desiderio di successo nel lavoro con gli altri. I punteggi elevati in quest’ultima scala, a differenza delle precedenti, sono indicativi di una maggiore realizzazione personale e, conseguentemente, di un minore livello di burn-out (Zoccali 1999).
- B) Toronto Alexithymia Scale (TAS 20): elaborata nella forma a 20 item da Bagby, Taylor e Parker (1994a; 1994b) e tradotta e validata in Italia dal gruppo di ricerca di Bressi (1996), è un questionario di autovalutazione basato su una scala Likert a 5 punti, dove ogni valore corrisponde ad una specifica dicitura (1 = Non sono per niente d’accordo; 2 = Non sono molto d’accordo; 3 =

Non sono né d'accordo né in disaccordo; 4 = Sono d'accordo in parte; 5 = Sono completamente d'accordo). Nella valutazione dei dati, oltre a informazioni relative alla somma totale dei singoli punteggi di ogni item, è possibile calcolare i punteggi che si richiamano agli item delle tre dimensioni che definiscono il costrutto dell'alesitimia: difficoltà nell'identificare i sentimenti (F1); difficoltà nel comunicare i sentimenti agli altri (F2); pensiero orientato all'esterno (pensiero operatorio) (F3) (Caretti, 2005).

Lo studio è stato condotto presso l'Hospice Sacro Cuore di Roma, struttura operante dal 1998 nell'assistenza a malati oncologici ed affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), in fase terminale, ed ai loro familiari. La struttura dispone di 33 posti letto e gestisce un servizio di assistenza domiciliare per 120 pazienti. Lo screening è stato esteso all'intera èquipe di infermieri (N = 63) e personale ausiliario (N = 20) costituita da un totale di 83 operatori. Di questi, 79 (95%) hanno accettato di partecipare allo studio. Naturalmente il presente studio non ha previsto un processo di randomizzazione dei soggetti in quanto le variabili indipendenti considerate non sono manipolabili direttamente dallo sperimentatore ma sono caratteristiche dei soggetti stessi.

L'ipotesi testata è stata quella di valutare la prevalenza del fenomeno del burn-out all'interno di un gruppo di professionisti della salute operanti in cure palliative considerando quelle variabili che in letteratura sono maggiormente correlate alla sindrome. Per la rilevazione dei dati è stato effettuato un colloquio individuale strutturato durante il quale, dopo una raccolta dei dati generali riguardanti ciascun operato-

re, sono stati somministrati, da due psicoterapeuti operanti nella struttura, i due strumenti sopra descritti.

Le analisi statistiche sono state svolte con il programma Statistica (STATSOFT ver. 6.0). Sono state svolte le seguenti analisi: ANOVA per i confronti tra i gruppi e relativi post-hoc nei casi in cui la variabile indipendente aveva più di due livelli ed r di Pearson per valutare la correlazione tra i livelli di burn-out e i livelli di alesitimia considerando le relative sottoscale.

Risultati

La Tabella 1 mostra che il campione utilizzato nel presente studio è di 79 operatori (19 maschi VS 60 femmine). L'età media complessiva è di 42 anni. È fortemente rappresentata la compo-

Tabella 1 - **Descrizione anagrafica del campione (n:79)**

	Campione totale		
	Numero	Età	Italiani/stranieri
Maschi	19	40,5 ± 9,10	15/19
Femmine	60	42,8 ± 9,00	29/60
Totale	79	42,2 ± 9,04	44/79

nente di nazionalità straniera (56%).

La Tabella 2 mostra una prevalenza di operatori con un basso e medio livello di burn-out rispetto all'Esaurimento Emotivo (90%), con un basso e medio livello di burn-out rispetto alla Depersonalizzazione (87%) e con un basso e medio livello di burn-out rispetto alla Realizzazione Personale (95%).

La Tabella 3 evidenzia una prevalenza di operatori con alesitimia negativa o indeterminata pari al 94%.

Tabella 2 - **Distribuzione del campione (n:79) sui livelli (basso, medio, elevato) relativi al burn-out in riferimento a ciascuna sella tre subscale del MBI (Esaurimento Emotivo -EE-; Depersonalizzazione -DP-; Realizzazione Personale -PA-)**

Intensità del Burn-out	Maslach Burn-out Inventory		
	Esaurimento Emotivo	Depersonalizzazione	Realizzazione Personale
Elevato	8 (10%)	10 (13%)	4 (5%)
Medio	14 (18%)	16 (20%)	12 (15%)
Basso	57 (72%)	53 (67%)	63 (80%)

Tabella 3 - **Distribuzione del campione (n:79) sui tre livelli di Alessitimia (Negativa, Indeterminata, Positiva)**

TAS 20 (Toronto Alexithymia Scale)	
Alex. Positiva	5
Alex. Indeterminata	14
Alex. Negativa	60

La Tabella 4 mostra come i valori di burn-out del nostro campione sono significativamente più bassi dei valori medi normativi (n=748) riportati da Sirigatti e Stefa-

nile (1993) (EE $11,6 \pm 7,9$ VS $20,18 \pm 11,29$ – $p < .0001$; DP $3,2 \pm 4,1$ VS $7,03 \pm 5,9$ – $p < .0001$; PA $40,6 \pm 6,5$ VS $32,52 \pm 8,66$ – $p < .0001$). Inoltre la Tabella 4 mostra valori in parte sovrapponibili al campione utilizzato nello studio di Varani et al (2007) (EE $11,6 \pm 7,9$ VS $15,76 \pm 10,27$ – $p < .01$; DP $3,2 \pm 4,1$ VS $3,49 \pm 3,95$ – $p < NS$; PA $40,6 \pm 6,5$ VS $39,38 \pm 7,02$ – $p = NS$). La Tabella 5 non mostra differenze rispetto al genere. Inoltre gli operatori di nazionalità straniera presentano un più elevato livello di Realizzazione Personale rispetto ai colleghi italiani ($39,3 \pm 7,2$ vs $42,2 \pm 5,2$ – $p < .05$).

Tabella 4 - **Confronto tra il Campione del presente studio (A) i dati normativi riportati da Sirigatti e Stefanile (1993) (B) e i dati del campione di Varani et al (2007) (C) sui livelli di Burn-out (DP; EE; RA) e Alessitimia (Alessitimia Totale, F1, F2, F3)**

	A Campione del presente studio N=79	B Campione normativo italiano Sirigatti et al (1993) N=748	C Campione dello studio di Varani et al (2007) N=115	Confronti
<i>Esaurimento emotivo</i>	$11,6 \pm 7,9$	$20,18 \pm 11,29$	$15,76 \pm 10,27$	A vs B*** A vs C**
<i>Depersonalizzazione</i>	$3,2 \pm 4,1$	$7,03 \pm 15,9$	$3,49 \pm 3,95$	A vs B***
<i>Realizzazione personale</i>	$40,6 \pm 6,5$	$32,52 \pm 8,66$	$39,38 \pm 7,02$	A vs B***
<i>TAS Totale</i>	$41,4 \pm 11,3$			
<i>TAS 1</i>	$13,6 \pm 6,2$			
<i>TAS 2</i>	$11,9 \pm 4,4$			
<i>TAS 3</i>	$15,8 \pm 4,2$			

Tabella 5 - **Confronti per Genere (femmine vs maschi) e Nazionalità (Italiani vs Stranieri) sui livelli di Burn-out (DP; EE; RA) e Alessitimia (Alessitimia Totale, F1, F2, F3)**

	A Genere: Femmine N=60	B Genere: Maschi N=19	P	A Nazionalità: Italiani N=44	B Nazionalità: Stranieri N=35	P
<i>Esaurimento Emotivo</i>	12,2±8,2	9,7±6,4	Ns	12,7±9,0	10,2±6,0	Ns
<i>Depersonalizzazione</i>	3,3±4,4	2,7±3,1	Ns	3,6±4,7	3,6±3,3	Ns
<i>Realizzazione personale</i>	40,1±6,4	42,2±7,0	Ns	39,3±7,2	42,2±5,2	*
<i>TAS Totale</i>	42,7±11,9	37,2±7,8	Ns	41,3±11,8	41,5±10,9	Ns
<i>TAS 1</i>	14,2±6,6	11,6±4,3	Ns	14,1±6,5	13,0±5,9	Ns
<i>TAS 2</i>	12,4±4,6	10,5±3,4	Ns	12,1±4,4	11,7±4,5	Ns
<i>TAS 3</i>	16,3±4,5	15,2±3,0	Ns	15,1±4,4	16,8±3,6	Ns

La Tabella 6 mostra sia per l'MBI sia per la TAS-20 dei livelli più disfunzionali in coloro che presentano uno stato civile da single rispetto a quelli che hanno una relazione di coppia stabile nonostante tale dato vada preso con estrema cautela considerata l'assenza di significatività dei confronti svolti. Non sono presenti differenze significative tra coloro che hanno dei figli e coloro

che non ne hanno anche se i valori di alessitimia sono leggermente più elevati negli operatori che non hanno figli. Inoltre Gli Infermieri rispetto agli Ausiliari presentano un più alto livello di Realizzazione Personale ($41,4 \pm 6,1$ vs $38,0 \pm 7,3$ - $p < .05$).

La Tabella 7 mostra che i dipendenti strutturati sembrano lievemente, e in modo comunque non significativo, più

Tabella 6 - **Confronti per Stato Civile (sposati vs single) e presenza Figli (No vs Si) e Qualifica Professionale (Infermieri vs Ausiliari) sui livelli di Burn-out (DP; EE; RA) e Alessitimia (Alessitimia Totale, F1, F2, F3)**

	A Stato civile: Sposati N = 43	B Stato civile: Single N = 36	P	A Figli Si N = 24	B Figli No N = 55	P	A Qualifica prof.: Infermieri N = 59	B Qualifica prof.: Ausiliari N = 20	P
<i>EE</i>	10,7±6,3	12,7±9,3	Ns	11,7±7,2	11,6±4,2	Ns	11,1±7,5	13,2±8,8	Ns
<i>DP</i>	2,6±3,3	3,9±4,9	Ns	3,0±3,5	3,3±4,4	Ns	2,9±3,6	3,9±5,4	Ns
<i>PA</i>	41,2±6,7	39,8±6,3	^	40,4±5,9	40,7±6,2	Ns	41,4±6,1	38,0±7,3	*
<i>TAS Tot.</i>	39,4±10,8	43,8±11,5	Ns	43,2±11,7	40,6±11,2	Ns	40,2±10,4	44,8±13,3	Ns
<i>TAS 1</i>	12,4±5,4	15,0±6,8	^	13,7±6,8	13,5±6,0	Ns	13,1±6,0	15,0±6,7	Ns
<i>TAS 2</i>	11,1±4,3	12,9±4,4	Ns	12,5±4,1	11,7±4,6	Ns	11,3±3,7	13,9±5,7	*
<i>TAS 3</i>	15,8±4,1	15,9±4,3	Ns	16,9±4,0	15,4±4,2	Ns	15,9±3,9	15,8±5,0	Ns

Tabella 7 - **Confronti per Posizione Lavorativa (Dipendente strutturato vs Dipendente non strutturato) sui livelli di burn-out (DP; EE; RA) e Alessitimia (Alessitimia Totale, F1, F2, F3)**

	A Dipendente strutturato N = 50	B Dipendente non strutturato N = 29	P
<i>Esaurimento Emotivo</i>	12,6±8,6	10,0±6,1	Ns
<i>Depersonalizzazione</i>	3,7±4,6	2,2±2,8	Ns
<i>Realizzazione personale</i>	39,7±7,1	42,0±5,1	Ns
<i>TAS Totale</i>	43,2±11,2	38,3±11,0	^
<i>TAS 1</i>	14,5±6,4	12,1±5,9	Ns
<i>TAS 2</i>	12,9±4,5	10,2±3,7	**
<i>TAS 3</i>	15,8±4,2	16,0±4,2	Ns

a rischio di burn-out rispetto ai dipendenti non strutturati. Inoltre i dipendenti strutturati mostrano più alti livelli di alessitimia ($43,2 \pm 11,2$ VS $38,3 \pm 11,0$; $P=.06$) e maggiore difficoltà a descrivere i sentimenti ($TAS2$ $12,9 \pm 4,5$ VS $10,2 \pm 3,7$; $P<.01$).

La Tabella 8 evidenzia una chiara relazione tra l'autovalutazione del proprio lavoro ed il livelli di burn-out e alessiti-

mia. Coloro che danno una autovalutazione ottima del proprio lavoro presentano una minore esposizione sia al burn-out che all'alessitimia.

La Tabella 9 evidenzia una forte correlazione positiva tra i livelli di esaurimento emotivo e i livelli di alessitimia ($r = .39$; $P < .001$); la difficoltà ad identificare ($r = .37$; $P < .001$) e a descrivere ($r = .30$; $P < .001$) i sentimenti. La realiz-

Tabella 8 - **Confronti per Autovalutazione della competenza professionale (Sufficiente vs Buono vs Ottimo) sui livelli di burn-out (DP; EE; RA) e Alessitimia (Alessitimia Totale, F1, F2, F3)**

AUTOVALUTAZIONE COMPETENZA PROFESSIONALE

	A Sufficiente N=16	B Buono N=48	C Ottimo N=15	P
<i>Esaurimento Emotivo</i>	11,5±8,2	12,9±8,1	7,7±5,4	Buono>Ottimo *
<i>Depersonalizzazione</i>	4,4±6,1	3,1±3,6	2,3±3,0	Ns
<i>Realizzazione personale</i>	38,2±7,3	40,6±6,2	43,1±6,2	Ottimo > Sufficiente*
<i>TAS Totale</i>	42,5±12,1	42,9±11,6	35,3±7,4	Buono>Ottimo *
<i>TAS 1</i>	13,2±7,0	14,5±6,5	11,0±3,4	Buono>Ottimo ^
<i>TAS 2</i>	12,7±4,5	12,1±4,7	10,8±3,1	Ns
<i>TAS 3</i>	16,5±4,0	16,4±4,0	13,5±4,1	Ottimo < Buono* Ottimo < Sufficiente*

Tabella 9 - **Correlazioni (N: 79) tra i livelli di Burn-out (DP; EE; RA) e i livelli di Alessitimia (Alessitimia Totale - TAS 20 -, F1, F2, F3)**

	TAS20	F1	F2	F3
<i>Esaurimento Emotivo</i>	.39	***	.37	**
	.30	**	.19	NS
<i>Depersonalizzazione</i>	.13	NS	.14	NS
	.08	NS	.06	NS
<i>Realizzazione personale</i>	-.27	*	-.17	NS
	-.37	**	-.09	NS

zazione personale è inversamente correlata con i livelli di alessitimia ($r = -.27$; $P < .05$) e con la difficoltà di descrivere i sentimenti ($r = -.37$; $P < .01$).

Discussione

I dati del presente studio evidenziano un basso livello di burn-out e di alessitimia nel campione di ausiliari ed infermieri considerato. Tale fenomeno è evidenziato dal confronto con studi internazionali svolti su professionisti della salute, che denotano un rischio maggiore a carico di campioni di medici (Grunfeld, 2000), di campioni di infermieri (Zhu, 2006; de Carvalho, 2005; Petrova, 2005) o di campioni misti di medici ed infermieri (Grau, 2005). Tale differenza è evidenziata anche dal confronto con altri studi italiani (Varani 2007; Bressi 2008; Quattrin, 2006). Tale fenomeno è dimostrato dal fatto che il campione qui analizzato, presenta valori di burn-out significativamente più bassi del campione normativo italiano (Sirigatti, 1993) e valori di esaurimento emotivo più bassi rispetto al campione analogo studiato da Varani et al (2007).

Nel nostro campione appaiono più a rischio di burn-out gli operatori di nazionalità italiana, i single (Alacacioglu, 2008), gli infermieri, i dipendenti strutturati e coloro che valutano la propria capacità professionale come sufficiente o buona, ma non ottima.

I dati relativi ai livelli di alessitimia sono molto simili a quelli relativi al burn-out. Specificatamente, l'esaurimento emotivo (EE) e la realizzazione personale (PA) sono le subscale del MBI più chiaramente legate al costrutto di alessitimia ed in particolare a due delle sue tre sottoscale (capacità di identificare e di descrivere i sentimenti).

La depersonalizzazione è la sottoscala del burn-out meno correlata alle scale di alessitimia. Il livello di pensiero orientato verso l'esterno (pensiero operatorio) non correla con nessuna sottoscala del burn-out.

Il rapporto tra i livelli di alessitimia e di burn-out suggeriscono di incrementare la ricerca al fine di individuare precise relazioni, dove possibile di tipo predittivo, tra le caratteristiche di personalità degli operatori (Ben-Zur, 2007) e il rischio di burn-out.

I risultati del nostro studio, in linea con molti recenti lavori nazionali ed internazionali (Trufelli, 2008; Dunwoodie, 2007; Girgis, 2009), indicano una notevole variabilità dei livelli di burn-out negli staff di operatori sanitari considerati. Ciò suggerisce di pianificare studi che tengano in considerazione, sia variabili esterne all'individuo legate al contesto di lavoro (turnazione, possibilità di avanzamento di carriera, possibilità di confronto delle dinamiche emozionali all'interno o all'esterno dello staff) sia variabili interne all'individuo (forza dell'io, capacità di gestione delle relazioni, capacità empatica, alessitimia etc.). Sembra, infatti, che il rischio di

burn-out sia dovuto ad una interazione di queste variabili, come, peraltro, osservato nel nostro campione, dove sia le variabili socio-anagrafiche che quelle psicologiche sembrano incidere sul rischio di burn-out.

Infine è interessante osservare come il rischio di burn-out sia più basso in coloro che hanno una ottima valutazione della propria professionalità e lavorano anche in altri contesti, diversi da quello delle cure palliative.

Questo dato suggerisce come il quadro del burn-out sia probabilmente in relazione a fattori cognitivi (soggettivi) oltre che oggettivi e che non sia soltanto legato alle peculiari difficoltà intrinseche alla specificità dell'attività lavorativa ma alla percezione ed alle aspettative che ciascun soggetto ha circa il proprio operato.

Conclusioni

La letteratura internazionale riporta un unanime consenso riguardo alla necessità di monitorare e prevenire, attraverso un precoce riconoscimento dei segni di "allarme", il rischio burn-out negli operatori sanitari, essendo questa sindrome altamente invalidante a causa dei molteplici problemi psico-fisici associati ed ai risvolti economici legati ai tassi di assenteismo da essa provocati (von Känel, 2008; Cashavelly, 2008).

I nostri risultati evidenziano, coerentemente con la letteratura esistente, come il costrutto del burn-out sia un costrutto estremamente complesso, che coinvolge sia aspetti cognitivo-comportamentali ed emozionali, sia relativi all'organizzazione dell'ambiente di lavoro.

Considerando l'esistenza di fattori individuali "protettivi", quali la presenza di

personalità "hardy", (ossia resistenti e caratterizzate da uno stile cognitivo e comportamentale che trasforma il significato di minaccia degli eventi di vita e di lavoro stressanti, rendendoli meno insopportabili e indesiderabili), o la presenza di valori etici, culturali, filosofici, religiosi (Kobasa, 1979, 1982; Kash, 2000), che caratterizzano una minoranza di operatori, nella maggior parte delle realtà lavorative è necessario introdurre una serie di misure preventive contro il burn-out, consistenti nel:

Migliorare le condizioni e l'ambiente di lavoro attraverso una razionalizzazione del numero di ore di attività, la riduzione del carico di lavoro straordinario non scelto volontariamente e la pianificazione dei tempi di riposo (Barbier 2004; Patrick 2007; Brühlmann, 2007).
Migliorare la comunicazione e ridurre l'isolamento degli operatori (Barbier 2004; Schraub 2004) attraverso l'incoraggiamento al sostegno psico-sociale fra "pari" (Barnard 2006), al raggiungimento di una maggiore equità nei processi decisionali (Vickman, 2000), alla riduzione dei conflitti di ruolo (Piko, 2006).
Pianificare interventi psicologici di supporto all'èquipe (Penson, 2000; Bernardi, 2005; Le Blanc, 2007), consistenti in programmi di formazione volti all'acquisizione di capacità di comunicazione (Schraub, 2004) e gestione delle emozioni, o incentrati sull'obiettivo di favorire l'elaborazione del cordoglio e del lutto correlati all'attività lavorativa in cure palliative (Medland, 2004) o volti ad accrescere la resilienza degli operatori (Sherman, 2006).
Gli strumenti terapeutici idonei a perseguire questi obiettivi possono andare da interventi individuali di psicoterapia comportamentale o ad orientamento psicodinamico (Brühlmann 2007), all'organizzazione di gruppi Balint di su-

pervisione (Clarke 2002; Bauer 2003; Kjeldmand, 2008) finalizzati ad incrementare il senso di competenza nella

relazione terapeutica, l'identità professionale, la sicurezza e la soddisfazione degli operatori.

Bibliografia

- Alacacioglu A, Yavuzsen T, Dirioz M, Oztop I, Ylmaz U. Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psychooncology*, 2008 Oct 22. [Epub ahead of print]
- Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale – I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res*, 1994; 38: 23-32
- Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA. The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale – II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res*, 1994; 38: 33-40
- Barbier D. The burn-out syndrome of the caregiver. *Presse Med*, 2004; 33(6): 394-9
- Barnard D, Street A, Lowe AW. Relationships between stressors, work supports, and burnout among cancer nurses. *Cancer Nurs*, 2006 Jul-Aug, 29(4): 338-45
- Bauer J, Häfner S, Kächele H, Wirsching M, Dahlbender RW. The burn-out syndrome and restoring mental health at the working place. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 2003; 53(5): 213-22
- Bellani ML, Orrù W. La sindrome del burn-out. In: Bellani ML, Morasso G, Amadori D et al *Psiconcologia*. Milano: Masson, 2002: 1043-56
- Ben-Zur H, Michael K. Burnout, social support, and coping at work among social workers, psychologists, and nurses: the role of challenge/control appraisals. *Soc Work Health Care*, 2007; 45(4): 63-82
- Bernardi M, Catania G, Marceca F. The world of nursing burn-out. A literature review. *Prof Inferm*, 2005; 58(2): 75-9
- Biondi M, Costantini A, Grassi L. La mente e il cancro: insidie e risorse della psiche nelle patologie tumorali. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1995: 155-179
- Bressi C, Taylor GJ, Parker JDA et al Cross validation of the factor structure of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale. An italia multicenter study. *J Psychosom Res*, 1996; 41: 551-559
- Bressi C, Manetti S, Porcellana M et al Haemato-oncology and burn-out: an Italian survey. *Br J Cancer*. 2008 Mar 25; 98(6): 1046-52. Epub, 2008 Feb 19
- Brühlmann T. What is burnout syndrome? *Schweiz Rundschr Med Prax*, 2007 May 30; 96(22): 901-5
- Caretti V, La Barbera G, Craparo G. La Toronto Alexithymia Scale (TAS – 20). In: Caretti V, La Barbera G (a cura di). *Alessitimia: valutazione e trattamento*. Roma: Casa Editrice Astrolabio – Ubaldini Editore, 2005: 17-24
- Cashavelly BJ, Donelan K, Binda KD, Mailhot JR, Clair-Hayes KA, Maramaldi P. The forgotten team member: meeting the needs of oncology support staff. *Oncologist*, 2008 May; 13(5): 530-8
- Cherniss C. *Staff Burn-out: job stress in the human services*. Beverly Hills: Sage Publication, 1982. Trad. It. *La sindrome del burn-out*. Torino: Centro Scientifico Torinese, 1983
- Clarke D, Coleman J. Balint groups. Examining the doctor-patient relationship. *Aust Fam Physician*, 2002 Jan; 31(1): 41-4
- Della Valle E, De Pascale G, Cuccaro A et al Burn-out: rising interest phenomenon in stressful workplace. *Ann Ig*, 2006; 18(2): 171-7
- de Carvalho EC, Muller M, de Carvalho PB, de Souza Melo A. Stress in the professional practice of oncology nurses. *Cancer Nurs*, 2005 May-Jun; 28(3): 187-92
- Del Rio G. *Stress e lavoro nei servizi*. Roma: La Nuova Italia Scientifica, 1993
- Dunwoodie DA, Auret K. Psychological morbidity and burn-out in palliative care doctors in Western Australia. *Intern Med J*, 2007; 37(10): 693-8
- Edelwich J, Brodsky A. Burn-out, stages of disillusionment in the helping professions. New York: Human Science Press, 1980
- Fenga C, Faranda M, Aragona M et al Burn-out and occupational stress in nurses. *Med Lav*, 2007; 98(1): 55-63
- Freddi M, Corradi A. Stress, job satisfaction and quality of life in the health professions: the role of burn-out and personality features. *Recenti Prog Med*, 2007; 94(12): 545-8
- Freudenberger HJ. Staff Burn-out. *J Soc Iss*, 1974; 30: 159-65
- Freudenberger HJ, Richelson G. *Burn-out: the high cost of high achievement*. New York: Anchor Press, Garden City, 1980

- Girgis A, Hansen V, Goldstein D. Are Australian oncology health professionals burning out? A view from the trenches. *Eur J Cancer*. 2009 Feb; 45(3): 393-9. Epub, 2008 Nov 14
- Grau A, Suñer R, Garcia MM. Burnout syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors. *Gac San*, 2005 Nov-Dec; 19(6): 463-70
- Grunfeld E, Whelan TJ, Zitzelsberger L, Willan AR, Montesanto B, Evans WK. Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *CMAJ*, 2000 Jul 25; 163(2): 166-9
- Iacovides A, Fountoulakis KN, Kaprinis S, Kaprinis G. The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *J Affect Disord*, 2003 Aug; 75(3): 209-21
- Kash KM, Holland JC, Breitbart W et al Stress and burnout in oncology. *Oncology (Williston Park)*, 2000 Nov; 14(11): 1621-33; discussion 1633-4, 1636-7
- Kjeldmand D, Holmström I. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. *Ann Fam Med*, 2008 Mar-Apr; 6(2): 138-45
- Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol*, 1979; 37:1-11
- Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: a prospective study. *J Pers Soc Psychol*
- Maslach C. Burned-out. *Hum Behav*, 1976; 5: 16-22
- Maslach C, Pines A. The burn-out syndrome in the day care setting. *Child Care Q*, 1977; 6: 100-113
- Maslach C. Burn-out: the cost of caring. Prentice Hall NY: Englewood Cliffs, 1982
- Maslach C, Jackson SE. MBI: Maslach Burn-out Inventory. Palo Alto CA: Consulting Psychologist Press, 1986
- Palmonari A. *Psicologia sociale di comunità*. Bologna: Il Mulino, 1990
- Patrick K, Lavery JF. Burnout in nursing. *Aust J Adv Nurs*, 2007 Mar-May; 24(3): 43-8
- Pellegrino F. La sindrome del burn-out. Torino: Centro Scientifico Editore, 2000: 17-27
- Penson RT, Dignan FL, Canellos GP, Picard CL, Lynch TJ Jr. Burnout: caring for the caregivers. *Oncologist*, 2000; 5(5): 425-34
- Petrova GG, Todorova MT, Mateva NG. Prerequisites for the occurrence of burn-out syndrome in oncology nurses. *Folia Med (Plovdiv)*, 2005; 47(2): 39-44
- Piko BF. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 2006 Mar; 43(3): 311-8. Epub 2005 Jun 16
- Pines A, Aronson E, Kafry D. Burn-out: from tedium to personal growth. New York: Free Press, 1981
- Quattrin R, Zanini A, Nascig E, Annunziata M, Caligaris L, Busaferro S. Level of burnout among nurses working in oncology in an Italian region. *Oncol Nurs Forum*, 2006 Jul 1; 33(4): 815-20
- Ronco A, Fizzotti E, Crea G. Un caso specifico di burn-out professionale: il burn-out dei missionari. *Orientamenti Pedagogici*, 1993; 6: 1087-116
- Rossati A, Magro G. *Stress e Burn-out*. Roma: Carocci, 1999
- Schraub S, Marx E. Burn-out syndrome in oncology. *Bull Cancer*, 2004; 91(9): 673-6
- Sherman AC, Edwards D, Simonton S, Mehta P. Caregiver stress and burn-out in an oncology unit. *Palliat Support Care*, 2006; 4(1): 65-80
- Sirigatti S, Stefanile C. Maslach Burn-out Inventory adattamento italiano. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1993
- Steinhilber CPC, Coralli E, Barale F. Burn-out: una riflessione. *Giorn Ital Psicopat*, 2001; 7(2): 112-119
- Trufelli DC, Bensi CG, Garcia JB et al Burnout in cancer professionals: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2008 Nov; 17(6): 524-31. Epub, 2008 Sep 1
- Varani S, Giardino R, Fierro C, Brighetti G, Pannuti F. Valutazione del benessere psico-sociale di un'equipe di assistenza domiciliare oncologica. *Giornale Italiano di Psico-Oncologia*, 2007; 9(1): 18-25
- Vickman L. Toward an understanding of burnout. *Med Group Manage*, 2000 Jan-Feb; 47(1): 18-21
- von Känel R. The burnout syndrome: a medical perspective. *Praxis (Bern 1994)*, 2008 Apr 30; 97(9): 477-87
- Weber A, Jaekel-Reinhard A. Burn-out syndrome: a disease of modern societies? *Londra: Occup Med*, 2000; 50(7): 512-7
- World Health Organization. *Classificazione Internazionale Statistica delle malattie, dei danni e delle cause di morte, decima revisione (ICD-10)*. Ginevra, 1994
- Zhu W, Wang ZM, Wang MZ, Lan YJ, Wu SY. Job burnout and contributing factors for nurses. *Sichuan Da Xue Bao Yi Xue Ban*, 2006 Jul; 37(4): 632-5
- Zoccali R, Campolo D, Carroccio C, et al Il burn-out e l'emozione rabbia. *Giorn Ital Psicopat*, 1999; 5(3): 183-88

del campione femminile (2 ragazze contro i 21 ragazzi) che ci dà modo di riflettere sulle differenze tra i due sottocampioni e ci costringe a trattarli in maniera separata.

Il campione femminile si divide in due grandi categorie "divertimento" e "piacere per il rischio" ugualmente rappresentate.

Più articolate sono invece le risposte dei maschi che sembrano conoscere meglio l'argomento. Infatti oltre al "piacere per il rischio" e al "divertimento", compaiono altre voci maggiormente specifiche come "mi piace confrontare i pronostici" e per "l'adrenalina che stimola".

Anche per il secondo campione (tot. 16, f. 4 - m. 12) il piacere per il rischio prevale nel campione maschile (n. 10 - 83.3%) e il divertimento in quello femminile (n. 3 - 75%).

Domanda 28: se hai deciso di non farlo più, perché?

Campione tot. 23 - maschi 21 - femmine 2

La "noia" e la "perdita di denaro" sembrano le motivazioni di base che hanno spinto le ragazze a rinunciare al gioco d'azzardo on line, mentre per i maschi un peso dominante sembra assumere "la perdita di soldi" e "la perdita di tempo" rispettivamente pari al 14.3% e il 4.7%. La "noia", il "non interesse", la "paura per l'illegalità" (sono minorenni), la "perdita di ingenti somme di denaro" sono le ulteriori risposte. È però importante sottolineare come ben il 42.8% del campione maschile afferma di non aver deciso di rinunciare al gioco d'azzardo.

Il secondo gruppo (tot. 16, f. 4 - m. 12) orienta le risposte nel seguente modo: maschi 58.3% - n. 7 "non ho deciso di non farlo più"; 16.7% perdita di soldi; 16.7%

preferisco altro gioco; 8.3% ho scommesso troppo.

Per le femmine 2 hanno provato per curiosità, 1 ha smesso per perdita soldi, 1 preferisce giocare ad altro.

Domanda 29: pensi che sia una piacevole abitudine?

Campione tot. 23 - maschi 21 - femmine 2

Ancora una volta il sotto campione femminile si divide equamente nelle risposte: il 50% dice "sì", e l'altro 50% dice "no". I maschi sembrano invece aiutarci nella valutazione dell'importanza che sta assumendo oggi il gioco d'azzardo on line. Infatti 15 maschi su 21, pari al 71.4% del campione, ha risposto "sì", offrendo agli esperti elementi di riflessione.

Anche il secondo gruppo (tot. 16, f. 4 - m. 12) in parte ricalca in termini di risposte il primo in particolare: "Sì" maschi n. 8 - 66.7%; femmine n. 1 - 25%

Domanda 30: hai mai pensato di rinunciarvi?

Campione tot. 23 - maschi 21 - femmine 2

Le risposte più significative e anche più numerose ci arrivano dal sotto campione maschile, dove il 57.1% degli studenti afferma di aver pensato di smettere di giocare on line, mentre il 38.1% risponde negativamente alla domanda.

Il campione del secondo gruppo (tot. 16, f. 4 - m. 12) è così suddiviso i maschi sono divisi al 50% sul rinunciare o meno al gioco. Per le femmine i "Sì" sono il 75%.

Domanda 31: se hai risposto no alla domanda 24 in che modo ti è stato possibile rinunciarvi?

A questa domanda (Tabella 13) era possibile dare più risposte. Appare

Tabella 13

	F 71	%	M 75	%	TOT 146	%
Non mi interessa	32	45.1	28	37.3	60	41.1
Non mi piace	18	25.3	14	18.7	32	21.1
Non vado sul sito	1	1.4	8	10.7	9	6.2
Ragiono	8	11.3	4	5.3	12	8.2
Con la forza di volontà	1	1.4	1	1.3	2	1.4
Cancellare lo spam	0	-	1	1.3	1	0.7
Divieto da parte dei genitori	1	1.4	4	5.3	5	3.4
Altri videogiochi	0	-	3	4	3	3
Non mi è mai capitato	3	4.2	2	2.7	5	3.4
Non ho voluto	3	4.2	2	2.7	5	3.4
Non accetto le richieste	0	-	2	2.7	2	1.4
Chiudo la pagina	2	2.8	3	4	5	3.4
Pensando ad altre cose	1	1.4	5	6.7	6	4.1
Blocco pop up	0	-	1	1.3	1	0.7
Perdita di denaro	5	7	3	4	8	5.5
Non osservo i pronostici	0	-	1	1.3	1	0.7
In nessun modo	0	-	2	2.7	2	1.4

chiaro come ancora una volta i maschi siano più nel cuore della questione e garantiscono risposte più complesse e diversificate.

Le percentuali maggiori, per entrambi i sessi, vedono indicare “non mi interessa” e “non mi piace” risulta pertanto uno spostamento dell’attenzione su altri aspetti del quotidiano come forma di intrattenimento.

Per il secondo campione (tot. 108, f. 46 - m. 62) il 40.3% e il 32.2% dei maschi, che aveva risposto no alla domanda 24, hanno dichiarato “non mi interessa” e “non mi piace” riferito al gioco d’azzardo, per le femmine le percentuali sono del 43.4% e de 32.6%, con un 10.9% che ha un controllo e divieto da parte dei genitori.

Domanda 32: se hai risposto sì alla domanda 24 consiglieresti ai tuoi amici di provare?

Campione tot. 35 - maschi 29 - femmine 6

L’83.3% (n. 5) delle femmine risponde negativamente alla domanda. Il campione maschile mostra una tendenza opposta: il 55.2% (n. 15) dice di poter “consigliare” agli amici il gioco online. Il 73.7% (14) dei maschi del secondo gruppo (tot. 27, m. 19 - f. 8) risponde affermativamente, più contenuta la percentuale delle femmine che si divide al 50% (4).

Domanda 33: perché?

A questa domanda (Tabella 14) era possibile fornire più risposte sia in positivo sia in negativo. Nel dettaglio: le argo-

Tabella 14

	F. 6	%	M 29	%	TOT 35	%
Crea dipendenza	5	83.3	3	10.3	8	22.8
Perdita di soldi	5	83.3	6	20.7	11	31.4
Perdita di tempo/ Stupido/inutile/non è il massimo	4	66.7	8	27.6	12	34.3
Non è educativo	1	16.7	2	6.9	3	8.6
È un vizio/ cattiva abitudine	3	50	3	10.3	6	17.1
Pericoloso; finirebbero nei guai/ pieno di imbrogli	5	83.3	8	27.6	13	37.1
Si divertirebbero	1	16.7	5	17.2	6	17.1
Guadagnano	0	3	10.3	3	8.6	
È un'esperienza (senza esagerare)	0	6	20.7	6	17.1	
Non mi è mai capitato	0	1	3.4	1	2.8	
È emozionante verificare le scommesse	0	3	10.3	3	8.6	
Se sono maggiorenni	0	1	3.4	1	2.8	
Non lo so	0	2	6.9	2	5.7	

mentazioni a favore del gioco d'azzardo on line si limitano tanto nei maschi quanto nelle femmine al "divertimento", alla possibilità di "fare una nuova esperienza" oltre che al "brivido" della verifica delle scommesse. L'altra forte motivazione che porterebbe i ragazzi a consigliarlo è la "facilità del guadagno".

Al contrario più dettagliate sembrano essere le motivazioni che portano tanto i ragazzi quanto le ragazze a non consigliare il gioco d'azzardo. In primo luogo perché "crea dipendenza", perché è "una perdita di tempo", "di denaro", perché "è pericoloso", "perché è una cattiva abitudine / un vizio".

"Crea dipendenza" (n. 5, 62.5%) e "perdita di soldi" (n. 4, 50%) sono le risposte più registrate dal secondo gruppo (tot. 27, m. 19 - f. 8) per le femmine. Per i maschi, oltre alle precedenti, si sottolinea la perdita di tempo (n. 8, 42.1%) e il rischio di finire nei guai (n. 4, 21%), questo grup-

po lascia spazio anche ad indicazioni piacevoli che, se vissute senza esagerare, possono essere coltivate.

Domanda 34: secondo te è particolarmente diffusa come abitudine?

Campione tot. 181 - maschi 104 - femmine 77

Il gruppo appare compatto nel rispondere affermativamente alla domanda. Il 57.1% delle femmine e il 56.7% dei maschi infatti rispondono "sì". Dati sovrapponibili anche per il secondo gruppo (tot. 135, f. 54 - m. 81) che sottolinea la diffusione di questo aspetto (maschi n. 43 - 53.1%; femmine n. 28 - 51.8%).

Domanda 34 bis: se sì perché?

Campione tot. 103 - maschi 59 - femmine 44

A questa domanda il campione risponde in maniera molto simile senza lascia-

re emergere importanti differenze di genere. Tanto i maschi quanto le femmine identificano *“il guadagno facile”* (m. 16.9% - f. 18.2%), *“l'amore per il rischio”* (m. 8.5% - f. 6.8%) *“la curiosità”* (m. 6.7% - f. 4.5%) e la *“trasgressione”* (m. 5.1% - f. 4.5%) quali motivazioni forti alla diffusione del gioco on line.

Un valore altrettanto significativo, per l'intero campione, sembra assumere la risposta che vede nella *“stupidità/non pensare”* (10.6%) una motivazione primaria al gioco d'azzardo accanto alla *“dipendenza”* (2.9%), al *“vizio/droga/malattia”* (4.8%), a sensazioni di *“solitudine/noia/depressione”* e al *“non avere altro da fare”* (rispettivamente per l'1.9% e il 3.8% delle risposte). Il 10.6% della popolazione rispondere *“non so”* (0.9%) o *“nessuna risposta”* (10.6%).

Le risposte per il secondo gruppo (tot. 81, m. 43 - f. 28). si indirizzano prevalentemente verso *l'amore per il rischio*, il *divertimento*, e la *curiosità* per i maschi (11.6% - 9.3% - 9.3%) le femmine sottolineano *la stupidità/vivere in modo superficiale, guadagno facile* (17.8% - 14.3%).

Risultati della ricerca

Sembra ormai impensabile una società senza internet, senza la sua comodità, la sua immediatezza e la sua praticità, e sembra ormai un dato di fatto vivere e convivere con una tecnologia che avanza di giorno in giorno. Si tratta di una realtà presentata costantemente come stimolante, piena di risorse e novità che però nasconde una trappola profonda per chi dà un senso alla propria esistenza solo attraverso la lente di internet e della tecnologia. Così anche nel mondo scientifico, dopo una prima fase di *“luna di miele”* con la tecnologia, si è cercato

di osservare il fenomeno con una maggiore obiettività e un distacco emotivo, alla ricerca del lato oscuro. Accanto agli ormai assodati fattori positivi (sociali e individuali), sono iniziati ad apparire (Young, 1999) sempre più evidenti i fattori negativi legati all'abuso stesso e al consistente rischio di dipendenza e di altre patologie. Si tratta di condizioni psicologiche che in genere sono indicate con il termine generico, proposto provocatoriamente da Ivan Goldberg nel 1996, di Internet Addiction Disorder e che ingloba molte sottocategorie.

All'interno della nostra ricerca siamo partiti da tali premesse per poter indagare il reale abuso da parte del nostro campione di adolescenti suddividendo il vasto campo di indagine in ambiti specifici.

Sezione Internet

Per quanto riguarda il collegamento ad internet abbiamo studiato tale fenomeno attraverso l'indagine sulla quantità di tempo trascorso on line, sul perché del collegamento, sull'importanza che internet assume nella vita di ciascun adolescente, sulle possibili conseguenze di un uso eccessivo e come tale uso/abuso si colloca nella vita quotidiana.

Nonostante il primo dato a nostra disposizione (*“quante volte ti colleghi ad internet”*) possa apparire allarmante e preoccupante la realtà sembra ben compensata dalla consapevolezza dei ragazzi dell'esistenza di un mondo reale a cui appellarsi e in cui vivere. Un mondo dove amicizia, sport, famiglia, fidanzato e studio hanno ancora il loro valore assoluto e secondario ad internet. Possiamo pertanto affermare che dai dati a nostra disposizione i soggetti del campione non sembrano mostrare una dipendenza da internet come si evince dal fatto che nella maggior parte delle domande inerenti l'indipen-

sabilità di internet (“*ci sono cose più importanti di internet? cosa?*”; “*quali sono state le conseguenze della rinuncia ad internet per un periodo più lungo?*”) le risposte più frequenti rimandano ad una autonomia e alla capacità di gestione della propria vita. Dall’analisi dei punteggi grezzi possiamo pertanto pensare ad una popolazione non dipendente da internet, ma con rischio talvolta di abuso. Il campione della nostra ricerca sembra avere la possibilità di trovare altre occupazioni oltre ad internet, hanno “altro da fare” (hobby, amicizie, musica, cinema, sport, relazioni familiari, motorino). Va ribadito comunque che se tale dati appaiono rassicuranti a livello di gruppo e di percentuali, non possono coprire le singole difficoltà. Ci sembra opportuno quindi enfatizzare e auspicare un maggior numero di iniziative educative sui rischi di dipendenza da internet per aiutare tutti quei ragazzi che fanno dello spazio virtuale il loro mondo privilegiato seppur non esclusivo nella certezza che la conoscenza è un’ottima forma di prevenzione e un aiuto nelle scelte quotidiane.

Attraverso la nostra ricerca abbiamo inoltre potuto conoscere i diversi tipi di uso che i ragazzi fanno di internet. In sintonia con i dati emersi dalla ricerca di E. Mangia et al (2004) possiamo ben affermare che gli adolescenti utilizzano internet prima di tutto come un mezzo di comunicazione con gli amici, come strumento in grado di produrre piacere e distrazione, ma anche come supporto all’attività di apprendimento e di studio. L’uso di Internet pertanto nel nostro campione non sembra autoreferenziale e finalizzato al semplice “*navigare*”, quanto piuttosto ben ancorato nel mondo sociale e relazionale dell’adolescente.

Un elemento in particolare ha attirato la nostra attenzione: la percentuale seppur

non elevatissima di ragazzi (più i maschi delle femmine) che rispondono di collegarsi ad internet per giocare on line. È questo un fenomeno che sta avendo un’ampia portata e che deve far stare in allerta i clinici. Il nome tecnico di tale giochi virtuali è MUD (Multiple User Dungeon) e che rimanda ad uno dei fenomeni più affascinanti di internet. Si tratta di “giochi di ruolo” interattivi in cui il giocatore partecipa costruendosi un’identità del tutto fittizia, con varie caratteristiche (forza, abilità, intelligenza...), che interagisce con altri personaggi in un tempo “altro” (talvolta in epoca Medioevale, ma l’ambientazione può essere anche contemporanea) in un contesto che spesso è ostile. Il gioco non ha uno scopo preciso né un tempo determinato; è semplicemente una simulazione di vita reale e come tale è ricca di insidie e alleanze, pericoli e amicizie, tradimenti e rivalità. Il rischio che dobbiamo tenere presente è di sicuro l’eccessiva identificazione con il personaggio scelto sul quale proiettare aspirazioni e fantasie. La conseguenza del cambiamento di identità è uno sdoppiamento di personalità: possedere alcune caratteristiche nel mondo virtuale che non corrispondono al mondo reale. Detto tutto ciò appare fondamentale ribadire la necessità di pensare a programmi preventivi che possano aiutare alcuni adolescenti ad affrontare le frustrazioni e la gioie della vita quotidiana e a ricercare soluzioni alternative alla fantasia di un Io onnipotente e idealizzato che è reale solo nel mondo virtuale dei MUD. Il filo rosso che sembra sottostare alle risposte di tutto il nostro campione può essere riassunto in “non interferenza” di internet nella vita quotidiana dei ragazzi, e nella possibilità di utilizzare il collegamento on line per ciò che esso è: una risorsa e non alternativa alla realtà.

Sezione Chat

La Chat è forse l'aspetto di Internet più interessante e che lo rende maggiormente stimolante e affascinante. Il fascino sta tutto nella possibilità di comunicare e di instaurare relazioni di amicizia e/o amorose con persone conosciute on line. In quanto fenomeno comunicativo è investito di un alto grado di positività che solo se osservato con attenzione mostra la pericolosità. In letteratura si parla di Cyber Relational Addiction caratterizzata da una priorità assoluta per le relazioni virtuali intense e per il progressivo isolamento dalla vita reale. Infatti nel momento in cui la tastiera del computer diviene l'unico spazio di relazionalità si perde tutta l'immediatezza e la spontaneità delle relazioni umane per vivere in un mondo illusorio di pseudo condivisione di emozioni e pensieri. Inoltre l'anonimità, altra caratteristica peculiare della chat, sembra coinvolgere tutti nella ricerca di una identità ideale, del tutto inventata che diviene il rifugio per un Io vissuto come fallimentare.

Questo è l'elemento che preoccupa di più i clinici in particolare per coloro che si occupano dell'età evolutiva. Infatti, come suggeriscono A. Couyoumdjian et al (2006, pag. 76) *"l'adolescente, avendo un'identità ancora fluida, sente il bisogno di rifuggire da una definizione di sé e l'utilizzo di internet e di uno pseudonimo gli consentono di creare una «persona on line», una maschera che costituisce l'interfaccia tra sé la società"*.

Le risposte del nostro campione se da una parte sembrano allinearsi con le premesse teoriche che vedono la chat come elemento centrale nell'uso di internet, dall'altro se ne discostano. I ragazzi della nostra indagine infatti non chattano né per *"curiosità"* né per *"solitudine"*, ma per *"parlare con gli amici"*. Gli intervistati preferiscono pertanto chattare con le persone conosciute, piuttosto che basare una

relazione sulla conoscenza virtuale. La logica conseguenza di tale dato è l'inopportunità e l'impossibilità, almeno quando comunicano con gli amici reali, di cambiare identità e di far credere di essere diversi. L'angoscia relazionale, riportata in letteratura quando si parla dei chatters, forse appartiene più al mondo adulto e sembra lasciare indenni gli adolescenti.

Diverse sembrano le considerazioni per quella parte del campione, seppur minima (10%) che dichiara di chattare *"per conoscere altre persone"* e che ci rimanda alla libertà di inventarsi diversi e che evidentemente richiede una maggiore attenzione da parte dei clinici. Tale dato sembra aderire alle ipotesi di Vallario et al, 2005 (pag. 71) quando afferma *"I contatti con persone completamente estranee, l'assenza di caratteristiche inibenti presenti nel contatto vis-à-vis, la comunicazione informale, il piacere del mistero, il piacere di nascondersi dietro ad un nickname: tutto questo rende più gestibili le angosce relazionali"*.

Il nostro questionario ha cercato inoltre di indagare altri due aspetti collegati al mondo delle chat. La possibilità di stringere amicizie durature e di incontrare direttamente le persone conosciute on line. Questo non sembra essere la motivazione primaria del nostro campione che al contrario di quanto riportato in letteratura, risponde negativamente ad entrambe le domande. Tra coloro però che hanno osato conoscere l'amico on line la frustrazione della realtà è evidente. Il 75% del nostro campione dichiara infatti di essere *"rimasto deluso"*: la relazione on line non ha superato la prova della realtà.

Sezione Videogiochi

Nella nostra ricerca abbiamo affrontato il tema dei videogiochi differenziandoli dall'indagine circa uso/abuso di internet. I videogiochi infatti trovano il loro

punto di forza nel gioco stesso, così come internet lo trova nella possibilità di navigare, comunicare, prendere informazioni. Questa scelta nasce dal voler sottolineare tale differenza soprattutto nel momento della somministrazione del questionario. Giocare significa entrare in un mondo fatto di sfide aperte, ma spesso anche spasmodiche, con se stesso, o con un antagonista, il cui obiettivo finale è quello di superare un punteggio: il proprio o quello dell'avversario. Per questo motivo si è anche scelto di non differenziare tra giochi che girano su console (che posso essere fatti con altri, ma che in genere sono destinati ad un singolo giocatore) e quelli che girano su computer e/o internet (pensati in genere per un essere utilizzati da più giocatori contemporaneamente) racchiudendoli in un'unica e generica categoria.

Accanto alla sfida, emerge anche un altro elemento che identifica e differenzia i videogiochi dalle altre attività relative all'uso del computer: l'abilità del giocatore. Si tratta di una competenza che richiede molti "esercizi" e dedizione per migliorarsi e la costanza dell'allenamento: fortuna e caso sono assolutamente secondarie e di scarsa importanza. Scrivono a tale proposito Couyoumdjan et al (2006, pag. 77) *"Il rinforzo fornito dai videogiochi può considerarsi immediato, intrinseco ed estrinseco. Il punto attribuito costituisce il principale motivo di gratificazione ed è rappresentato dalla vincita e dall'accumulo di punti che, aggiunti agli stimoli visivi e uditivi, forniscono al giocatore un feedback immediato"*.

Tutto ciò porta alla ovvia necessità di continuare a giocare per migliorare il punteggio e per superare il limite momentaneamente raggiunto facendo dimenticare tutto ciò che circonda il giocatore. Ed è proprio il fattore tempo ad essere maggiormente incriminato quan-

do si parla delle evidenti conseguenze negative. In una recente ricerca infatti Chan et al (2006, pag. 6) hanno dimostrato proprio che l'utilizzo di videogiochi per più di un'ora al giorno ha effetti negativi per gli adolescenti sul piano sociale e scolastico. In particolare però scrivono gli Autori *"questa associazione non deriva dall'essere «dipendenti» del videogioco né dal giocare eccessivamente a lungo. È probabile che sia la natura intensiva dei videogiochi a causare questa correlazione, proporzionale al tempo dedicatovi"*.

In sintonia con quanto emerge dall'attuale letteratura i ragazzi del nostro campione appaiono ben consapevoli della difficoltà che un uso indiscriminato dei videogiochi potrebbe provocare dimostrando inoltre di essere in grado di discriminare tra un abuso di internet e di videogiochi. All'interno di quest'ultima categoria compaiono infatti più risposte relative ad un *"allontanamento dalla realtà"*, ad una *"visione alterata della realtà"* che potrebbe portare il giocatore a *"credere di essere un personaggio dei videogiochi"* o a *"imitare giochi violenti"* e alla possibilità di *"trascurare altre cose importanti (studio, amici)"*. L'uso eccessivo di videogiochi nella fase adolescenziale diviene quindi un ostacolo allo sviluppo dell'identità, alla creazione di relazioni sociali e ad un rendimento scolastico adeguato.

Dalla nostra ricerca emerge inoltre che i ragazzi pensano all'uso eccessivo di videogiochi solo in senso negativo, senza riuscire a trovare in tale abitudine alcun lato positivo a dispetto di quanto riportato invece in letteratura. Da più parti infatti (Li e al. 2004; Enochsson et al 2004; Latessa et al, 2004; Rosenberg et al, 2005) vengono messi in evidenza i possibili effetti positivi dei videogiochi non solo in grado di avvicinare il bambino al mondo tecnologico, ma anche di facilitare lo sviluppo delle capacità percettive e

psico-motorie, di stimolare processi mentali specifici (memoria, capacità di pensiero induttivo) e di pensare per strategie. Si tratta quindi, come suggeriscono Ghezzeo e Pirone (2007), di una questione ancora aperta e che vede i cultori della materia suddivisi in due gruppi: i favorevoli e i contrari. L'alternativa secondo noi va cercata in una posizione intermedia che vede nell'uso eccessivo un problema.

Sezione gioco d'azzardo on line

All'interno di questo capitolo abbiamo deciso di non affrontare il tema della dipendenza da gioco d'azzardo (GAP) riconosciuta come categoria diagnostica autonoma nel 1980 e inserita definitivamente tra le patologie psichiatriche nel 1987 (DSM-III). Molto è stato scritto su epidemiologia, caratteristiche del giocatore, fasi della dipendenza così come molto è stato teorizzato sul trattamento. Sorprende però scoprire che tale fenomeno non appartiene solo al mondo adulto, ma che proprio gli adolescenti siano dediti a tale *"piacevole abitudine"*. Infatti, se da una parte ci aspettavamo punteggi elevati nell'uso di internet, delle chat e dei videogiochi, non ipotizzavamo di ottenere punteggi così alti nel gioco d'azzardo on line. Si tratta come afferma più della metà del gruppo di *"un'abitudine molto diffusa"* che trova la sua ragion d'essere nell'eccitazione che il rischio e la trasgressione comportano, nella possibilità che offre di evadere dalla vita quotidiana fatta di solitudine e noia, nella curiosità che stimola, ma anche nella fantasticata facilità di guadagno.

In realtà i nostri dati non discordano da quelli riportati in recenti ricerche (Stinchfield, 2002; Raylu e Oei T.P.S., 2002) compiute in Europa, USA, Canada, e in Australia che evidenziano come il 24% degli adolescenti gioca d'azzardo

almeno settimanalmente. Se a tale dato si aggiunge la facilità e la comodità con cui oggi è possibile, grazie ad internet, scommettere e puntare soldi nell'anonimato assoluto si rimane sconcertati e ammutoliti. Nel nostro campione solo i ragazzi raggiungono percentuali così elevate. Il 27.8% dei maschi dichiara infatti di *"aver visitato siti riguardanti gioco d'azzardo"* mentre le femmine (7.7%) sembrano rimanere meno affascinate da tale fenomeno. Entrambi questi dati, la precoce età di inizio del gioco e il genere maschile, oltre alle caratteristiche proprie del gioco online (breve durata della giocata, immediata opportunità di giocare ancora) sono considerati in letteratura (Vitaro et al, 2001; Luppino, 2006) i fattori maggiormente predittivi di successivi problemi di dipendenza.

La differenza tra i due generi sessuali si fa ancora più evidente quando andiamo a vedere le motivazioni che sottendono il gioco d'azzardo on line. Innanzitutto ai ragazzi del nostro campione piace in percentuale sicuramente superiore rispetto alle loro coetanee e dichiarano di giocare soprattutto per *"vincere"*, e perché è *"divertente"* oltre che per il *"piacere del rischio"* e *"per provare una nuova esperienza"*. La patologia legata al gioco d'azzardo si basa proprio su questi elementi (tensione, euforia ed eccitazione) che i ragazzi hanno riassunto utilizzando un linguaggio più semplice. Il tutto è ovviamente aggravato dal fatto che la giocata on line avviene in un contesto di totale solitudine e in tempi sicuramente più brevi, con l'immediata possibilità di giocare nuovamente, per continuare a vincere o riguadagnare quanto perso, e con una gratificazione istantanea; tutti elementi questi che possono portare il soggetto ad estraniarsi dalla realtà. Per questo motivo la dipendenza dal gioco d'azzardo on-line come hanno dimostrato recenti studi cli-

nici avrebbe un decorso più rapido (pochi mesi) rispetto alla dipendenza da altri tipi di giochi.

È forse questo il risultato di una politica nazionale e mondiale di progressiva legittimazione e incentivazione del gioco d'azzardo? Considerando semplicemente i dati inquietanti della nostra ricerca, circoscritti e di certo non esaustivi, sembra sempre più urgente la programmazione di piani d'intervento statali per disincentivare il gioco d'azzardo. Paradossalmente, invece, scrivono Cocci e Dim Mauro (2006, pag. 2) "mentre assistiamo anche in Italia ad un aumento dell'attenzione da parte dei professionisti del Servizio Pubblico e del Privato Sociale a studiare, monitorare e trovare risposte di cura adeguate al gioco d'azzardo e alle nuove dipendenze (fenomeni ormai riconosciuti, almeno alcuni, come vere e proprie patologie dalla comunità scientifica internazionale), non sembra che a livello di politica sanitaria ci siano leggi in materia che ravvisino il problema relativo al rischio di evoluzione problematica e patologica di chi si avvicina al gioco o ad altre condotte a rischio di creare un legame di dipendenza patologica né sembra venir considerato l'impatto socio-economico di queste dipendenze nella comunità allargata, limitandole ad un problema di particolari soggetti".

Ma visti tutti i "fattori facilitanti" (comodità, eccitazione, anonimità) perché i ragazzi dovrebbero smettere di giocare on line? La motivazione più forte espressa dal nostro campione rientra nella "perdita di soldi"; tutto il resto ("illegalità" e "perdita di tempo") diviene secondario. Ma nonostante ciò ben 9 ragazzi su 21 dichiarano di "non aver deciso di smettere". Da questo possiamo ben dedurre che le conseguenze negative del gioco d'azzardo non sono molto chiare ai ragazzi. Tale dato emerge in tutta la sua forza nel

momento in cui si chiede se lo consiglierebbero agli amici. Infatti di 35 ragazzi ben 16 maschi e 1 femmina suggerirebbero ai loro coetanei di entrare in tali siti per il puro "divertimento", ma anche per il "facile guadagno".

Al contrario però chi ha deciso di rinunciare al gioco d'azzardo on line sembra aver trovato la forza e la motivazione dentro di sé, non per paura del rischio né per i divieti dei genitori. Tale dato ci conforta e ci fa avere fiducia sulle capacità critiche dei ragazzi

Riflessioni conclusive

Dalla nostra ricerca emerge con chiarezza che la maggior parte del nostro campione sa usare la Rete con parsimonia senza che il mondo virtuale interferisca sul mondo reale, rivestendola della funzione predominante: quella di essere un'opportunità e uno strumento di comunicazione, informazione, apprendimento. Ma per coloro che invece corrono il rischio di divenire dipendenti dalle nuove tecnologie è necessario non limitarsi alla semplice denuncia delle conseguenze o alla condanna delle esperienze on line, quanto piuttosto favorirne un uso consapevole. Ci fa allora riflettere quel ragazzo che alla domanda 6 afferma "non c'è nulla di male a d usare internet senza esagerare". La sua risposta infatti deve stimolarci a favorire proprio negli adolescenti piani di conoscenza e di riflessione sul mondo della Rete (in tutti i suoi aspetti, positivi e negativi) al fine di favorire una piena comprensione e quindi una prevenzione primaria. Forse proprio questo è il maggior vantaggio della nostra ricerca: aver fatto "fermare" un gruppo di adolescenti e di avergli consentito di riflettere su un modo di vivere il computer automatico e ripetitivo.

Bibliografia

- Alonso-Fernandez F. *Le altre droghe*. Roma: Edizioni Universitarie Romane, 1999
- Bondolfi G, Osiek C, Ferrero F. Prevalence estimates of pathological gambling in Switzerland. *Acta Psychiatr Scand*, 2000; 101: 473-475
- Cantelmi T, Del Miglio C, Talli M, D'Andrea A. *La mente internet: psicopatologia delle condotte on line: internet dipendenza e cyber travestitismo*. Padova: Piccin Nuova libreria, 2000
- Chan PA, Rabinowitz T. Videogiochi, sintomi di iperattività e deficit di attenzione in adolescenti. *Annals of General Psychiatry*, 2006; 5:16
- Cocci V, Dimauro PE. Il gioco d'azzardo patologico e le nuove dipendenze: il modello organizzativo del Dipartimento delle Dipendenze di Arezzo. Una prospettiva di salute pubblica. *Personalità/Dipendenze*, 2006; 11: 1-12
- Couyoumdjian A, Baiocco R, Del Miglio C. Adolescenti e nuove dipendenze. Roma: Laterza, 2006
- De Carli L. *Internet*. Torino: Bollati Boringhieri, 1997
- Del Miglio C, Gamba A, Cantelmi T. Costruzione e validazione preliminare di uno strumento (U.A.D.I.) per la rilevazione delle variabili psicologiche e psicopatologiche correlate all'uso di internet. *Giornale italiano di psicopatologia*, 2001; Vol. 7, Settembre n. 3
- Del Miglio C, Couyoumdjian A, Baiocco R. Il questionario UADI-2. Dipartimento di psicologia, Università di Roma La Sapienza, 2005
- Enochsson L, Isaksson B, Tour R, Kjellin A, Hedman L, Wredmark T, Tsai Fellander L. Visuospatial skills and computer game experience influence the performance of virtual endoscopy. *J Gastrointest Surg*, 2004; 8(7):876-882
- Ghezzi P, Pirone GM. Videogiochi e minori, le questioni aperte. *Difesa Sociale*, 2007; 1:11-25
- Goldberg I. Internet Addiction: electronic message posted to Research discussion list. 1996
- Guerreschi C. *New Addictions, le nuove dipendenze*. Milano: Edizioni San Paolo, 2005
- Kraut R, Patterson M, Lundmark V, Kiesler S, Mukhopadhyay T, Scerlis W. Internet Paradox. A Social Technology That Reduces Social Involvement and Psychological Well-Being. *American Psychologist*, 1998; vol. 53, N. 9: 1017-1031
- Latessa R, Harman JH Jr, Hardee S, Schmidt-Dalton T. Teaching medicine using interactive games: development of the "stumpers" quiz show game. *Fam Med*, 2004; 36(9):616
- Li X, Atkins MS. Early childhood computer experience and cognitive and motor development. *Pediatrics*, 2004; 113(6):1715-1722
- Luppino OI. Introduzione al fenomeno del gioco d'azzardo. *SRM Psicologia Rivista* (www.psyreview.org), 2006
- Mangia E, Meloni C, Uras MG. Adolescenti e internet: una ricerca su abitudini, comportamenti e caratteristiche dell'uso della rete. *Atti del congresso AIP*, 2004
- Raylu N, Oei T.P.S.. Pathological Gambling: A comprehensive review. *Clinical Psychologist Review*, 2002; 22: 1009-1061
- Rosenberg BH., Landsittel D, Averch TD. Can video games be used to predict or improve laparoscopic skills? *J Endourolm*, 2005; 19(3):372-376
- Shaffer HJ, LaPlante DA, LaBrie RA, Kidman RC, Donato AN, Stanton MV. Toward a syndrome model of addiction: multiple expressions, common aetiology. *Harvard Review of Psychiatry*, 2004; 12:367-374
- Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J. Computer Addiction: A Critical Consideration. *American Orthopsychiatric Association*, 2000; Vol. 70, N. 2, 162-168
- Stinchfield R. Youth Gambling: How big a Problem? *Psychiatric Annals*, 2002; 32: 197-203
- Vallario L, Giorni R, Martorelli M, Cozzi E. *Il rito del rischio nell'adolescenza*. Roma: Edizioni Magi, 2005
- Volberg RA, Abbott MW, Ronnberg S, Munck IM. Prevalence and risks of pathological gambling in Sweden. *Acta Psychiatr Scand*, 2001; 104: 250-256
- Young KS. Internet Addiction: Symptoms, Evaluation and Treatment. <http://netaddiction.com/articles/symptoms.htm>, 1999