



informa

n 27

novembre 2015

PRESENTAZIONE
LAVORI PERVENUTI

CONVEGNO TEMATICO NAZIONALE

**GIOCO
D'AZZARDO**
SOCIETÀ ISTITUZIONI
SERVIZI

Milano
10-11 novembre 2015

Centro Congressi Hotel Michelangelo

indice

Poster e comunicazioni brevi

Introduzione e riflessioni strategiche sul gambling
Maurizio Fea

1. **PROGETTO SPERIMENTALE PER L'INSERIMENTO IN COMUNITÀ TERAPEUTICA DI PAZIENTI AFFETTI DA GIOCO D'AZZARDO: PRIME RIFLESSIONI**
Badii Franco, Balugani Renzo, Chiarlone Maura, Conio Nicoletta, Giorgetti Enrica, Selis Mauro, Lequio Saveria
2. **ANZIANI E GIOCO D'AZZARDO: DAI DATI ALLE AZIONI**
Elvira Beato, Luca Biffi, Lara Marchesi, Marco Riglietta, Roberta Potente, Mercedes Gori, Sabrina Molinaro
3. **IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO**
Due anni di attività progettuale della task force della ASL Milano2
Paola Broggi, Alfio Lucchini
4. **A CHE PUNTO SIAMO? Esperienza di organizzazione dei servizi della ASL NA1 CENTRO nell'intervento sul GAP**
Luigia Cappuccio
5. **UN APPROCCIO INTEGRATO PER IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO: L'ESPERIENZA DI UNA COOPERATIVA SOCIALE**
Paola Castellan, Daniele Nervo
6. **QUANDO IL GIOCO NON È PIÙ UN GIOCO?**
Mauro Cecchetto, Elisabetta Bosi
7. **UN SERVIZIO DEDICATO: L'ESPERIENZA DELL'ASL NAPOLI 2 NORD**
Un Ambulatorio di prevenzione, accoglienza, cura e riabilitazione del gioco d'azzardo patologico
Di Lauro G., Capasso E., Di Marino M., Mautone A.G., Nasti F., Parascandolo I.F., Tuccillo R., Vassallo M.
8. **ESPERIENZA CLINICA E GRUPPI PSICOEDUCATIVI NELL'AMBITO DEL TRATTAMENTO DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO. Studio osservazionale ASL-Pavia**
Favini P., Zanini M.T., Costantino E., Degani F., Nardulli C., Priora C., Brigada R., Verri A., Panzarasa A., Mauri A.
9. **COOPERATIVE LEARNING E GAMBLING. Un progetto pilota nella realtà scolastica palermitana**
Barbara Ferraro, Francesca Picone
10. **PROGETTO PILOTA DI RICERCA E INTERVENTO SUL FENOMENO DEL GIOCO D'AZZARDO NEL COMUNE DI OLGINATE**
Fiocchi A., Bonvini M., Gusmeroli P., Cavalera C., Rovida D., Briganti R.

Supplemento a Mission
PERIODICO TRIMESTRALE
DELLA FEDERAZIONE
ITALIANA
DEGLI OPERATORI
DEI DIPARTIMENTI
E DEI SERVIZI DELLE
DIPENDENZE

Supplemento al N. 44
anno XII - sett. 2015
Proprietà: FeDerSerD
Sede legale
Via Giotto 3,
20144 Milano

Comitato di Direzione
Pietro Fausto D'Egidio,
Felice Nava, Guido
Faillace, Alessandro
Coacci, Alfio Lucchini,
Giancarlo Ardisone,
Roberta Balestra,
Emanuele Bignamini,
Giovanni Cordova,
Edoardo Cozzolino,
Francesco De Matteis,
Tommaso Di Marco,
Donato Donnoli,
Giuseppe Faro, Maurizio
Fea, Roberta Ferrucci,
Mara Gilioni, Maria Luisa
Grech, Fernanda
Magnelli, Ezio Manzato,
Gianna Sacchini, Giorgio
Serio, Vincenzo
Simeone, Cristina
Stanic, Concettina
Varango, Franco Zuin,
Margherita Taddeo,
Giovanni Villani

Direttore scientifico
Alfio Lucchini

Comitato di Redazione
Maurizio Fea,
Raffaele Lovaste,
Vincenzo Marino,
Cinzia Assi

*Sede operativa e
Redazione Mission*
Via Mazzini, 54
20060 Gessate (Mi)
tel. 3356612717
missiondirezione@tiscali.it

Direttore responsabile
Stefano Angeli

Copyright by
FrancoAngeli s.r.l.
Milano

Poste Italiane Spa
Sped. in Abb. Post.
D.L. 353/2003 (conv. in
L. 27/02/2004 n. 46)
art. 1 comma 1 - DCB
Milano Autorizzazione
Tribunale di Milano
n. 131 del 6.3.2002

Edizione fuori commercio

- 11. FATE IL NOSTRO GIOCO. Progetto di comunicazione/sensibilizzazione in tema di Gioco d'Azzardo in collaborazione tra Coordinamento Regionale Servizi GAP Piemonte e Società TAXI1729**
Roberto Fiorini, Loredana Acquadro, Paola Bogliaccino, Claudia Carnino, Franca Guerzoni, Antonio Leonetti, Signorella Nicosia, Luca Rossi, Marzia Villata, Paolo Canova, Diego Rizzuto, Sara Zaccone
- 12. "IO NON SONO UN POLLO", GRUPPO DI PSICOEDUCAZIONE PER PERSONE AFFETTE DA DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO**
D. Micheli, G. Zita, E.Cozzolino
- 13. GRUPPO FAMILIARI**
Daniele Pavese
- 14. GIOCO D'AZZARDO: FUORI DAL GIOCO E PAROLE IN GIOCO, DUE INTERVENTI DI GRUPPO NEL DPD ASL T01 OVEST**
Luisella Pianarosa, Claudia Carnino, Fabio Pellerano, Mariagrazia Bresciano, Francesca Rossi, Luca Giachero
- 15. IL GAMBLING PATOLOGICO NEL QUADRO DELL'ADDICTION: CONCETTUALIZZAZIONE DEL CASO E ORGANIZZAZIONE DELL'INTERVENTO PSICOTERAPEUTICO**
Pozzato Marita, Zanon Susanna
- 16. "ADESSO PAGO IO" La gestione controllata del denaro come intervento sociale nel trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo**
Susanna Francesca Redaelli, Gaetana Mongiovì, Chiara Novichov, Gianmaria Zita, Edoardo Cozzolino
- 17. L'UTILIZZO DELLA PSICOEDUCAZIONE COME MODELLO DI INTERVENTO NEL TRATTAMENTO DEI GIOCATORI PATOLOGICI: L'ESPERIENZA DELLE SEDI SER.T. DELLA PROVINCIA DI VARESE**
Manuela Scalas, Fabio Reina, Roberta Cantù, Giovanna Balsamo, Barbara Cala, Donatella Fiorentini, Claudio Tosetto, Laura Randazzo
- 18. LA RETE INTERISTITUZIONALE SARONESE PER LE PROBLEMATICHE DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO: PIANO DELLE AZIONI INFORMATIVE VS GLI ADOLESCENTI E LA CITTADINANZA PER L'ANNO 2015**
Fabio Reina, Maria Raffaella Guzzetti, Lanfranco Roviglio, Laura Randazzo, Vincenzo Marino
- 19. IL SISTEMA ITALIANO DI REGOLAZIONE DEL GIOCO D'AZZARDO: GIUSTIFICAZIONI E CONTROARGOMENTAZIONI**
Sara Rolando, Alice Scavarda
- 20. IL GAMBLING TRA SOCIETÀ, ISTITUZIONI E CURA**
Antonio Tomaselli, Margherita Taddeo, Lucia Ponzetta, Vincenza Ariano

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 biscaggiatore 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.

1

PROGETTO SPERIMENTALE PER L'INSERIMENTO IN COMUNITÀ TERAPEUTICA DI PAZIENTI AFFETTI DA GIOCO D'AZZARDO: PRIME RIFLESSIONI

**Badii Franco, Balugani Renzo, Chiarlone Maura,
Conio Nicoletta, Giorgetti Enrica, Selis Mauro,
Ser.T Asl2 Savonese**
Lequio Saveria, Comunità Cascina Piana

Introduzione

Il fenomeno della dipendenza coinvolge sempre di più individui integrati socialmente, con una vita quotidiana strutturata (casa e lavoro stabili), nessun contatto con i servizi e si manifesta al di fuori degli impegni quotidiani. Sono coinvolte quindi persone a carico delle quali il disturbo di dipendenza si sviluppa in una situazione per altri versi non problematica. È il caso dei giocatori d'azzardo patologici.

In Liguria i soggetti che nel 2013 hanno fatto domanda ai servizi preposti per Gioco d'Azzardo Patologico sono stati 347 (272 maschi e 75 femmine).

Si evidenzia che il 53% è rappresentato da nuovi utenti, cioè soggetti che hanno fatto domanda di trattamento per la prima volta e che non erano noti ai servizi.

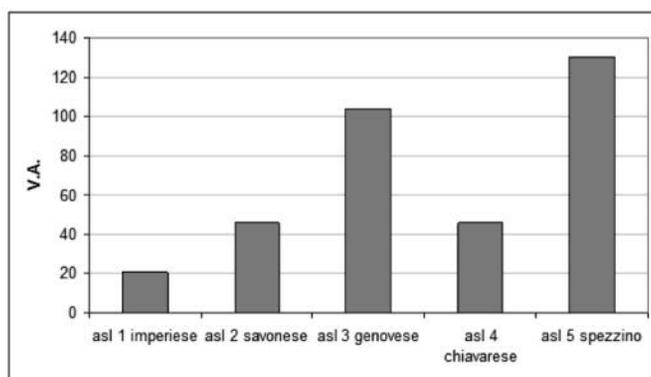


Grafico – soggetti in carico ai Sert dei DSMD liguri distribuiti per ASL di appartenenza. Anno 2013

Da queste osservazioni deriva una prospettiva, relativa all'intervento terapeutico, diversa da quella abituale per i pazienti dei Ser.T., in quanto indirizzato a individui che hanno risorse personali e sociali cui far riferimento nel percorso terapeutico. Allo stesso modo cambia il senso del percorso comunitario per tali pazienti, che non necessitano del lavoro di crescita socializzante e relazionale caratteristico dei percorsi terapeutici classicamente attuati dalle Comunità.

Sono attive da tempo comunità che attuano percorsi brevi per dipendenti da sostanze, (a partire dall'esperienza del Centro di Solidarietà di Genova negli anni 90), come Villa Soranzo.

Recentemente si sono aggiunte comunità brevi per giocatori patologici, come Pluto, gestita dall'Associazione Papa Giovanni XIII a Reggio Emilia, una gestita dalla Fondazione Eris Onlus e dall'Associazione Orthos a Milano.

La nostra stessa esperienza, attraverso la collaborazione con la Comunità Cascina Piana, è andata in questa direzione, sia per pazienti alcolisti che, ultimamente, per persone con problemi legati alla cocaina. Il nuovo scenario che si va delineando, ha portato il Ser.T. dell'ASL 2 a rivedere l'assetto organizzativo, attivando la struttura semplice "Clinica delle Tossicodipendenze e delle Dipendenze Comportamentali". La necessità di tarare protocolli di intervento per tale tipologia di pazienti ha aperto una riflessione all'interno della struttura semplice.

La riflessione è poi stata estesa alla Cooperativa Sociale Cascina Martello, a partire dalla condivisione del modello fisiopatologico di dipendenza in base al quale articolare i livelli di intensità di cura, all'individuazione di una modalità di intervento focale di counseling per le dipendenze.

Il riferimento all'intervento di counseling è basato sulla lettura fisiopatologica del processo di dipendenza come un circuito che, una volta attivato, procede per proprio conto, indipendentemente dalle cause che lo hanno determinato.

Le basi teoriche

Il modello di dipendenza cui si fa riferimento è stato sviluppato all'interno del Ser.T dell'ASL 2 Savonese. Sinteticamente può essere descritto dai seguenti punti:

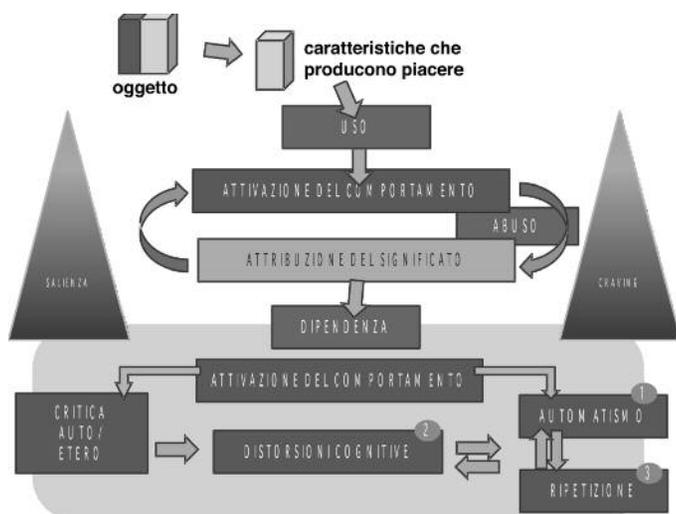
1. È necessario un oggetto, sia una sostanza che un comportamento, con caratteristiche proprie tali da procurare piacere, o alle quali, più raramente, è il soggetto ad attribuirle, prescindendo da quelle intrinseche dell'oggetto. Queste caratteristiche piacevoli inducono l'attivazione di un comportamento atto a ricercarle, che viene rinforzato dal suo risultato positivo.
2. In base al significato che un individuo attribuisce a tale oggetto si può andare da una fisiologica appetizione ai diversi gradi di craving. In relazione ad una attribuzione di significato che si lega ad aspetti della personalità del soggetto, si incrementerà la salienza, con conseguenti intensità maggiori di craving, che aumenteranno con il crescere del coinvolgimento di tali aspetti e della loro profondità.
3. Quando il significato attribuito all'oggetto è in relazione a meccanismi profondi della personalità, la salienza può passare a determinare l'attivazione di un circuito di addiction, in cui il comportamento per raggiungere l'oggetto della dipendenza viene percepito come una sorta di meccanismo automatico, che porta alla sua ripetitività.

Tale processo diviene parte integrante del funzionamento del soggetto e contribuisce, comunque, al man-

tenimento di una condizione di equilibrio a basso costo emotivo.

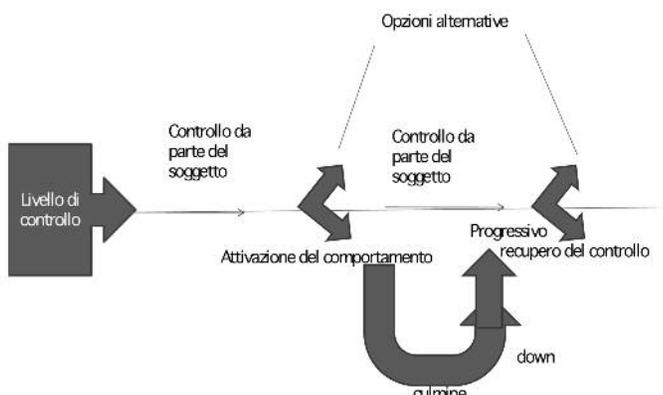
Nel momento in cui nel processo intervengono aspetti di critica, sia da parte del soggetto stesso, sia da altre persone, che lo possono mettere in discussione, si attivano processi di distorsione cognitiva con la finalità del suo mantenimento, non essendovi al momento disponibilità di elementi con i quali raggiungere un diverso tipo di equilibrio, anche se oggettivamente è percepito come preferibile. Ne consegue l'apparente illogicità della ripetizione del comportamento e della ricaduta.

Il processo della dipendenza



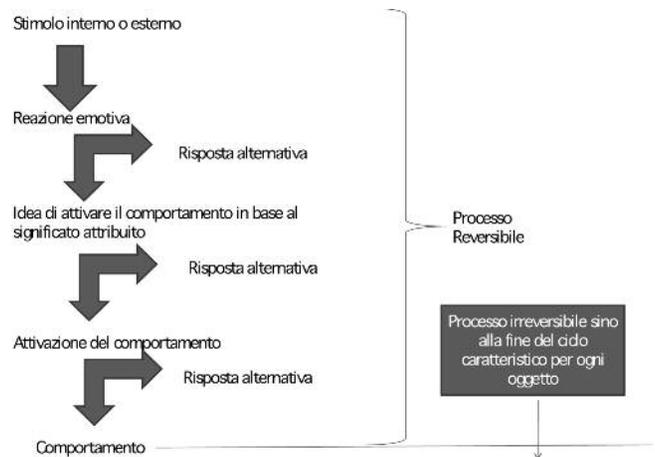
A partire da tali considerazioni, si è sviluppato un modello di counseling indirizzato ai processi che, psicologicamente, sottostanno alla dipendenza, indicati nello schema dai numeri 1,2,3. All'interno di questo modello di counseling, il paziente è il vero artefice del cambiamento: con l'aiuto ad analizzare l'esperienza, per individuare gli snodi decisionali e superare il vissuto di passività, può essere messo in condizione di divenire consapevole di questa evoluzione e parteciparvi in modo attivo.

Si possono descrivere le azioni legate alla dipendenza come divise in due parti: una sotto il controllo dell'individuo, anche se influenzato dal craving, ed una "automatica" che, una volta attivata, è incontrollabile e non può che giungere a compimento (Schema 1).



All'interno della porzione di esperienza sotto il con-

trollo del soggetto, sono individuabili i vari passi che, con una sequenza di "snodi decisionali", possono portare al comportamento di dipendenza o ad opzioni comportamentali diverse (Schema 2).



Considerando il processo che caratterizza una dipendenza, emergono alcuni aspetti caratteristici del vissuto del paziente:

- impotenza,
 - ineluttabilità,
 - automatismo,
- cui, da un punto di vista terapeutico si possono contrapporre:
- l'intenzionalità degli atti,
 - le distorsioni cognitive,
 - i significati individuali legati alla dipendenza.

L'intervento mira a potenziare l'attenzione del soggetto sulla parte del processo in cui può essere esercitato il controllo, per aumentare la consapevolezza con l'obiettivo di:

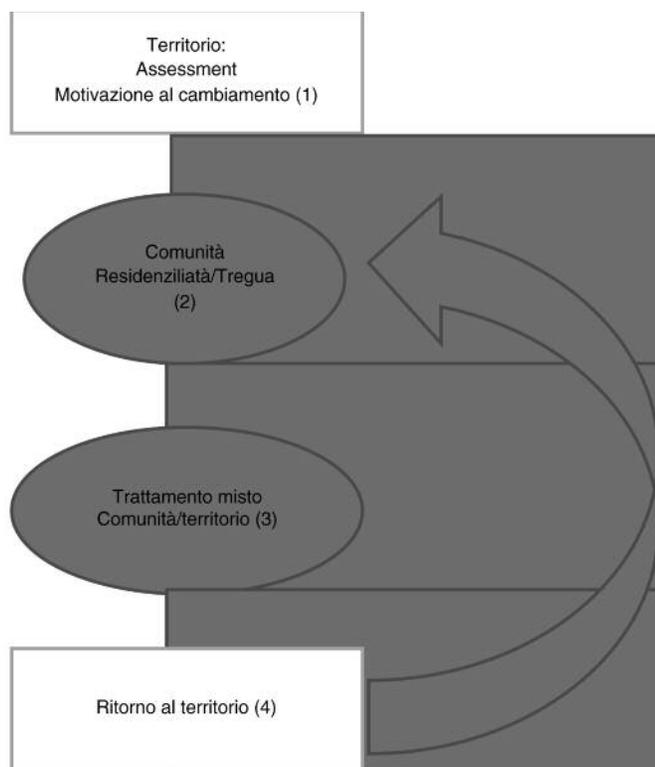
- diventare consapevole dei punti di decisione ("snodi decisionali"),
- superare le distorsioni cognitive,
- valutare le opzioni comportamentali,
- prendere decisioni.

Il lavoro terapeutico si articola sui seguenti livelli:

- Comportamentale: focalizzazione sul comportamento di dipendenza affinché si interrompa al più presto
- Cognitivo: ristrutturazione della propria immagine di sé alla luce del cambiamento in atto
- Emotivo: affrontare i risvolti emotivi suscitati dal cambiamento
- Relazionale: individuare le persone che potrebbero incentivare o ostacolare il cambiamento cercando di agire di conseguenza

Fasi e Livelli del progetto di intervento

Il progetto si sviluppa in quattro fasi: Le varie fasi del progetto, di seguito esemplificate, non sono da intendersi in modo rigido e precostituito ma vanno plasmate sulle esigenze del paziente. Non sono, quindi, da considerarsi necessariamente all'interno di un percorso standardizzato, ma possono essere utilizzate come moduli indipendenti uno dall'altro.



Assessment e motivazione al cambiamento

Il paziente inizia il trattamento con sentimenti di ambivalenza rispetto al fatto di impegnarsi o di voler interrompere il comportamento di dipendenza.

La motivazione al trattamento viene effettuata durante le prime fasi del counseling attraverso colloqui finalizzati ad aiutare il paziente a fare un bilancio tra gli aspetti positivi e negativi del comportamento dipendente e del recupero, esplorando gli obiettivi possibili e pianificando un cambiamento personalizzato e realistico.

Durante l'Assessment vengono utilizzati altri strumenti quali il Mate ed il SOGS per valutare il grado di dipendenza ed identificare il livello idoneo di intervento.

Contemporaneamente si cerca di individuare una rete significativa di relazioni di aiuto che possano agevolare e sostenere il cambiamento desiderato.

Il lavoro con il paziente dovrebbe portare a valutare l'ipotesi di un periodo di ricovero in struttura che se messo in atto dovrebbe portare alle fasi successive.

Strumenti di questa fase:

- Test
- Colloquio motivazionale
- Bilancia decisionale
- Mappa cognitiva del comportamento di dipendenza
- Controllo
- Colloqui con la comunità per valutare l'inserimento e facilitare l'eventuale accesso
- Identificazione della rete di supporto ed eventuali colloqui con i componenti di tale rete

Razionale del progetto

Criteri di inclusione: GAP con gravità valutata tramite Mate + SOGS; trattamento al Ser.T in atto.

Criteri esclusione: disturbo psichiatrico franco, in fase

di scompenso clinico o stabilizzato.

Durata: un mese, con rientri brevi programmabili di consolidamento dei risultati

Obiettivi:

1. consolidare l'astensione da comportamenti compulsivi
2. guadagnare una tregua dal quotidiano
3. isolare i fattori ecologici che mantengono il problema
4. individuare le principali distorsioni cognitive
5. ideare strategie comportamentali alternative adeguate (prevenzione delle ricadute)

Metodologia di lavoro comunitario

Attività strutturate

Attività libere

Osservazione

Interventi di gruppo

Interventi individuali

Gli inserimenti: dati disponibili

ID paziente	Mese in C.T.	Rientri W.E.	Follow-up	Giocatori Anonimi
L. A.	1	1	Colloqui individuali	Si
F. L.	1	2	Colloqui individuali	
B. C.	1	0	Colloqui individuali	
I. M.	1	1	Colloqui individuali	
L. E.	1	0	Colloqui individuali e di coppia	Si

Tabella riassuntiva del percorso

Dati di monitoraggio clinico: ricadute (Si/No) e craving (punteggio totale e punteggi parziali sulla scala del craving prevista dal MATE)

ID paziente	Ricaduta	Craving pre-	Craving post-	1 pre	1 post	2 pre	2 post	3 pre	3 post	4 pre	4 post	5 pre	5 post
L. A.	SI	12		2		3		2		3		2	
F. L.	SI	12	12	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2
B. C.	NO	9	3	1	0	1	1	3	2	2	0	2	0
I. M.	SI	16	8	3	1	4	1	3	3	2	2	4	1
L. E.	NO	6	2	1	0	1	0	2	1	1	0	1	1

* Non è stato possibile effettuare il test dopo l'uscita in quanto si è trasferita all'estero.

Riflessioni

Pur essendo il campione limitato ed essendo la sperimentazione ancora in corso, è possibile rilevare che:

1. i controlli sull'intensità e sulla gestione del craving hanno rivelato che, anche laddove il craving non è diminuito c'è comunque una riduzione della compulsività che ha portato ad un controllo efficace del desiderio di gioco. Per coloro che sono ricaduti l'entità della ricaduta è stata minima ed ha consentito un immediato recupero della situazione. Questo fa pensare che un lavoro intensivo sulle strategie di fronteggiamento porti a risultati in termini di prevenzione della ricadute o di riduzione notevole del gioco.
2. integrazione dei giocatori con gli altri ospiti della struttura. Se non sempre l'integrazione è armonica per diversità socio culturali soprattutto, il lavoro di gruppo incentrato sulle dinamiche della dipendenza e non sugli oggetti della stessa è frutto di buoni stimoli.

3. tutti i giocatori hanno mostrato queste caratteristiche: fatica nel tollerare la noia, tendenza ad essere autoreferenziali e poco aperti ad un confronto tra loro, forte spinta compulsiva che però in ambiente comunitario è stata veicolata su attività sane, sociali e fonte di gratificazione per i giocatori (cucina, bricolage, scrittura di un diario...).
4. I pazienti hanno sviluppato un intenso legame affettivo con la comunità che fa sì che la CT divenga una risorsa in più unitamente al Ser.T. anche nei momenti di crisi.

Bibliografia

Capitanucci, Carlevaro: Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel GAP – SSS 2004

Cibin M, Hinnenthal I. Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina. Il modello Soranzo SEEd Edizioni Scientifiche 2011

F Bricolo, M Gomma, E Bellamoli, G Serpelloni: Rassegna dei modelli teorici di interpretazione della dipendenza da sostanze stupefacenti) Elementi di Neuroscienze e Dipendenze 2° edizione Giugno 2010

F.Badii "Il counseling decisionale nel trattamento delle dipendenze" (Dal Fare ad Dire n°1 2015).

F.Badii "Un Modello Fisiopatologico e Clinico dell'addiction". Dal Dire al Fare, suppl al n° 3/2013, 26-33).

Goldstein R Z, Volkow N D, " Drug addiction and its underlying neurological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex" Am J Psychiatry 2002; 159: 1642-1652;

<http://www.libera-mente.org>

<http://www.orthos.biz/>

Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Doucet C «Il gioco d'azzardo eccessivo» Es Centro Scientifico Editore Torino 2003

Marlatt G, Baer J.S., Quigley L.A.: L'autoefficacia nelle dipendenze in Bandura A. (a cura di) Il senso di autoefficacia, ed Erikson, Trento 1996

Marlatt G.A. Gordon J.R., Relapse Prevention Guilford, New York 1985

Mercer D.E. Woody G.E. Individual drug counseling. Therapy Manuals for drug addiction, series 3 www.nida.nih.gov

Nakken, C. The addictive personality: Hazelden Publishing. 1988

Roedner Sznitman: Socially integrated drug users: between deviance and normality. Centre for Social research on alcohol and drugs,

Stockholm University 2007

Rosengren D: Guida pratica al Counseling motivazionale, Ed Erikson 2011

Sampl, S., & Kadden, R. Motivational Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users: 5 Sessions, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series, Volume 1. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. BKD384

Serpelloni G : Gambling DPA 2013

Steinberg, K.L.; Roffman, R.A.; Carroll, K.M.; McRee, B.; Babor, T.F.; Miller, M.; Kadden, R.; Duresky, D.; and Stephens, R. Brief Counseling for Marijuana Dependence: A Manual for Treating Adults. DHHS Publication No. (SMA) 05-4022.

2

ANZIANI E GIOCO D'AZZARDO: DAI DATI ALLE AZIONI

Elvira Beato, Luca Biffi, Lara Marchesi,
Marco Riglietta:

ASL di Bergamo - Dipartimento Dipendenze

Roberta Potente, Mercedes Gori, Sabrina Molinaro:
CNR IFC

L'evidenza empirica della diffusione del fenomeno nella popolazione 65-84 anni, confermata dall'aumento delle prevalenze di gioco annuo tra la popolazione anziana e di un incremento dei giocatori problematici¹, la presenza di peculiarità e aspetti di vulnerabilità specifici propri di questa fascia di età, la sempre maggiore accettabilità sociale, legata al proliferare di forme legalizzate di gioco e di luoghi in cui praticarlo, l'assenza in Italia di dati statistici su entità e caratteristiche del fenomeno nella popolazione over 65 anni, hanno portato a valutare l'opportunità di effettuare un'indagine sul **GIOCO D'AZZARDO E STILI DI VITA NELLA POPOLAZIONE BERGAMASCA DI 65-84 ANNI**.

La ricerca, promossa e coordinata dal **Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL DI BERGAMO**, in collaborazione con **Federconsumatori, Adiconsum, Sindacati pensionati CGIL e CISL, Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, L'Eco di Bergamo** e con il coinvolgimento dei Medici di Assistenza Primaria, è stata condotta dalla Sezione di Epidemiologia e ricerca sui Servizi Sanitari del **CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE - Istituto di Fisiologia Clinica**. Essa costituisce il primo studio statistico in Italia su questo target.

Essa si colloca in un processo più ampio e all'interno del Piano di intervento preventivo sul Gioco d'Azzardo Patologico, condiviso all'interno del Tavolo interistituzionale² coordinato dal Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL di Bergamo.

Indagine e risultati

L'indagine, condotta tramite l'invio postale nel 2014 di un questionario appositamente predisposto, ha coinvolto un **campione di 2.100 residenti nella provincia di Bergamo**.

Il **tasso di rispondenza complessivo è stato del 51%**, risultato raggiunto grazie alla massiccia campagna di sensibilizzazione (locandine, opuscoli infor-

mativi, articoli su quotidiani locali, comunicati radio e video) e al coinvolgimento attivo di realtà e associazioni vicine a questa fascia di popolazione.

Quanti giocano, dove e a cosa?

Il **49%** ha giocato d'azzardo almeno una volta nel corso della vita, il **42%** l'ha fatto anche nel corso dell'ultimo anno e il **18%** nell'ultimo mese, sottolineando come anche tra questo target il gioco d'azzardo sia diventato una pratica comune.

I giochi maggiormente praticati sono costituiti da giochi passivi e a bassa soglia di accesso: **Gratta & Vinci e Lotto/Superenalotto**, seguiti a distanza da Lotterie istantanee e Tombola/Bingo, soprattutto tra gli under 79enni. Una quota non trascurabile di giocatori preferisce il tradizionale gioco a carte a soldi.

Si gioca prevalentemente nei **Bar e tabacchi**, seguiti da abitazioni private propria o di amici e dai circoli ricreativi.

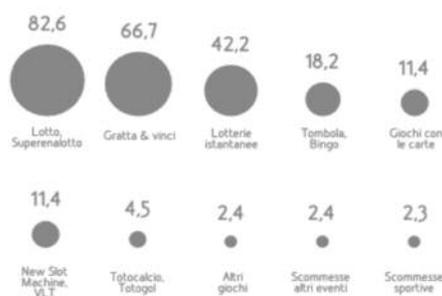
Quanto spesso giocano e quali sono i giochi più praticati da chi gioca più frequentemente?

Per quasi il **60%** delle persone che hanno giocato durante l'anno si è trattato di farlo occasionalmente (una volta al mese o meno), mentre per il **3%** la frequenza è stata più assidua.

I giochi praticati tra coloro che hanno giocato almeno 2-3 volte a settimana, sono prevalentemente giochi non strategici, quali Lotto/Superenalotto, Gratta & Vinci e Lotterie istantanee.

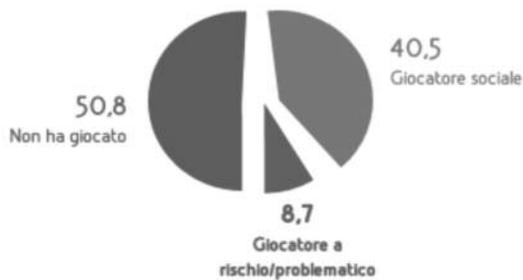
Non manca, tuttavia, un **18%** ed un **11%** che gioca più volte durante la settimana rispettivamente a Tombola/Bingo e alle New Slot Machine/ Videolottery.

Numero di occasioni gioco	Maschi (%)	Femmine (%)	65-79 anni (%)	80-84 anni (%)
≤ 1 volta/mese	56,7	61,4	58,9	55,6
≤ 1 volta/settimana	23,6	25,0	24,7	22,2
2-3 volte a settimana	17,2	9,8	13,3	18,5
4-5 volte a settimana	1,3	0,8	0,8	3,7
Tutti i giorni o quasi	1,3	3,0	2,3	0,0



Quanti sono gli anziani con un comportamento di gioco definito a rischio o problematico?

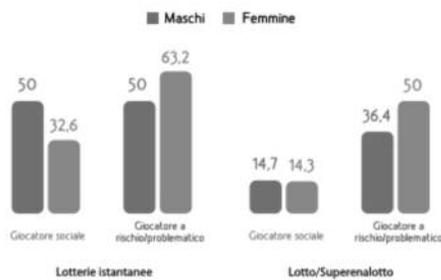
Per il **41%** della popolazione indagata il gioco d'azzardo praticato è di tipo "sociale", cioè esente da rischio. Gli anziani con un comportamento di **gioco definito problematico sono l'8,7%** della popolazione studiata (circa 16.000 persone di questa specifica età). Se si analizza il solo campione dei giocatori la percentuale corrisponde al **17,7%**³.



Non si evidenziano differenze statisticamente significative tra i generi e neppure a livello di età.

Quali tipologie di gioco contraddistinguono i giocatori A rischio o problematici

Sono le **Lotterie istantanee** a contraddistinguere, in entrambi i generi, i giocatori A rischio o problematici rispetto a quelli Sociali, cui si aggiungono per le donne si aggiungono il **Lotto e Superenalotto**. Nelle altre tipologie di gioco, invece, non si evidenziano differenze significative tra giocatori A rischio/problematici e Sociali.



Il 9,3% dei giocatori A rischio/Problematici riferisce di giocare frequentemente (4-5 volte a settimana o tutti i giorni) ai Gratta & Vinci, il 5,9% a Lotterie istantanee, il 2,1% alle VLT, l'1,9% a Lotto/superenalotto.

Quali sono le caratteristiche dei giocatori A rischio/Problematici rispetto a quelli Sociali?

Un elemento che caratterizza una condizione di gioco A rischio/Problematico è lo stato civile: coloro che si ritrovano nella condizione di "vedovi, celibi/nubili o separati" tendono ad associarsi positivamente a profili di gioco A rischio/Problematico piuttosto che l'essere "coniugati", maggiormente tra gli uomini e tra le persone di 65-74 anni.

Anche lo stato percepito di **depressione** e quello di **ansia** risultano fortemente associati ad un comportamento di gioco A rischio/Problematico, sia nel genere maschile che nelle persone di 65-79 anni.

Se da un lato il facile accesso al gioco d'azzardo può avere un certo impatto sullo sviluppo di comportamenti di gioco problematico, le condizioni mentali rappresentano un contributo ancor più grande in tal senso. Le cause di questo tipo di comportamenti compulsivi e di dipendenza sono, infatti, da ricercare spesso nella depressione e nell'ansia

Caratteristiche associate al profilo di gioco A rischio/Problematico sono:

- la tendenza a **giocare "quantità crescenti di denaro"**;
- un tipico schema comportamentale di "rincorsa" (chasing) delle proprie perdite, **"tornando un altro**

giorno per cercare di rivincere i soldi persi";

- la perdita della capacità di autocontrollo, in entrambi i generi e per i 65-79enni;
- il **"decadimento cognitivo"** e la presenza di **"disturbi di natura nervosa"**, in particolar modo nel genere maschile e tra gli anziani di 65-79 anni.

Viceversa, tra i giocatori, coloro che hanno una percezione di **positività e benessere**, di vivere in uno stato di **buona salute** in generale e di vitalità hanno minori probabilità di presentare situazioni di gioco A rischio/Problematici.

Tra i soggetti oggetto dell'indagine inoltre nessuno ha riferito di aver chiesto aiuto per la problematica legata al gioco. Le situazioni di gioco d'azzardo a rischio o problematico risultano invece fortemente associate all'incremento del **numero di patologie diagnosticate** dal medico.

Cosa pensano rispetto al gioco d'azzardo e quale grado di rischio gli attribuiscono?

Hanno maggiori probabilità di appartenere al gruppo di giocatori A Rischio/Problematici coloro che:

- considerano il gioco **un mezzo per facilitare la socializzazione**;
- ritengono **il gioco un'azione eccitante**;
- hanno una scarsa **percezione del rischio** (ritengono che il gioco d'azzardo non possa, o possa solo in minima parte, provocare problemi familiari e nei rapporti interpersonali).

Conclusioni

I dati emersi evidenziano **aspetti significativi**, che **permettono di delineare ipotesi operative sul piano preventivo**. In particolare:

1. La presenza di problematicità a livello psico-fisico tra i giocatori "A rischio o problematici" segnala l'importanza di attivare **un'azione di sensibilizzazione nei confronti dei Medici di Assistenza Primaria**, affinché in presenza degli elementi emersi come caratterizzanti il giocatore a rischio o problematico (percezione di ansia e depressione, scarsa autopercezione del proprio stato di benessere/salute, difficoltà di auto controllo...), approfondiscano la situazione e indaghino l'eventuale presenza di problematicità legate al gioco d'azzardo;
2. la **tendenza da parte dei giocatori problematici** a non conoscere o a **banalizzare i rischi legati al gioco d'azzardo** sollecita un intervento **sul credo normativo**, proseguendo nelle azioni di sensibilizzazione sul gioco d'azzardo, sui rischi ad esso connessi e sulle reali probabilità di vincita, con particolare attenzione ai giochi e ai luoghi evidenziati come a maggior rischio. Perché l'azione di sensibilizzazione sia efficace è necessario coinvolgere i diversi soggetti delle reti e delle comunità territoriali in rapporto con questa fascia della popolazione.
3. La **correlazione tra problematicità del gioco e dimensione di solitudine** con conseguente bisogno di socializzazione, a cui il gioco d'azzardo diventa possibile risposta, confermano la necessità di intervenire a livello delle comunità locali per **promuovere e valorizzare iniziative** di socializzazione indirizzate a questo target, coinvolgendo il variegato

panorama di realtà già presenti nei territori, dall'associazione ai gruppi di cammino.

4. Viene inoltre evidenziata l'importanza di **attivare iniziative pilota di giochi alternativi a carattere di socialità**, esperienze ludiche in cui poter sperimentare, in contesti inclusivi e di relazione, le proprie abilità e vivere emozioni piacevoli.
5. **la diffusione** tra i giocatori problematici della pratica di **giochi passivi** e l'emergere di **bar e tabacchi** come luoghi in cui si gioca maggiormente, sollecitano la necessità di **dare continuità alla ricerca** di interlocuzioni e collaborazioni con i gestori dei locali in cui si pratica il gioco d'azzardo e alla promozione del codice etico per i gestori. Viene confermata inoltre la necessità di allargare l'interlocuzione anche ai gestori di tabacchi e alle loro associazioni di categoria.

In conclusione, l'indagine conferma che ci si trova di fronte ad un **fenomeno complesso ed articolato**, che può essere affrontato, sia in chiave preventiva, sia di intercettazione e gestione precoci delle situazioni di problematicità, solo **attraverso la costruzione e il consolidamento di collaborazioni multilivello con tutti i soggetti a diverso titolo coinvolti**.

IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Due anni di attività progettuale della task force della ASL Milano2

Paola Broggi, *Psicologa, psicoterapeuta. Consulente Dipartimento Dipendenze ASL Milano2. Consulente Servizio Alcoldipendenze San Raffaele Milano*
Alfio Lucchini, *Psichiatra, specialista in psicologia e psicoterapeuta. Direttore Dipartimento Dipendenze ASL Milano 2*

Legislazione della Regione Lombardia in materia di gioco d'azzardo patologico: la legge n.8/2013 e il ruolo delle ASL

In Lombardia la legge regionale n.8 del 21 ottobre 2013 definisce le norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico.

Gli obiettivi di tale legge comprendono la prevenzione, il contrasto, il trattamento ed il recupero dei giocatori patologici ed infine il sostegno alle famiglie.

Se tra le competenze della Regione Lombardia viene dichiarata "l'attività di programmazione per la prevenzione e il contrasto della dipendenza da GAP" (articolo 4), un ruolo specifico viene affidato ai Comuni (articolo 5) ed alle ASL (articolo 6).

Queste ultime hanno la consegna di promuovere "gli interventi di prevenzione del rischio di dipendenza da GAP mediante iniziative di sensibilizzazione, informazione, educazione per fornire un primo servizio di ascolto, assistenza e consulenza sul tema del gioco d'azzardo patologico (...)".

La circolare regionale del 15/01/2014 (n°1) fornisce le prime indicazioni attuative della DRG n. 856/2013: in particolare la Misura 5 della circolare, che entra nel merito della "Presenza in carico ambulatoriale delle persone affette da gioco d'azzardo patologico", si suddivide in due azioni: "Sensibilizzazione ed informazione della popolazione" ed "Accoglienza, presa in carico e cura dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico".

L'Azione 1 dà rilievo soprattutto alla necessità di attivare la Prevenzione del GAP, includendola nei Piani Locali di Prevenzione e nella Rete Locale Prevenzione Dipendenze, e dispone che le azioni di sensibilizzazione siano "capillari" sul territorio con coinvolgimento delle amministrazioni locali.

Declina quindi gli ambiti di intervento in 4 categorie:

1. interventi di prevenzione specifici,
2. interventi di sensibilizzazione alla popolazione generale,
3. interventi informativi rivolti a target selezionati di popolazione,
4. interventi formativi/informativi.

Di fatto, l'intento è di coprire a 360° i campi di applicazione per non trascurare alcun ambito di intervento. Di seguito vengono presentate le principali tappe del

¹ (Gori et al., 2014; Hodgins et al., 2013; Desai et al., 2007; Potenza et al., 2006).

² ASCOM, Associazione Atena, Associazione Giocatori Anonimi, Associazione Libera, Associazione Provinciale Polizia Locale, Caritas Bergamo, Comune di Bergamo, Confcooperative - Federsolidarietà, CONFESERCENTI, Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, L'Eco di Bergamo, Prefettura, Questura, Sindacato - CGIL, Sindacato - CISL, Tavolo Enti Accreditati, Tavolo del Terzo Settore.

³ Classificazione effettuata in base ai risultati del test Canadian Problem Gambling Index - CPGI (Colasante et al., 2012)

lavoro svolto sul territorio della Asl Milano 2, dal Dipartimento delle Dipendenze: le attività svolte con le istituzioni sul territorio precedentemente alla promulgazione della legge hanno facilitato la adeguata attuazione delle indicazioni regionali.

La storia e lo scenario: come ASL Milano 2 ha "anticipato" e recepito la legge n. 8/2013

La Conferenza dei Sindaci della ASL Milano 2, organismo composto dai Sindaci dei 53 comuni che insistono nel territorio della ASL Milano 2, ha sancito nel documento programmatico di mandato del febbraio 2013 un rafforzamento della rete tra ASL e Comuni, evidenziando l'importanza della raccolta e dell'analisi omogenea dei dati così come della messa a sistema delle informazioni nel campo delle dipendenze, tra cui anche del gioco d'azzardo patologico.

A partire dai programmi di mandato della Conferenza dei Sindaci e dalle linee programmatiche della Regione Lombardia deliberate in aprile 2013, la ASL Milano 2 ha approvato a dicembre 2013 il Piano di Intervento Territoriale sul GAP "Game over...e poi?".

Questo piano era già stato approvato all'unanimità nell'assemblea plenaria della Conferenza dei Sindaci del 7 ottobre 2013, a segnalare un intento condiviso tra i rappresentanti istituzionali del territorio di ASL Milano 2. In questo documento si afferma la necessità di intervenire sui livelli individuale, sociale, territoriale ed istituzionale sia da un punto di vista comunicativo che da un punto di vista preventivo/informativo per affrontare adeguatamente il fenomeno del GAP.

Sempre nella medesima sede, si è posto l'accento sull'importanza di ottenere un quadro più nitido della effettiva distribuzione di *slot machine* e sale da gioco sul territorio della ASL Milano 2: si è dunque concordato che le amministrazioni comunali si impegnassero a curare la mappatura dei luoghi deputati al gioco d'azzardo lecito, con attenzione a rilevare le caratteristiche qualitative degli stessi (quali ad esempio la tipologia dell'esercizio nelle quali si trovassero) oltre che ovviamente quantitative (quali ad esempio il numero di apparecchi installati in ciascun locale pubblico).

Si è stabilito che al Dipartimento delle Dipendenze della ASL Milano 2 dovessero convergere tutte le informazioni derivanti da questo censimento: non sono mancati ritardi e resistenze nell'effettivo svolgimento di questo censimento, che è quindi ancora in corso.

Un altro passaggio significativo nella direzione di realizzare sul territorio della ASL Milano 2 attività in coerenza con la normativa regionale è avvenuto nel dicembre 2014: con deliberazione n. 440 dell'11 dicembre 2014, infatti, la ASL Milano 2 ha approvato l'Accordo Quadro tra la medesima ASL e la Conferenza dei Sindaci del territorio, in merito alla realizzazione del Piano di intervento Territoriale sul gioco d'azzardo patologico. L'Accordo Quadro origina dalla convergenza tra gli atti fondamentali di Regione Lombardia in merito al contrasto, prevenzione e riduzione del rischio della dipendenza da gioco patologico ed il Piano Territoriale "Game over...e poi?" di ASL Milano 2.

Prevede quattro azioni: conoscenza e monitoraggio del territorio, prevenzione, informazione e sensibilizzazione, formazione.

Interventi realizzati da ASL Milano 2 secondo l'Accordo Quadro

Verranno illustrati in questo paragrafo gli interventi realizzati da ASL Milano 2 tra il 2013 ed oggi, suddivisi secondo le quattro azioni previste dall'Accordo Quadro e rappresentati sinteticamente in ultima pagina (figura 1).

1. Conoscenza e monitoraggio del fenomeno sul territorio
L'attenzione che il Dipartimento delle Dipendenze della ASL Milano 2 ha attribuito alla dimensione conoscitiva del fenomeno è stata elevata già in tempi antecedenti all'Accordo Quadro, il quale ha conferito una cornice formale a quanto era già in essere: negli ultimi anni molte sono state infatti le occasioni di incontro realizzate sul territorio. Questi incontri hanno anche permesso al personale del Dipartimento di intercettare in modo più mirato specifici bisogni che emergevano nel territorio, e di intervenire quando necessario.

Possiamo proporre a titolo esemplificativo di questa modalità di agire quanto successo rispetto alla diffusione del gioco d'azzardo lecito tra gli anziani: a seguito di diverse segnalazioni mosse da associazioni di volontariato e da rappresentanti delle istituzioni di diversi Comuni del territorio della Asl Milano 2, la *Task Force Gap* ha ideato un questionario che è rivolto prettamente agli *over 65* (Senior Problem Gambling Questionnaire - SPGQ).

Caratterizzato da pochi item di semplice risposta, mira a rilevare sia la percezione dei possibili risvolti patologici del gioco d'azzardo sia la diffusione di tale comportamento.

Il questionario è in fase di somministrazione in diverse realtà associative ed assistenziali per anziani.

Sulla stessa linea, anche il questionario rivolto agli operatori dei Comuni cui sono stati rivolti corsi di formazione sul gioco d'azzardo ha incluso alcuni quesiti in merito al livello di conoscenza del fenomeno prima e dopo la partecipazione al corso.

2. Prevenzione

L'azione di prevenzione è stata realizzata attraverso il programma LifeSkills Training rivolto agli studenti delle scuole secondarie di primo grado.

Sul territorio della Asl Milano 2, gli istituti coinvolti nel programma LST per l'anno scolastico 2014-2015 sono stati sei, che avevano già aderito al programma negli anni scolastici precedenti.

I dati relativi all'anno scolastico 2013-2014 hanno visto più di 70 insegnanti coinvolti nella formazione ad opera del personale della ASL Milano 2, per un totale di circa 900 studenti coinvolti, appartenenti a 22 classi.

3. Informazione/sensibilizzazione

Al fine di intercettare, valorizzare ed integrare punti di osservazione differenti sul territorio, si è adottata una modalità flessibile nel proporre incontri di informazione e sensibilizzazione sul gioco d'azzardo: in alcune occasioni, infatti, gli incontri sono stati predisposti per mettere in contatto il più possibile attori diversi che operano sullo stesso territorio; in altri casi invece si sono svolti incontri in contesti aggregativi particolari, accomunati da una disponibilità in tal senso e da

una omogeneità tra i partecipanti.

Per qualunque intervento restava come obiettivo primario dei referenti di ASL Milano 2 quello di trasmettere informazioni utili rispetto al Piano di Intervento messo a punto, alle possibilità di presa in carico e di trattamento per i giocatori e le loro famiglie sull'intero territorio della ASL, così da favorire la costruzione di una rete di sostegno più solida nella prevenzione e contrasto dei problemi connessi al gioco d'azzardo.

Va segnalato in tale senso che alcuni di questi interventi sono stati svolti dagli operatori della *Task Force GAP* della ASL Milano 2 percorrendo i tempi dell'Accordo Quadro, e si sono posti all'interno delle attività che la ASL ha svolto in linea con la normativa regionale.

Sempre nell'intento di comporre un lavoro di rete per affrontare la tematica del gioco d'azzardo patologico, integrato con i soggetti istituzionali, il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL Milano 2 ha previsto anche un'attività di informazione e sensibilizzazione attraverso vari canali di comunicazione.

Il proprio sito istituzionale (www.aslmi2.it) è stato costantemente aggiornato sui piani di azione approvati e sulle iniziative che ASL Milano 2 programmava ed attuava in tema di gioco d'azzardo.

Sulla scia della campagna "*Game over..e poi?*" già in essere a livello territoriale dal 2013, nel 2014 si è svolta la preparazione e predisposizione di nuovo materiale pubblicitario specifico.

È stata pertanto ideata una brochure da utilizzare sia a fini informativi che di supporto, per favorire che un eventuale problema col gioco venga intercettato in tempo e non progredisca con modalità ingravescente. I target individuati sono stati tre: i giocatori, i familiari dei giocatori ed i giovani.

Sono state dunque ideate tre brochure distinte, con alcune caratteristiche comuni ed alcune specifiche in base al target considerato, tutte accomunate dal linguaggio colloquiale e immediato.

La strategia comunicativa che è stata predisposta per l'uso di questo materiale cartaceo si è declinata operativamente su vari livelli:

- il materiale è utilizzato da parte degli operatori ASL a supporto delle iniziative organizzate per informare e sensibilizzare *target* selezionati (ad esempio negli incontri di formazione per gli esercenti dei locali con apparecchi da gioco; nei corsi di formazione per operatori sociali, socio sanitari e di polizia municipale dell'Ente Locale);
- il materiale è diffuso attraverso gli Enti Locali in particolari punti sensibili: per gli anziani, nei luoghi in cui essi si ritrovano frequentemente (quali ad esempio Centri Anziani, Associazioni della terza età); per i giovani nei luoghi aggregativi (come ad esempio i Centri di Aggregazione pubblici e privati); per le Associazioni di volontariato, nelle loro sedi; per la popolazione generale, nei luoghi di maggior ritrovo (quali ad esempio biblioteche e uffici comunali);
- il materiale è stato distribuito all'interno dei Servizi dell'ASL Milano 2 nei vari dipartimenti, distretti, consultori familiari, SERD;
- il materiale è in fase di distribuzione ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta, per

rafforzare l'individuazione precoce delle persone con disturbi da Gioco d'azzardo problematico o Patologico e per l'invio mirato ai centri di cura e trattamento;

- in accordo con associazioni di categoria (Federfarma) il materiale è stato inviato alle farmacie del territorio, contesti frequentati in particolar modo dalla popolazione adulta e anziana;
- il materiale è stato inviato ai Medici Competenti delle Aziende presenti sul territorio per sensibilizzarli alla problematica e ottenerne collaborazione nel far circolare informazioni utili tra i cittadini in età lavorativa sul fenomeno e sulle possibilità di contrasto.

Oltre al ricorso alla documentazione cartacea, le azioni di ascolto, consulenza e orientamento ai Servizi della ASL Milano 2 sono state valorizzate attraverso altri canali di comunicazione.

È stata attivata, segnalata sulle brochure e resa nota in tutti i contesti di intervento con cui gli operatori ASL Milano 2 sono entrati in contatto, una casella di posta elettronica appositamente dedicata al gioco d'azzardo (gap.dipendenze@aslmi2.it): questo costituisce un ulteriore canale comunicativo, utile per un contatto iniziale tra gli operatori e i cittadini ed è utile per ottenere suggerimenti e risposte ad eventuali quesiti. Stesse finalità per quanto riguarda l'istituzione di un numero verde dedicato (800 184 909) al quale rispondono gli operatori della *Task Force GAP*.

In conclusione, si evince che il dispiegamento di risorse in varie direzioni e secondo modalità comunicative differenti rappresenta un passaggio del più ampio processo che mira a costruire nel territorio una rete di alleanze tra "punti strategici": i cittadini in generale, i soggetti che operano nel settore del gioco, gli operatori sanitari, l'associazionismo, l'ambito medico.

4. Formazione

In questo ambito di intervento specifica attenzione è stata rivolta alla formazione ed informazione degli operatori comunali del territorio della ASL Milano 2: essi rappresentano un'interfaccia primaria tra le istituzioni in senso ampio ed i cittadini che afferiscono ad esse per le proprie necessità di assistenza e sostegno. Si è ravvisata una sostanziale convergenza di intenti nel ritenere di grande importanza che gli operatori dei Comuni siano informati e competenti nell'intercettare situazioni di problematiche connesse al gioco d'azzardo; si è ritenuto altrettanto importante che conoscano le possibilità per sostenere nel modo idoneo le persone che hanno problemi con il gioco d'azzardo, *in primis* attivando la rete dei servizi specialistici esistenti sul proprio territorio per la presa in carico dei giocatori problematici e patologici e dei loro familiari.

Agli operatori comunali sono stati proposti quindi seminari *ad hoc* della durata massima di quattro ore condotti da psicologi.

Gli obiettivi erano sostanzialmente: presentare il servizio offerto dalla ASL Milano 2 in materia di gioco d'azzardo patologico; sensibilizzare gli operatori rispetto alle caratteristiche del gioco d'azzardo problematico e patologico (ad esempio per quanto riguarda le fasce di età a rischio); addestrare gli operatori all'impiego di brevi questionari di *screening* validati in Italia che

potessero agevolarli nell'individuare situazioni meritevoli di ulteriori approfondimenti (quali ad esempio, il Lie Bet Questionnaire).

Questi seminari sono stati un'occasione preziosa anche per lo scambio di informazioni tra operatori di servizi territoriali differenti, nel quadro più ampio di costruzione di rete che possa intervenire sempre più efficacemente per rispondere ai bisogni e hanno consentito agli operatori della ASL Milano 2 di conoscere in modo più approfondito alcune peculiarità del territorio.

Al termine del seminario veniva consegnato ai partecipanti un questionario ideato appositamente per questa tipologia di intervento) che conteneva una autovalutazione relativa alle competenze sui problemi connessi al gioco d'azzardo, precedenti l'incontro.

A questo proposito, alcuni ritenevano di non avere alcuna conoscenza pregressa sull'argomento, altri una conoscenza superficiale, altri una conoscenza adeguata.

Sebbene molti dirigenti della Polizia Locale siano stati coinvolti negli incontri svoltisi nelle sedi dei Comuni insieme a rappresentanti comunali (sindaci, assessori, dirigenti, etc..) e siano quindi stati partecipi in varie occasioni anche nel segnalare situazioni specifiche del territorio su cui operavano, non sono mancati interventi rivolti specificamente ai membri della Polizia Locale, ai quali l'evoluzione dell'iter legislativo ha affidato man mano compiti specifici coerenti con le norme approvate.

Queste attività hanno riguardato l'aggiornamento sullo status legislativo e sui servizi di cura presenti sul territorio della ASL Milano 2, ma sono stati anche informativi sulle caratteristiche peculiari della dipendenza da gioco: questo ai fini di offrire al personale della Polizia Locale strumenti idonei per intercettare più consapevolmente sia violazioni che situazioni problematiche e, quando possibile, poter indirizzare le persone coinvolte verso i più adeguati contesti di cura.

Obiettivo fondamentale della quarta azione dell'Accordo Quadro ed ultimo solo in termini di realizzazione nel tempo è stato l'attività formativa rivolta agli esercenti.

Per la realizzazione dei corsi di formazione per esercenti è stata stipulata una convenzione nell'ottobre 2014 tra le ASL Milano 2, Milano 1 e Confcommercio, e poi nel giugno 2015, con AFOL (Agenzia Formazione Orientamento Lavoro) Est e AFOL Sud.

Sul territorio della ASL Milano 2, i corsi di formazione per esercenti che hanno apparecchi da gioco d'azzardo lecito nei loro locali pubblici sono cominciati dal mese di novembre 2014.

Ogni corso di formazione è stato condotto congiuntamente da due membri della *Task Force GAP* e da un avvocato.

Le quattro ore di corso previste sono state suddivise in due parti: una specificamente dedicata alla cornice legislativa nazionale e lombarda, una riservata alla presentazione di dati relativi al gioco d'azzardo patologico, alle caratteristiche distintive del giocatore d'azzardo patologico, con particolare attenzione alle difficoltà che l'esercente può incontrare nella gestione di clienti con questo disturbo, alla presentazione del piano territoriale e delle attività che la ASL Milano 2 sta conducendo per la prevenzione ed il trattamento

del disturbo da gioco d'azzardo.

Al termine di ogni corso, ai partecipanti è stata consegnata una prova di verifica dell'apprendimento dei contenuti appresi con relativo attestato di partecipazione al corso rilasciato da Regione Lombardia. Analogamente ai corsi di formazione per operatori sociali, anche al termine di ciascun corso per esercenti i partecipanti hanno compilato un questionario di gradimento.

Sono stati realizzati al momento una trentina di corsi, con una media di 25 iscritti a corso, presso le sedi di Confcommercio di Melegnano, Vaprio d'Adda, Gorgonzola, Melzo, Binasco e presso le sedi di Afol Est di San Donato Milanese.

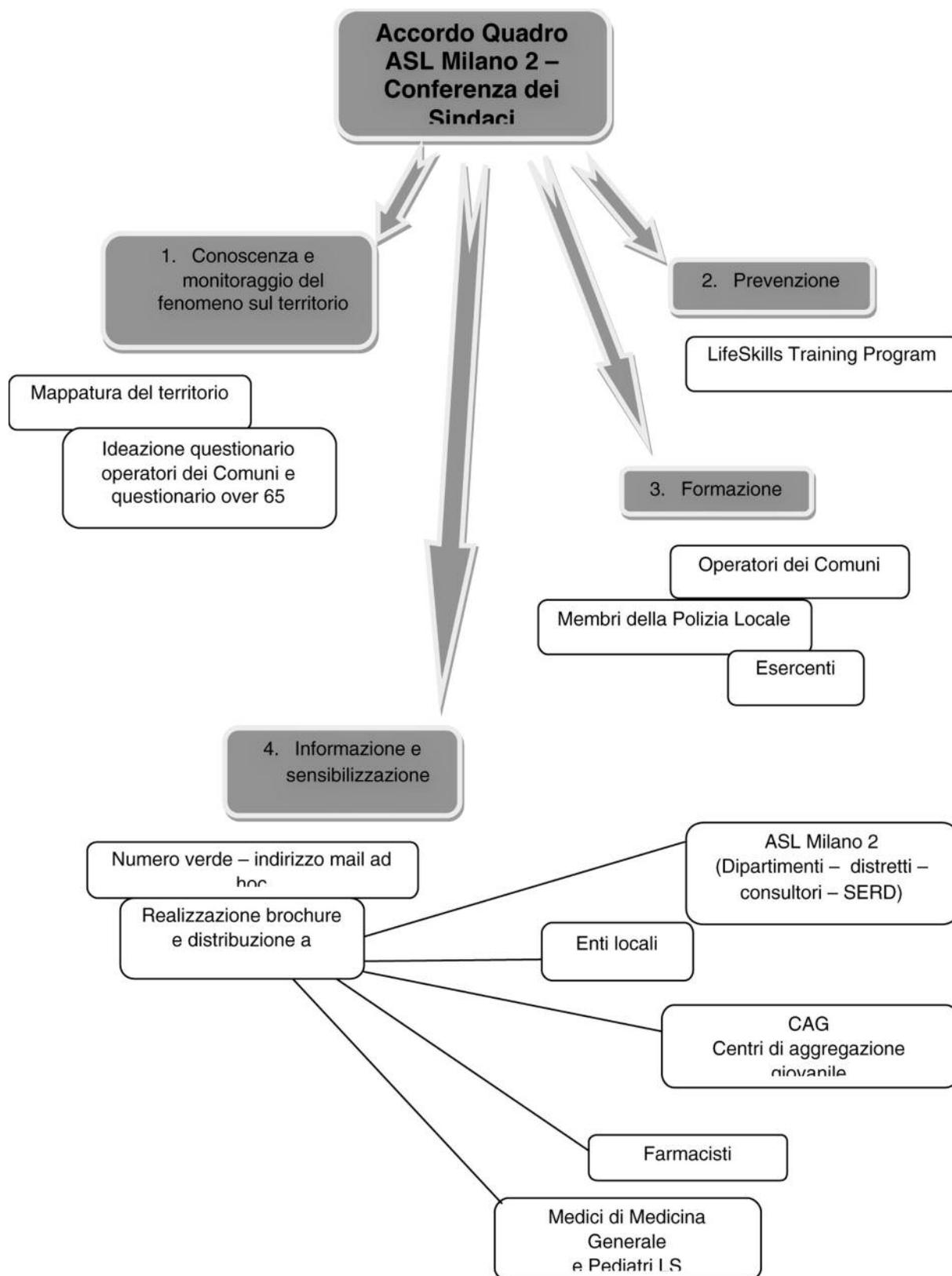
Il totale degli esercenti formati ad oggi si avvicina alle 800 persone.

Azioni in corso e azioni future

Limitandoci all'anno in corso ad integrazione e a supporto di quanto già previsto nel Piano di intervento territoriale sul GAP, sono programmate nella ASL, a cura del Dipartimento delle Dipendenze, le seguenti attività:

- Creazione di una pagina Facebook dedicata alle diverse forme di dipendenza ed in particolare ai rischi connessi al gioco d'azzardo.
- Apertura di spazi di informazione e consultazione presso un campione di Farmacie scelte in alcuni distretti del territorio ad uso della cittadinanza per suscitare una maggiore sensibilità su questa problematica ed offrire informazione sui Servizi dell'ASL dedicati alla presa in carico.
- Apertura di spazi di informazione e consultazione presso un campione di esercizi pubblici dotati di apparecchiature per il gioco d'azzardo lecito per offrire ai giocatori la possibilità di valutare il proprio stile di gioco ed offrire informazione sui Servizi dell'ASL dedicati alla presa in carico.
- Creazione di un breve messaggio radiofonico da trasmettere in alcune radio locali di sensibilizzazione sui rischi connessi al Gap e per pubblicizzare i servizi dell'ASL.
- Realizzazione di un video promozionale da utilizzare negli interventi informativi e di sensibilizzazione sul tema.
- Prosecuzione del monitoraggio del fenomeno sul territorio attraverso la somministrazione dei questionari ideati ad hoc, ovvero: questionario per popolazione over 65 (Senior Problem Gambling Questionnaire - SPGQ) e questionario riservato agli operatori dei servizi e dei comuni
- Intensificazione del monitoraggio del fenomeno sul territorio anche attraverso la somministrazione di nuovi questionari che ASL Milano 2 impiegherà, rivolti alla popolazione adolescenziale (SOGS-RA, versione italiana; attività realizzata in collaborazione con NEUROFARBA (Università di Firenze - Sezione di Psicologia) e agli esercenti (ispirato a precedente questionario realizzato da FeDerSerD).

Figura 1



4

A CHE PUNTO SIAMO? ESPERIENZA DI ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DELLA ASL NA1 CENTRO NELL'INTERVENTO SUL GAP

Luigia Cappuccio, *Dirigente psicologo, referente gioco patologico ASL NA 1 CENTRO*

Il gap rappresenta oramai una problematica ben riconosciuta e definita, attorno alla quale si è ragionato a lungo rispetto all'inquadramento nosografico e alla sua classificazione. Negli ultimi anni anche gli studi di neuroscienze hanno dedicato attenzione alle manifestazioni cerebrali che possono essere associate a tale comportamento disfunzionale. Tali studi hanno appurato notevoli contributi, che ci hanno permesso di comprendere i sistemi di funzionamento del cervello e le aree interessate rispetto alla sfera della gratificazione e al controllo degli impulsi nei giocatori patologici. Vari autori si sono occupati di classificare le diverse tipologie di giocatori problematici e patologici, differenziando le diverse tipologie di personalità e le funzioni cui il sintomo del gioco assolve (M. Croce, 2002). La conseguenza di tali riflessioni e approfondimenti scientifici ha determinato la nuova classificazione nosografica del GAP che nel DSM V° è traghettato nel capitolo delle New addiction senza sostanze, con la denominazione "disturbo da gioco d'azzardo patologico". (Ricordiamo che nel DSM IV° era ancora inserito nel capitolo dei disturbi del discontrollo degli impulsi non altrove classificati).

Con il decreto BALDUZZI 158/2012, ai servizi per le dipendenze patologiche viene affidata la cura e la prevenzione dei disturbi da gioco d'azzardo. Analizzando la situazione nei servizi prima e dopo il decreto Balduzzi, si evidenzia come prima del decreto esisteva un'accoglienza sporadica e spontanea dei giocatori nei SerD; alcune realtà del nord Italia avevano già provato a organizzare e a ragionare su interventi dedicati ai giocatori patologici (E. Marcaccini, 2011). Dopo il decreto emerge la necessità di accogliere i giocatori e di strutturare interventi specifici, creando condizioni, spazi dedicati e razionalizzando le risorse già spesso insufficienti per gestire l'utenza in carico.

Si fa subito strada l'interrogativo relativo al se fosse giusto o meno affidare tale problematica ai Sert, che nascono con la prerogativa di essere servizi per la cura delle tossicodipendenze, ma che oramai si sono trasformati in SerD, servizi quindi per le dipendenze in senso più ampio del termine. Il decreto Balduzzi definisce operativamente un riconoscimento che i Sert si erano già dati implicitamente e empiricamente. Questo da un lato ha i suoi effetti positivi perché, come ci ricorda anche G. Bellio, gli operatori dei SerD hanno già un bagaglio di esperienza da mettere a servizio di questa nuova problematica, dall'altro si corre il rischio,

già in parte avvenuto, di appiattire anche questa nuova, almeno nelle sue manifestazioni attuali, forma di addiction su modalità d'intervento cristallizzate e magari non del tutto appropriate. Si delinea l'esigenza di creare momenti di formazione specifica e di sensibilizzazione alla problematica tra gli operatori, promuovere un linguaggio comune, aderire ad una filosofia di intervento. Sembra che i servizi debbano ritornare ad un punto di partenza e giocare una nuova partita. Tale dimensione, se da un lato spaventa e scoraggia (date appunto le condizioni difficili da cui si parte), dall'altra rappresenta per gli operatori ancora motivati un'occasione stimolante che mette di nuovo al centro e rilancia i Sert spesso addormentati in un torpore preoccupante e intrappolati in interventi stereotipati, incapaci di adeguarsi ai cambiamenti della storia delle dipendenze con e senza sostanze.

IL DECRETO BALDUZZI QUINDI SMUOVE LE ACQUE, RIAPRE DOMANDE.

Dopo queste considerazioni di carattere generale, qui di seguito viene riportata l'esperienza della A.S.L. Na 1 Centro relativa al processo di costruzione di una possibile organizzazione dei 10 SerT territoriali rispetto alle possibilità d'intervento da offrire ai giocatori patologici che si rivolgono ai servizi. L'unità complessa dipartimentale è partita dal cominciare a mettere insieme e riflettere sulle esperienze di lavoro col gap già presenti nei servizi della A.S.L. NA 1 Centro fino a prima del decreto. E' stato nominato dal responsabile della U.O.C dipendenze un referente della A.S.L. per il gioco d'azzardo, il quale ha partecipato alle riunioni del gruppo di lavoro istituite dalla Regione Campania. Si è successivamente costituito un gruppo di lavoro dipartimentale formato dal referente A.S.L., da alcuni operatori pubblici interessati a lavorare sulla problematica e provenienti dai diversi servizi territoriali per le dipendenze, e da operatori del privato sociale che lavorano nelle strutture intermedie diurne della A.S.L. NA 1 e nel servizio MAMACOCA (dedicato ai consumatori di cocaina). Alcuni di questi operatori avevano già esperienza di lavoro col gap, altri avevano interesse verso la problematica. Tale gruppo allargato, che si è incontrato per 6 volte, aveva due obiettivi principali: promuovere uno scambio e un confronto di esperienze sul lavoro già svolto in alcuni servizi; creare una strategia di intervento comune per l'accoglienza e il supporto da offrire ai giocatori patologici. Successivamente un gruppo più ristretto di operatori (formato dal referente gap per la A.S.L. e da altri 2 operatori dei servizi) hanno continuato a incontrarsi insieme col responsabile dell'unità complessa dipendenze per valutare la fattibilità delle proposte emerse.

COSA È EMERSO DAL LAVORO DEL GRUPPO: Alcuni servizi avevano già una casistica, anche se con numeri non elevati, di giocatori patologici in trattamento. Due Sert avevano aderito ad un progetto di FederSerD e Lottomatica rispondendo alle richieste di aiuto che arrivavano in anonimato grazie ad un numero verde, che orientava presso due dei 10 servizi. Altri Sert avevano seguito solo alcuni casi, qualche altro servizio non aveva esperienza a riguardo. Si è da subito delineata per tutti l'esigenza di un percorso di formazione

specifica. Tale richiesta è stata raccolta dal U.O.C Dipendenze che ha organizzato all'interno del programma ECM 2013 un corso specifico sul gioco d'azzardo patologico. Si è delineata la possibilità di offrire almeno un primo livello di intervento ai giocatori patologici senza pensare al pagamento di un ticket, tale linea testimonia la filosofia alla base della politica di intervento del nostro Dipartimento. Non è sembrato opportuno ipotizzare da subito un servizio specifico dedicato al gap, ma concedersi un tempo di osservazione del fenomeno, del suo andamento anche in termini numerici, in termini di analisi della domanda. Questo orientamento cauto era necessario anche per non mandare in affanno risorse già sovraccariche nei nostri servizi. Gli operatori hanno ipotizzato strategie di intervento possibili nella realtà attuale dei servizi, tentando di mantenere un pensiero critico rispetto alle esigenze presentate dalla nuova problematica, provando a leggerla nelle sue sfaccettature e nella sua complessità (varia tipologia di utenza, fasce di età diverse, tipologie di gioco diverse, comorbidità, ecc.). Il tentativo è stato quello di provare a mettere insieme le risorse già presenti nel nostro sistema di servizi (risorse del pubblico e del privato sociale che già da molti anni hanno nella A.S.L. NA 1 Centro una storia di integrazione nell'intervento sulle dipendenze da sostanze). Si è quindi fatta strada l'idea che ognuno dei 10 SerT potesse pensare di garantire ai giocatori problematici/ patologici un intervento ambulatoriale che si snoda attraverso l'accoglienza, la ridefinizione della domanda e una valutazione del livello di gravità del comportamento disfunzionale di gioco patologico, cui può eventualmente seguire un percorso psicologico individuale. Due servizi in particolare, quelli che lavorano in stretto contatto con le strutture intermedie diurne, invece riescono ad offrire ai giocatori problematici un percorso **diurno più strutturato**, con attività laboratoriali giornaliere, di maggiore contenimento. Tale percorso appare appropriato quando la situazione del giocatore è fortemente compromessa e necessita di un'una fermata e di un allontanamento dalle dinamiche familiari e sociali che sono precipitate al punto di mettere la persona in situazioni di forte rischio. In questi servizi si sono costituiti gruppi di sostegno dedicati specificamente ai giocatori e/o ai familiari. Il tentativo è quello di tenere ben presente la specificità della problematica in oggetto, di favorire il riconoscimento tra i giocatori stessi, di garantire spazi di riflessione intorno alla problematica comune. Anche se i giocatori vengono inseriti in percorsi di cura insieme a persone con dipendenza da sostanze, si cerca di creare spazi dedicati, specifici (gruppi - laboratori) solo per i giocatori, nei quali questi ultimi possono confrontarsi il più possibile con la peculiarità del loro problema. Si tenta di mantenere delle coordinate specifiche negli interventi, come per esempio l'attenzione alle dinamiche di controllo e di gestione del denaro nella mediazione familiare. In fine si sta delineando la figura del **tutor e del tutoraggio economico** che spesso viene svolto da chi segue la famiglia (educatore, ass. sociale).

Le maggiori difficoltà si incontrano nell'aggancio dei ragazzi molto giovani, ma tali resistenze non sembra-

no connesse al servizio troppo connotato rispetto alla cura delle tossicodipendenze, quanto piuttosto al non riconoscimento del problema e alla non accettazione di un percorso di cura.

Si è inoltre sperimentata la possibilità di offrire anche una breve esperienza di residenzialità, nelle situazioni dove è necessario un allontanamento dal proprio contesto o quando il giocatore non riesce a sospendere il comportamento compulsivo di gioco. Queste esperienze sono nate sempre dalla disponibilità a mettere in sinergia le risorse presenti in progetti residenziali presenti nel circuito della nostra ASL. Il percorso di cura per i giocatori si pone due obiettivi principali: lavoro individuale sulla motivazione e coinvolgimento in un percorso terapeutico complesso, che prevede il sostegno psicologico individuale - valutazione dello stato di salute globale - mediazione familiare - gruppo di sostegno per giocatori - gruppo di sostegno per familiari - eventuale inserimento del giocatore in un percorso diurno presso una delle strutture intermedie sovradistrettuali. Pur ritenendo che ciascuno dei punti sopra riportati costituiscono dei passaggi imprescindibili per la riuscita del percorso terapeutico, per esigenze di sintesi approfondiremo l'esperienza del gruppo giocatori.

GRUPPO GIOCATORI: Esso assolve ad alcune funzioni cardine nel percorso di cura. In primis svolge una funzione di meta comunicazione perché rappresenta un contenitore per soli giocatori, nel quale sperimentare uno spazio e un tempo per confrontarsi con lo specifico della problematica (è uno spazio importante all'interno di servizi connotati per le t.d. perché invece definisce un'attenzione selettiva al problema del gap). Tale gruppo specifico permette inoltre una migliore identificazione del giocatore con i suoi pari e facilita il confronto sulle dinamiche comuni: senso di colpa verso i propri cari; insofferenza verso il controllo economico richiesto dal percorso di cura; difficoltà nel confrontarsi con i familiari; difficoltà ad identificare e superare le idee irrazionali (tipiche dei giocatori), soprattutto quella legata all'idea di recuperare i soldi persi solo attraverso il gioco. Il gruppo ha un'impostazione cognitivista (sappiamo come l'approccio cognitivo - comportamentale venga considerato elettivo nella cura del gap - Serpelloni 2013) ma non si può definire un gruppo strettamente di psicoeducazione. Prevale un clima di accoglienza e di incoraggiamento a riportare la propria esperienza. Viene puntualmente stimolato il confronto tra le esperienze personali legate al gioco compulsivo, rilanciando al centro la comunicazione e stimolando la partecipazione di tutti. Il gruppo prevede un numero di incontri prestabiliti (10-12), anche perché in questo modo è tracciato un percorso breve che il giocatore può sentire come realizzabile e chi riesce a completare gli incontri riceve in tal modo un feedback positivo rispetto all'idea di avere concluso un pezzo del percorso di cura. I primi incontri sono dedicati alla conoscenza e alla socializzazione del problema, ci si ascolta rispetto a come si è strutturato il problema (esempi: ricorrere della vincita - funzione del sintomo come strumento di fuga e/o di azione). Gli incontri successivi stimolano (partendo da un tema

sollecitato dal conduttore o dalle esperienze riportate) il confronto, lo sviscerare alcune tematiche legate alla dipendenza dal gioco, come il senso di colpa verso i familiari che si trovano spesso coinvolti in gravissime conseguenze economiche; la sfida che contraddistingue lo stile nel relazionarsi del giocatore; il valore dei soldi; la perdita del controllo. Parallelamente si comincia a fare emergere gli aspetti cognitivi che caratterizzano in maniera ossessiva e invasiva il pensiero del giocatore patologico, proponendo una rilettura di tali meccanismi; si pone l'attenzione sulle idee irrazionali legate al gioco, sul pensiero magico, sullo stile cognitivo legato alla negazione del caso, sull'onnipotenza legata all'illusione di gestire il caso, di controllare il risultato di un gioco dove prevale l'alea, il ripetere ogni volta la sfida fra l'onnipotenza e la sconfitta. **I conduttori cercano di fare emergere tali disfunzioni cognitive**, di metterle a confronto, si prova a porle in discussione con l'aiuto dell'esperienza di tutti.

In alcuni momenti vengono utilizzati dei giochi per mettere in evidenza in modo più chiaro il ragionamento e il comportamento irrazionale. Gli ultimi incontri sono dedicati a riconoscere gli stimoli che innescano il craving e il conduttore spinge ad un confronto sulle strategie di ognuno per superare tali momenti e a stimolare nuove modalità di comportamento maggiormente protettive rispetto al comportamento di abuso e alla perdita di controllo.

Punti critici del gruppo: questo tipo di intervento dovrebbe ripartire ogni volta che si crea un nuovo gruppo di giocatori. È possibile, infatti, che le persone ripetano l'esperienza massimo 2 volte, ma si è potuto osservare che per chi ha aderito in maniera seria e motivata al percorso di gruppo, ripetere più volte l'esperienza così articolata non costituisce più uno stimolo costruttivo per l'evoluzione del percorso di cura. Avendo osservato, invece, che i partecipanti al gruppo, manifestano l'esigenza di mantenere uno spazio riabilitativo gruppale si è provato quindi a orientare il gruppo verso una modalità esperienziale, che può favorire la partecipazione ad esso da parte di chi ha già ripetuto l'esperienza, ma sente ancora utile questo contenitore. Gli incontri non hanno più una durata pre-stabilita ma comunque il tempo di partecipazione che si prospetta al giocatore varia dai tre ai cinque mesi. Viene mantenuta sempre, da parte del conduttore, un'attenzione a lavorare sul cognitivo, stimolando tali riflessioni e rileggendole ogni qualvolta emergono nei contenuti riportati dai partecipanti. Viene dato ampio spazio alla ricaduta, che non viene esasperata ma utilizzata per esplorare le situazioni che stimolano il craving, analizzando le situazioni/stimolo che inducono la ricaduta e gli effetti di essa sul piano personale e familiare. Il gruppo è aperto anche ai giocatori con una motivazione debole. In questi casi è il gruppo stesso che risulta essere un contenitore adeguato per lavorare sulla motivazione, uno specchio che in qualche modo rimanda anche solo frammenti della propria condizione di giocatore problematico.

Conclusioni

L'esperienza organizzativa riportata e l'esperienza di lavoro con un gruppo specifico e dedicato alla proble-

matica del gioco patologico è chiaramente ancora in fase di osservazione ed è passibile di continui riaggiustamenti in funzione di poter fornire delle prestazioni sempre più aderenti alle esigenze rilevate nel lavoro con i giocatori.

BIBLIOGRAFIA

Manuale sul gioco d'azzardo-diagnosi, valutazione e trattamenti a cura di G. Bellio e M. Croce FrancoAngeli 2014

Il Gioco e l'Azzardo - il fenomeno la clinica le possibilità d'intervento a cura di M. Croce e R. Zerbetto. FrancoAngeli 2002

Riflessioni su un'esperienza di trattamento del Gap in un servizio sanitario territoriale. E. Marcaccini - rivista AR n. 2, 2011

5

UN APPROCCIO INTEGRATO PER IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO: L'ESPERIENZA DI UNA COOPERATIVA SOCIALE

Paola Castellan, *Psicologa, specializzanda in Psicoterapia Interattivo Cognitiva*
Daniele Nervo, *Operatore Socio Sanitario e Counselor ad indirizzo sistemico*
 Cooperativa Adelante Onlus, Bassano del Grappa (VI)

Il gioco d'azzardo patologico si configura sempre più come una dipendenza "multiproblematica" in cui il comportamento di dipendenza del giocatore si associa ad altri aspetti che rivelano anch'essi la necessità di una presa in carico; le ricadute del gioco problematico, infatti, sono a livello familiare, sociale, lavorativo e, naturalmente economico. Allo stesso tempo i giocatori "non sono tutti uguali" poiché si rifanno a modalità di gioco che possono essere ricondotte a diverse tipologie che, a loro volta, rispecchiano diverse modalità di funzionamento e diverse personalità.

Emerge quindi la necessità di dare vita ad un progetto che sia il più possibile unico e personalizzato e che coinvolga il giocatore e la sua situazione nella sua globalità, un intervento che non si limiti ai soli aspetti terapeutici e di cura ma che possa prevedere un approccio integrato all'interno di uno spettro più ampio di discipline. È questo l'obiettivo generale che ha mosso il progetto sperimentale Mettiamoci in Gioco della Cooperativa Adelante Onlus, in accordo con il SerD dell'Ulss 3 di Bassano del Grappa.

Descrizione sintetica del progetto

Il progetto Mettiamoci in Gioco si focalizza sul trattamento delle persone che presentano problemi con il gioco d'azzardo ed i loro familiari, certi che tale problematica, così come molte altre che rientrano nell'ambito delle dipendenze, possano trovare una forma di risposta più adeguata se vengono coinvolte non solo le persone che presentano il problema, bensì anche i loro familiari. Per tal motivo viene richiesta, fin da subito e laddove possibile, la presenza di un familiare di riferimento che possa sostenere il giocatore durante tutto il suo percorso di trattamento con un controllo serrato rispetto ai soldi all'inizio per prevedere poi, con il passare del tempo, una maggiore acquisizione di fiducia e una maggiore autonomia da parte del giocatore nella gestione dei suoi soldi e delle sue spese.

A questo proposito l'attività centrale del progetto è il trattamento di gruppo, trattamento elitario all'approccio delle dipendenze. Il gruppo, condotto da una psicologa psicoterapeuta in formazione ed un operatore con formazione sistemica, si riunisce una volta a settimana con una durata di un'ora e mezza circa. L'obiettivo principale è duplice: da una parte costruire

insieme agli altri giocatori e agli altri familiari tutti quegli strumenti che possono essere utili per eliminare il comportamento del gioco patologico e l'altro consiste nell'agevolare una riflessione sulle proprie abilità e risorse che, liberate dal gioco, possono essere attivate e concretizzate nella vita quotidiana e nel territorio di appartenenza del giocatore, evitando che si verifichi quella condizione che, spesso, è ben diffusa tra i giocatori: la solitudine e l'isolamento. È prevista una supervisione mensile con un terapeuta da anni impegnato nel trattamento di giocatori e loro famiglie. L'inserimento al gruppo del giocatore e/o dei familiari viene concordato con il SerD di riferimento (presso il quale il giocatore viene sottoposto ad assessment standardizzato) e con la persona stessa, all'interno di uno o più colloqui psicologici preliminari in cui l'obiettivo non è solo la valutazione delle condizioni psicologiche e familiari del giocatore, bensì la co-costruzione di un progetto condiviso e concordato sulla base dei bisogni, delle necessità e delle risorse del nucleo familiare e della persona stessa. Molta attenzione, soprattutto in fase iniziale, viene posta all'accoglienza della persona, all'ascolto della sua realtà, dei suoi punti di vista e dei suoi bisogni.

A seconda, quindi, delle necessità emerse in fase preliminare, possono seguire alcuni incontri con l'educatore per chiarire le condizioni economiche, finanziarie e legali del giocatore e della sua famiglia. A tal proposito ci si avvale anche dell'eventuale consulenza di un legale ed un esperto finanziario.

Qualora vi fosse la necessità di un re-inserimento nel mondo del lavoro, la Cooperativa si avvale di un servizio già presente al suo interno con l'obiettivo di individuare percorsi di orientamento - reinserimento nel mondo lavorativo qualora il giocatore avesse perso, a causa del gioco, il proprio posto di lavoro.

Finalità generale del progetto

Con la realizzazione di questo progetto ed in stretta sinergia con il Ser.D territoriale, si intende offrire una risposta al problema sempre più diffuso della dipendenza da gioco; in particolare il progetto è finalizzato:

1. alla raccolta ed all'intercettazione della domanda di trattamento e di informazioni sul territorio;
2. al trattamento del giocatore teso all'eliminazione del comportamento di dipendenza impedendone, allo stesso tempo, l'esclusione sociale;
3. al trattamento ed al sostegno della famiglia del giocatore;
4. al re-inserimento del giocatore nel mondo del lavoro.

Dati del 2014

Nel 2014, anno di avvio sperimentale del progetto, sono state seguite 36 persone, di cui 13 giocatori e 23 familiari; al gruppo, poi, hanno preso parte 7 situazioni (7 giocatori di cui 2 non accompagnati da familiari); per un giocatore è stato attivato un tirocinio lavorativo, per un altro è stata stretta una collaborazione con i servizi sociali comunali per l'attivazione di un tirocinio lavorativo con il comune di riferimento. Durante il corso dell'anno si sono concluse 6 situazioni: 4 giocatori hanno concluso il loro percorso con un completo abbandono del comportamento di gioco

patologico, un giocatore ha ricominciato a giocare in maniera importante (e con il SerD di riferimento si è pensato ad un ricovero presso una struttura adeguata), un altro giocatore ha deciso di abbandonare il gruppo poiché non acconsentiva ad avere un controllo dei soldi da parte dei familiari.

Conclusioni

Con tale progetto si intende offrire una risposta individualizzata a tutte quelle persone che presentano problemi con il gioco d'azzardo ed ai loro familiari, agevolando e facilitando l'espressione di una richiesta d'aiuto da parte loro, non più costretti a rivolgersi ad un servizio specialistico che, nell'immaginario comune, è dedicato esclusivamente alla cura delle persone tossicodipendenti.

La risposta che si intende dare a tali situazioni, però, non si configura solo come sanitaria, poiché le risposte che possono essere date a tali situazioni sono di varia natura: economica, legale, finanziaria e, soprattutto, sociale. L'obiettivo, infatti, è quello di avere uno sguardo attento anche al territorio, prevedendo la sensibilizzazione e l'attivazione di realtà territoriali e associative in cui il giocatore possa essere inserito ed in cui possa sperimentare le sue risorse, spesso dimenticate e trascurate per dedicarsi completamente al gioco.

Dopo il primo anno di sperimentazione possiamo affermare come il modello proposto sia valido e abbia presentato dei risultati positivi, anche se i numeri sono ancora troppo esigui per poter avere una valutazione più efficace e validata.

Valutazione

La valutazione del progetto viene fatta in itinere, in modo tale da garantire un monitoraggio costante in termini di realizzazione, risultati raggiunti, impatto nel territorio e di rendicontazione delle spese. I momenti di incontro dell'equipe sono tappa fondamentale per tenere sotto controllo l'andamento del progetto e per eventualmente individuare procedure migliorative.

Bibliografia e Sitografia

AA.VV. Censis Servizi S.p.A. (2012), *Gioco ergo sum 2, Quando il gioco d'azzardo è un problema. Una guida per le famiglie*, p. 17.

AA.VV. (2012) *Il gioco d'azzardo patologico in Italia Italian Journal on Addiction, volume 2, Numero 3-4, Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri* trova p. 8.

Camporese A., Simonato D. (2012) *Un intervento multimodale integrato per il gioco d'azzardo patologico: l'individuo e la famiglia, Il gioco d'azzardo patologico in Italia, Italian Journal on Addiction, Volume 2, Numero 3-4, Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri*, pp. 148-152.

Cardullo S., Stivanello A., Cavallari G. (2012)

Trattamento di gruppo per il gioco d'azzardo patologico: studio preliminare, Il gioco d'azzardo patologico in Italia, Italian Journal on Addiction, Volume 2, Numero 3-4, Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, pp. 160-164.

Corti M., Riglietta M. (2014), *Gioco d'azzardo patologico e clusters personologici. Una proposta di classificazione per possibili interventi differenziati, Mission, periodico trimestrale della federazione italiana degli operatori dei dipartimenti e dei servizi delle dipendenze*, 42/2014.

Studi di J. Derevenski, Gupta e Al., Canada, su citazione di D. Capitanucci, in *www.andinrete.it - Azzardo e Nuove Dipendenze Quando il gioco d'azzardo è un problema. Una guida per le famiglie*, p. 16.

6

QUANDO IL GIOCO NON È PIÙ UN GIOCO?

Mauro Cecchetto, Elisabetta Bosi
Coop. Sociale La Collina - Pavia

Premessa

Il progetto di sensibilizzazione ed informazione della popolazione in tema di gioco d'azzardo patologico "Quando il gioco non è più un gioco?" realizzato sui territori di Oltrepò Pavese e Lomellina, in attuazione del piano biennale territoriale sul gioco d'azzardo patologico G.A.P. (2014-2015) dell'Asl di Pavia, si articola, in stretta collaborazione con la stessa Asl, **in azioni di aggregazione e di coinvolgimento attivo del territorio** finalizzate alla promozione di un "sistema" in grado di operare in modo integrato e complementare, condividendo gli obiettivi, i metodi di lavoro, le linee e le strategie d'azione, le risorse.

Il progetto, realizzato dalla cooperativa sociale La Collina di Pavia (ente capofila) in partnership con Enti, Associazioni del terzo settore e del mondo del volontariato ha anche condiviso un importante lavoro coordinato in rete con l'Asl e con l'ente gestore del progetto "Azzardopatia 2.0", sviluppato sul territorio di Pavia.

Le azioni previste sono state attivate su differenti piani di sensibilizzazione ed informazione:

- Un piano "universale" indirizzato alla popolazione generale che, essendo sempre di più esposta alla presenza di agenzie di gioco, necessita di essere accompagnata ad impattare i pressanti inviti al gioco con maggior criticità e minor vulnerabilità
- Un piano "ambientale" indirizzato ai contesti dove si concentra il rischio (sale, bar, tabaccai, internet) con la produzione di materiale informativo
- Un piano "selettivo" indirizzato a quelle fasce di popolazione definite vulnerabili per alcune proprie caratteristiche intrinseche (adolescenti, pensionati, disoccupati, detenuti, persone con fragilità psichiatrica o con già un'esperienza di dipendenza nella propria storia di vita) con l'obiettivo di promuovere comportamenti di autoregolazione e autodeterminazione
- Un piano "indicato" indirizzato a persone che già presentano una modalità problematica di gioco d'azzardo per promuoverne la presa di contatto con i servizi di diagnosi e cura

Dal punto di vista metodologico si è preferito privilegiare e promuovere il lavoro con le persone (anche nell'approccio con i gestori dei locali di gioco) evitando di entrare nel merito di azioni o proposte di contrasto all'offerta.

L'articolazione del progetto, la rete di collaborazione e soprattutto la flessibilità dell'equipe coinvolta hanno inoltre permesso di adattare l'intervento ad un territo-

rio eterogeneo per conformazione geografica e demografica.

Obiettivi

I principali obiettivi del progetto sono:

- incrementare nei diversi target i fattori protettivi (attraverso la promozione delle *life skills*), che consentono di diminuire la possibilità di sviluppare una dipendenza da gioco e di promuovere il precoce riconoscimento della problematica al fine di orientare la persona o i familiari alle competenti agenzie di cura del territorio.
- consolidare le strutture già operanti sul territorio e incrementare la loro accessibilità attraverso l'azione formazione/informazione rivolta agli operatori di Enti, Associazioni e volontariato
- fornire attività di ascolto e di primo orientamento a persone e a familiari di persone che presentano una modalità problematica o patologica di gioco d'azzardo.

Azioni

Il tema che ha caratterizzato l'intero intervento in modo trasversale nei diversi ambiti è stato la promozione delle *life skills*, in sintonia con quanto promosso dal Dipartimento Dipendenze dell'Asl di Pavia nell'ottica di condividere obiettivi e strategie in un lavoro di rete integrato. Ciò ha conferito ulteriore coerenza alla proposta che ha trovato riscontro positivo in particolare da parte dei dirigenti scolastici degli istituti del territorio permettendo di organizzare, in più di 50 classi, **incontri informativi/formativi** di due ore ciascuno in dieci Istituti Superiori, che hanno coinvolto in totale 783 studenti e circa 40 docenti.

Gli incontri sono stati condotti ponendo il focus sulla differenza tra il gioco e l'azzardo, sulle distorsioni cognitive, sui rischi insiti nel gioco, sul graduale passaggio dal gioco d'azzardo alla dipendenza; è inoltre stata promossa una modalità più critica di lettura dei messaggi promossi dai media in tema di gioco e delle pubblicità e sulle strategie messe in atto dall'industria del gioco (spot, mailing, condizioni ambientali costruite ad hoc per stimolare e mantenere il desiderio, ecc.). Sono stati infine forniti ai docenti elementi utili a cogliere negli studenti quei segnali comportamentali e psicologici che possano essere associati ad una problematica di gambling e informazioni su come intervenire per un corretto orientamento alla rete dei servizi.

È stato predisposto un **questionario** anonimo di rilevazione del gradimento degli incontri nel quale sono state inserite alcune domande volte a indagare i comportamenti di gioco dei ragazzi e delle famiglie.

Sono stati restituiti 651 questionari compilati ed è emerso come dato significativo anche in vista di future iniziative di prevenzione che *l'82% degli alunni che hanno risposto ha presenziato mentre un adulto (il genitore nel 42% dei casi e un amico adulto nel 43%) giocava*. Questo dato, a nostro avviso, conferma come sia in atto una sorta di "normalizzazione" del gioco da parte della famiglia che potrebbe valere la pena approfondire.

Rispetto alle modalità di gioco il 76% dei ragazzi ha dichiarato di aver giocato almeno una volta, di questi l'85% principalmente al gratta e vinci (l'88% di loro

dichiara di acquistarli almeno una volta al mese). Rispetto all'efficacia dell'incontro percepita dagli studenti, il 58% ha dichiarato di sentire che la possibilità di spendere soldi nel gioco è diminuita, il 26% che è diminuita parzialmente e il 14% che non è diminuita. Gli argomenti trattati sono risultati completamente nuovi per il 6%, parzialmente conosciuti per il 57%, mentre il 37% ha dichiarato di conoscerli già.

Il 24% ha trovato l'incontro abbastanza interessante, il 36% molto e il 24% moltissimo. Il 16% dichiara di non aver trovato interessante l'incontro.

A seguito degli incontri, con il Centro Territoriale Permanente Educazione degli Adulti "G. Plana" si è sperimentato uno **spazio di ascolto settimanale** per le tre classi di studenti che non sono riusciti a conseguire la licenza media nei tempi canonici con età media 16/17 anni (qualcuno più adulto si è rivolto a noi per problemi specifici di gioco), per la maggior parte provenienti da famiglie multiproblematiche. Ad ogni apertura ci sono stati mediamente 7/8 accessi e la richiesta dei docenti è di potenziarlo e di poter proseguire nell'esperienza.

Alcuni familiari (spesso già giocatori problematici) sono stati coinvolti ed hanno accettato di proseguire il percorso al di fuori della scuola. Attualmente sono due le famiglie che vengono seguite nello spazio di ascolto della cooperativa.

Nell'ottica di promuovere un approccio in cui sia valorizzata l'attuale esperienza degli adolescenti a favore delle future generazioni sono stati previsti **incontri di sensibilizzazione/informazione** rivolti ai genitori di bambini dell'asilo e delle elementari² nei quali promuovere una genitorialità più consapevole a partire dalla proiezione di spot prodotti dagli studenti di alcune classi superiori che ben illustrano i rischi di una modalità di gioco problematica nella popolazione adolescenziale e l'importanza di sviluppare adeguati fattori di protezione al fine di prevenire tali ed altre condotte a rischio.

Sul **territorio**, dal punto di vista strategico, si è data preferenza al lavoro di **potenziamento delle realtà esistenti** (centri di ascolto volontari e professionali, associazioni, ecc.) nella logica di diffondere le conoscenze in tema di azzardo al maggior numero di operatori possibile, raggiungendo così pressoché interamente l'area del territorio di competenza del progetto.

La collaborazione con il progetto di Auser Comprensoriale Pavia "Io non mi azzardo" ha inoltre permesso il censimento delle organizzazioni che nella provincia si occupano di gioco d'azzardo e di realizzare un **piano di informazione/formazione** che ha raggiunto tutte le 64 Associazioni Auser Locali della provincia e ha coinvolto 153 volontari Auser e 96 persone appartenenti ad altri gruppi.

Un'azione specifica è stata dedicata al **mondo del lavoro** coinvolgendo alcune associazioni di categoria: Confcooperative Pavia, Unione Artigiani e PMI di Voghera, Confartigianato Imprese Lomellina con l'obiettivo di raggiungere con del materiale informativo appositamente prodotto, sull'intero territorio provinciale, attraverso le rispettive mailing list, circa 90 cooperative (per un totale di circa 4.000 soci lavoratori) e circa 630 artigiani e piccole imprese (per un totale di

circa 1.600 addetti).

È stata prodotta una scheda formato A4 che riproduce la locandina del progetto e, nel retro, le domande del "Canadian Problem Gambling Index" per promuovere l'autovalutazione delle abitudini di gioco. La scheda è stata inviata alle associazioni di categoria che si sono impegnate a diffonderla presso le aziende associate tramite le loro mailing list, raccomandando ai datori di lavoro di inserirla almeno una volta nella busta paga di tutti gli addetti. Ad oggi non abbiamo riscontri di quante siano effettivamente state stampate e inserite ma l'idea è quella di proseguire periodicamente nella sensibilizzazione dei datori di lavoro attraverso la ripetizione periodica del mailing.

Presso l'Unione Artigiani e PMI di Voghera è stato attivato in via sperimentale uno **spazio di ascolto** mensile. Con l'azione **Sportello**, infine, l'intento è quello di favorire un accesso precoce ai servizi di diagnosi e cura fornendo ascolto, orientamento, assistenza e consulenza su problematiche di natura legale, sociale ed economica per i problemi correlati a situazioni di gioco. Le figure professionali impiegate sono una psicologa e un *counselor* professionista. Al bisogno, la presenza di un professionista specifico (avvocato, assistente sociale, referente amministratori di sostegno, mediatore culturale) per la problematica presentata garantisce interventi individualizzati. La collaborazione con la cooperativa sociale Con-Tatto di Pavia ha permesso di **tradurre il materiale informativo** in romeno, spagnolo, inglese e francese e di sperimentare uno spazio di ascolto quindicinale con la presenza di **mediatori culturali** con l'obiettivo di raggiungere la popolazione straniera.

L'attivazione di **gruppi** rivolti ai giocatori e loro familiari, utilizzando un modello basato sul potenziamento delle abilità di vita, cerca di aumentare la consapevolezza del problema e di promuovere/mantenere un'adeguata adesione al trattamento presso i centri specialistici di competenza (es. Ser.T).

Considerazioni finali

A nostro avviso la logica di aggregazione promossa dall'Asl ha catalizzato l'interesse dei vari soggetti coinvolti ed ha gettato le basi per un intervento più efficace e duraturo ed ha consentito di iniziare a diffondere uno stile di lavoro per il quale la persona che attraversa un momento di difficoltà possa essere orientata ai servizi competenti anche dagli operatori che offrono un primo ascolto (volontari o professionali) in modo più mirato e consapevole. L'effetto è duplice: da un lato la persona percepisce di essere realmente accompagnata ai servizi e non, come spesso emerge dai colloqui, "rimbalzata", dall'altro l'operatore inizia a percepirsi come parte di un sistema e a pensare e agire di conseguenza.

L'impressione, confermata dai feedback ricevuti durante i momenti formativi e informativi, è che, nei non addetti ai lavori, è ancora molto radicato il concetto di "vizio" e la persona con problemi di dipendenza è ancora vista come una persona di scarsa volontà e di dubbi valori. Anche nel mondo del volontariato, sebbene siano presenti sensibilità maggiori, questo modo di pensare è ancora presente, anche se abbiamo potu-

to apprezzare in molti la disponibilità a cambiare punto di vista e quindi, di conseguenza, l'approccio con le persone in difficoltà.

Ringraziamenti

Ringraziamo i Comuni, le scuole e le Associazioni che hanno aderito e hanno reso possibile la realizzazione delle azioni. Un ringraziamento particolare va ai partner di progetto: Asl di Pavia - Dipartimento Dipendenze, Fondazione Caritas di Vigevano, Caritas di Tortona, coop. sociale Agape di Voghera, Auser Comprensoriale di Pavia, coop. sociale Progetto Con-Tatto di Pavia., coop. Comunità Betania di Vigevano.

UN SERVIZIO DEDICATO: L'ESPERIENZA DELL'ASL NAPOLI 2 NORD

Un Ambulatorio di prevenzione, accoglienza, cura e riabilitazione del gioco d'azzardo patologico

**Di Lauro G., Capasso E., Di Marino M.,
Mautone A.G., Nasti F., Parascandolo I.F.,
Tuccillo R., Vassallo M.**

Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL Napoli 2 Nord

Premessa

Con il Decreto Legge del 13 settembre 2012, n. 158 convertito in Legge 8 novembre 2012, n. 189, il legislatore italiano, al fine di assicurare un più alto livello di tutela della salute, ha disposto l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) introducendovi le "prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da ludopatia, intesa come patologia che caratterizza i soggetti affetti da sindrome da gioco con vincita in denaro, così come definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (G.A.P.)".

La disposizione legislativa introdotta manifesta la consapevolezza, anche in ambito legislativo, che la dipendenza da gioco d'azzardo è una patologia che necessita di un intervento riabilitativo, che, data la diffusione sociale, non può esulare dalle prestazioni fornite dal Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.).

Dalla relazione della Consulta Nazionale Antiusura emerge che le provincie che assorbono nell'azzardo quote in termini percentuali più alte del reddito personale disponibile (e quindi del denaro delle famiglie) sono quelle delle regioni meridionali. Nelle prime 25 provincie, per incidenza del consumo di gioco sul reddito, 11 sono del sud, 5 del centro-sud, 2 del centro, 3 del centro-nord e 4 del nord. Napoli è l'unica grande provincia italiana a superare il saggio del 5% del reddito pro capite (cioè quello di 1 euro ogni 20) destinato all'area. Per la precisione quello partenopeo, con il valore di 6.96 è il contributo più imponente al gioco industrializzato in massa alla ricchezza ufficialmente censita. Ci si riferisce, ovviamente, al consumo su postazioni fisiche localizzate, perché sul gioco via internet non si hanno elementi "georeferenziati".

In questo consumo di reddito la Campania è prima in Italia e coinvolge il 57,8 per cento degli studenti, contro la media nazionale del 47,1% dei giovani delle scuole medie superiori. Questo allarmante dato è contenuto nella relazione annuale 2013 del Garante per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Campania,

¹ Adattamento da: Dipartimento Politiche Antidroga, "G.A.P. - Gioco d'azzardo patologico. Piano Nazionale d'Azione 2013-2015"

² La modalità di organizzazione degli incontri prevede uno spazio bimbi, gestito da educatrici, per facilitare la partecipazione dei genitori.

Cesare Romano, sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Campania.

Tra le offerte commerciali più diffuse c'è quella del gioco d'azzardo. Passando per 161.252 differenti sportelli dei quali 7.346 costituenti strutture specializzate dedicate, milioni di cittadini entrano in contatto nei luoghi e nei tempi della loro vita quotidiana, con almeno un'offerta di gioco d'azzardo. Ogni cittadino italiano incontra, ogni giorno e anzi più volte nelle 24 ore, un macchinario di gioco, indipendentemente dalla sua volontà, dalla sua propensione e dalla sua ricerca deliberata. Potendo constatare come la sua sfera personale non costituisca alcuna barriera all'induzione al gioco d'azzardo.

La regione Campania e quelle aggregate (Abruzzo – Marche – Molise) presentano oltre 30 per "punti d'accesso" per ogni 10.000 abitanti, il dato della Campania è quasi il doppio (1.98) della media nazionale.

Il flusso di assistiti per problematiche GAP, presso i Ser.T della Regione Campania, (138 in più solo nell'ultimo anno rispetto a quello precedente) è espressione di una possibile interconnessione tra l'offerta capillarmente diffusa del prodotto gioco d'azzardo e il rischio patologia correlato.

Il mondo delle dipendenze è molto vasto e ogni dipendenza ha le sue peculiarità, una distinzione primaria è quella tra dipendenze da uso/abuso di sostanza e dipendenze senza sostanza, come quelle comportamentali.

L'Asl Napoli 2 Nord, al fine di assicurare piena tutela agli utenti, ha istituito un Servizio di prevenzione, accoglienza, cura e riabilitazione per Problematiche da Gioco d'Azzardo (Servizio GAP), nell'ambito del Dipartimento Dipendenza Patologiche.

Scopo di tale lavoro è quello di illustrare l'importanza di riorganizzare i Servizi Sanitari secondo criteri che facilitino l'accesso ai servizi di cura e la *compliance* al trattamento.

È sempre più importante in un contesto del genere creare offerte specialistiche, in grado di contenere soggetti che attualmente vengono presi in carico dai Servizi per le tossicodipendenze (Ser.T) o non trovano alcuna risposta.

Metodi e strumenti

Il Servizio di prevenzione, accoglienza, cura e riabilitazione del gioco d'azzardo patologico, totalmente gratuito per l'utenza afferente, lavora secondo un approccio multidisciplinare. In particolare assicura prestazioni, quali: - colloqui informativi e accoglienza; - osservazione e valutazione psicodiagnostica; - consulenze di sostegno psicologico, consulenze socio riabilitative di tutoraggio economico; - psicoterapia individuale, di coppia e familiare; - gruppi psicoterapeutici; - gruppi famiglia; - consulenze legali.

L'approccio multidisciplinare alla cura e riabilitazione dei giocatori d'azzardo patologico è reso necessario dalla complessità del problema, che procura danni a più livelli, ossia individuale, familiare, sociale e legale. Il primo contatto avviene nella maggior parte dei casi telefonicamente, segue un colloquio conoscitivo presso gli ambulatori del Servizio.

I colloqui sono effettuati da psicologi – psicoterapeu-

ti ed hanno un fine diagnostico e riabilitativo.

A questi colloqui seguono le consulenze di tutoraggio economico e la consulenze legali, che si compongono di: colloquio conoscitivo e informativo sulle richieste dell'utenza per difficoltà di natura finanziaria, lavorativa e familiare; esame della documentazione afferente; individuazione di un piano di rientro debitorio ed indicazione delle possibili soluzioni attinenti le problematiche segnalate dall'utenza.

Il processo diagnostico prevede che siano prese in considerazione molteplici aree di valutazione, utilizzando strumenti standard per l'inquadramento diagnostico, la stadiazione in gioco problematico o patologico e la valutazione dello stadio del cambiamento.

Tra i vari strumenti diagnostici utilizzati, c'è il SOGS, strumento ideato da Lesieur e Blume (1987), che permette di evidenziare velocemente la presenza di problemi di gioco. Fornisce informazioni su molteplici aspetti: il tipo di gioco privilegiato, la frequenza delle attività di gioco, la difficoltà a giocare in modo controllato, la consapevolezza circa il proprio problema di gioco, i mezzi usati per procurarsi il denaro per giocare, il tornare a giocare per tentare di recuperare il denaro perso, le menzogne circa le attività di gioco, il giocare più della somma prevista inizialmente, l'allontanarsi dal lavoro o dalla scuola, il prendere in prestito denaro per giocare, e i prestiti non rimborsati. Il SOGS fornisce anche indizi preziosi sulla relazione del giocatore con il suo ambiente, specificando se i familiari hanno già criticato le sue abitudini di gioco, o se la gestione delle sue finanze personali o del bilancio familiare suscita conflitti. Viene rilevata anche la familiarità della problematica, ossia se i familiari del giocatore hanno avuto in passato o hanno, a loro volta, un problema di gioco.

Il valore massimo che si può ottenere è venti punti. Secondo i suoi autori, un valore di tre o quattro punti è indice di difficoltà potenziali circa il gioco, mentre coloro i quali ottengono un livello di cinque punti o più hanno un problema di gioco manifesto. È così che un punteggio che raggiunge o supera nove testimonierebbe la presenza di un problema grave.

Avendo somministrato a tutti gli assistiti presi in carico dall'ambulatorio il SOGS è stato possibile stilare un profilo tipo dell'utente che accede ai Servizi e pensare ad un Piano di Trattamento Individualizzato, inserendo il soggetto nelle attività previste dall'ambulatorio.

I dati sono stati analizzati con SPSS vers.17.

Risultati

L'utenza in carico all'ambulatorio, da settembre 2012 al giugno 2015, constava di 167 utenti, che avevano le caratteristiche riportate nella TAB.1.

La tabella evidenzia una prevalenza di utenti maschi (92.8%), con una età media di 45 anni, per la maggior parte coniugati (65.3%) e con figli (67.7%). Il livello di istruzione è medio basso con un solo soggetto laureato. L'occupazione è, nella maggior parte dei casi, mantenuta (61.1%) con un livello di disoccupazione (27.7%) leggermente superiore al dato medio regionale (21.1%, anno 2015).

Nella TAB.2 vengono riportati i dati relativi alla tipologia di gioco, alla cifra massima giocata, alle relazioni

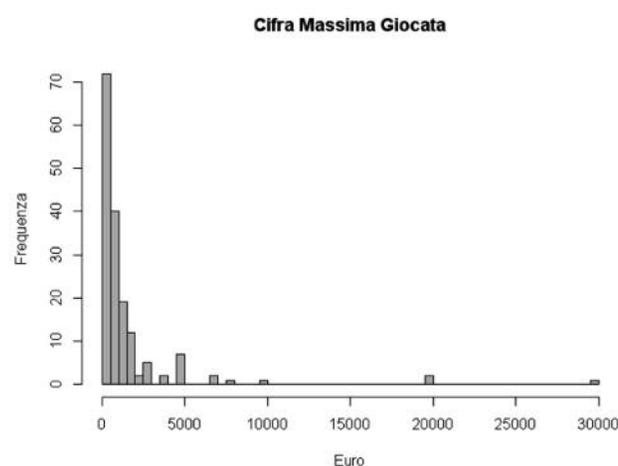
Tabella 1 – Distribuzione delle caratteristiche dei soggetti (N=167)

	N	%
Genere		
Uomini	155	92.8
Donne	12	7.2
Età		
Media e DS	45.1	12.9
Stato civile		
Coniugato/a	109	65.3
Libero/a	46	27.5
Separato/divorziato	7	4.2
Convivente	4	2.4
Vedovo/a	1	0.6
Figli		
Si	113	67.7
No	49	29.3
Dato mancante	5	3.0
Titolo di studio		
Nessuno	1	0.6
Elementare	21	12.6
Media inferiore	101	60.5
Media superiore	43	25.7
Laurea	1	0.6
Occupazione		
Occupato	102	61.1
Disoccupato	46	27.5
Pensionato	17	10.2
Studente	2	1.2

messe in pericolo dall'attività di gioco. L'utenza predilige le slot machine (83.8%), con una cifra massima giocata in un solo giorno è in media 700 euro. È da considerare che alcuni giocatori riportano di aver effettuato giocate di oltre 10.000 euro.

Tabella 2 – Distribuzione tipologia di gioco (N=167)

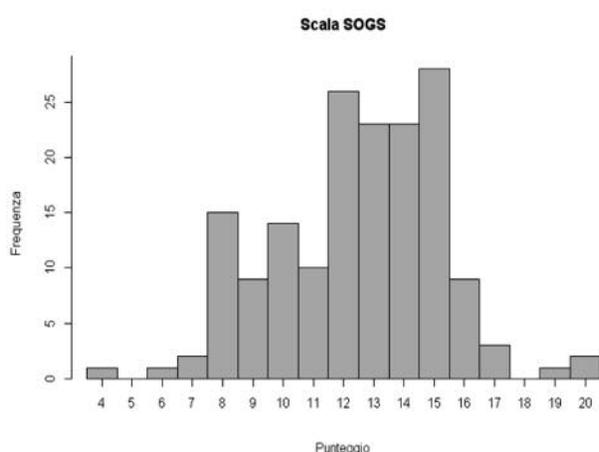
	N	%
Tipo di gioco		
Slot machine	140	83.8
Gratta e vinci	12	7.2
Scommesse sportive	6	3.6
Corse virtuali	3	1.8
Lotto	3	1.8
Poker	1	0.6
Poker online	1	0.6
Dato mancante	1	0.6
Cifra massima giocata		
Mediana e range interquartile	700	500 - 1500
Relazioni in pericolo		
Tutte	56	33.5
Familiare	95	56.9
Lavoro	4	2.4
No	12	7.2



Tra le diverse tipologie di relazioni messe in pericolo a causa del Gioco d'Azzardo, emerge quella familiare (56.9%), mentre solo il 7.2% degli assistiti riporta di non aver compromesso relazioni significative. La TAB. 3 evidenzia che il punteggio ottenuto al SOGS

Tabella 3 – Distribuzione Punteggio SOGS (N=167)
Punteggio SOGS

Punteggio SOGS		
Mediana e range interquartile	13	10-15
Diagnosi giocatore		
Patologico	148	88.6
Problematico	18	10.8
Sociale	1	0.6



è decisamente elevato, con il 50% dei soggetti con un valore superiore o uguale a 13 e il 25% dei soggetti con un valore superiore o uguale a 15.

Il SOGS viene somministrato nelle primissime fasi di contatto con il Servizio, per tanto è evidente che l'accesso del soggetto avviene in una condizione già fortemente patologica.

È stata effettuata inoltre un'analisi per evidenziare eventuali associazioni tra le caratteristiche dei soggetti e i punteggi ottenuti al SOGS.

L'associazione è stata testata utilizzando l'ANOVA e la regressione lineare. Sono stati considerati statisticamente significativi i valori di p inferiore a **0.050**.

I risultati di questa analisi riportati nella tabella e nel successivo grafico sottostante indicano una associazione significativa tra il punteggio ottenuto al SOGS con il titolo di studio ($p = 0.026$) e con l'età ($p = 0.049$).

Dall'analisi effettuata risulta che ad ottenere punteggi elevati al SOGS sono stati i soggetti con titolo di studio più basso ed età elevata.

Non sono state evidenziate associazioni statisticamente significative per le altre caratteristiche analizzate.

Conclusioni

In tre anni di attività del servizio è stato possibile svolgere un buon lavoro di approfondimento diagnostico e di presa in carico del giocatore. La riflessione più evidente è che l'ambulatorio abbia funzionato come unità di soccorso psico-socio-legale: i nuclei familiari giunti al servizio presentavano forti emergenze debitorie e legali; emergenze che sfociano spesso in richieste di mutui e finanziamenti, con conseguente pregiudizio della rendita lavorativa, arrivando talvolta a varcare la soglia della legalità, intessendo rapporti con l'usura.

La vera emergenza è stata dover organizzare per ognuno di questi casi una presa in carico globale, che andasse a valorizzare la complessità dei problemi afferenti all'area del gioco d'azzardo patologico, quali: ricadute psicofisiche, perdita dell'autorità genitoriale, distruzione dell'ambiente familiare, difficoltà di gestione del lavoro, isolamento sociale, scarsa cura di sé. Le numerose ore di lavoro psicologico e psicoterapico sono state necessarie per inquadrare, nel modo più preciso possibile, la gravità della malattia gioco d'azzardo patologico e l'impatto sulla famiglia. Tale unità di offerta è andata a implementare le capacità di risposta del sistema del Servizio Dipendenze Comportamentali dell'ASL NA2 Nord, pertanto può rappresentare un ottimo esempio di riorganizzazione dei Servizi nel panorama nazionale.

Infine, offre la possibilità di andare ad integrare la tipologia di prestazione offerta dai Ser.T, che al momento devono prendersi cura di tutte dipendenze (patologiche e comportamentali).



ESPERIENZA CLINICA E GRUPPI PSICOEDUCATIVI NELL'AMBITO DEL TRATTAMENTO DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Studio osservazionale ASL-Pavia

Favini P.*, Zanini M.T.**, Costantino E.**,
Degani F.**, Nardulli C.**, Priora C.**,
Brigada R.***, Verri A.***, Panzarasa A.***,
Mauri A.****

*Direttore Sociale-ASL Pavia;

**SerT Pavese e Oltrepo-ASL Pavia;

*** Osservatorio Territoriale delle Dipendenze-ASL Pavia; Direttore Generale-ASL Pavia

Introduzione

Il fenomeno "gioco d'azzardo" in Italia, pur avendo assunto dimensioni rilevanti, è difficilmente stimabile in quanto, ad oggi, non esistono studi accreditati, esaustivi e validamente rappresentativi. Si ritiene che sul totale della popolazione italiana stimata pari a circa 60 milioni di persone, il 54% sarebbero giocatori d'azzardo. La percentuale di giocatori d'azzardo problematici varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale, mentre quella dei giocatori d'azzardo patologici varia dallo 0,5% al 2,2%¹. Dai dati della letteratura internazionale si evince che il gioco d'azzardo porta con sé un rischio che, in particolari gruppi di persone ad alta vulnerabilità per fattori individuali, ambientali, sociali e secondari alle caratteristiche dei giochi, può sfociare in una vera e propria dipendenza comportamentale definita: Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)². Il disturbo compulsivo complesso, responsabile dell'incontrollabilità del proprio comportamento di gioco, può generare gravi problemi sociali, finanziari oltre ad aumentare la probabilità di entrare in contatto con organizzazioni criminali dedite al gioco illegale³. Presentando il GAP una varietà di sfumature cliniche in relazione alle caratteristiche individuali del soggetto, al tipo di gioco prevalentemente utilizzato, alle condizioni sociali, agli eventi scatenati, alla compresenza di patologie psichiatriche e/o all'uso di sostanze stupefacenti e/o all'abuso alcolico etc. si è cercato, con questa ricerca, di tracciare i differenti profili dei "giocatori patologici" per individuare gli interventi terapeutici più appropriati per le categorie identificate.

Materiali e metodi

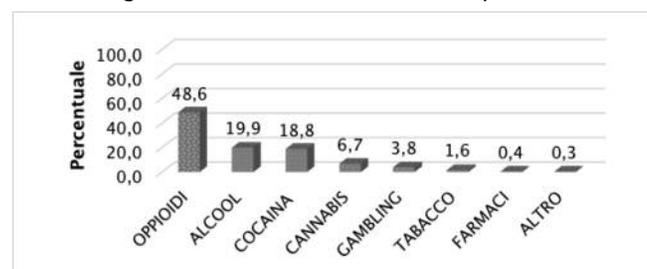
Mediante uno studio osservazionale di un campione di utenti affetti da GAP (diagnosi secondo i criteri del DSM-IV), afferenti presso gli ambulatori SerT-ASL di Pavia nell'anno 2014 è stato tracciato l'identikit del "giocatore patologico", utilizzando i dati raccolti nella cartella informatizzata "Dipendenze" relativi agli aspetti socio-demografici, al compresente abuso/

dipendenza da sostanze e disturbi psichiatrici (diagnosi psicologica), terapia ed esito del programma terapeutico. Mediante una puntuale raccolta anamnestica medica, psicologica e sociale sono stati considerati l'evento gioco, i fattori scatenanti prevalenti, intesi come aumentata accessibilità ed esposizione al gioco d'azzardo, e la vulnerabilità e resilienza individuale. L'indice di gravità è stato calcolato partendo dall'oggettivazione della frequenza di gioco, dal grado di compulsività, dalla tipologia dei giochi utilizzati, dal volume di spesa mensile dedicato al gioco, dal grado di focalizzazione cognitiva comportamentale che il gioco d'azzardo crea inibendo altre fonti di gratificazione e socializzazione (test SOGS). Gli interventi terapeutici previsti sono stati di tipo psicoterapico, di sostegno sociale sia individuali che di gruppo. Per quanto riguarda i gruppi, sono stati costituiti gruppi psicoeducativi (I livello) della durata di due mesi con frequenza settimanale; psicoterapici (II livello) della durata di un mese e mezzo con frequenza settimanale e informativi per familiari di quattro incontri a cadenza settimanale. La terapia è stata supportata al bisogno da adeguata terapia farmacologica⁴. Oltre alle usuali statistiche descrittive, sono stati applicati *ad hoc* il test *t* di Student per dati indipendenti e il test Chiadrato. Tutte le analisi statistiche sono state effettuate con il pacchetto statistico STATA10.

Risultati

La percentuale di pazienti con problematiche GAP che si sono rivolti ai Servizi per le Dipendenze, ASL Pavia nell'anno 2014, è pari al 4% dei 3069 utenti in carico. Dopo un trend in aumento negli ultimi tre anni, nel 2014 sembra che la presa in carico per questa patologia si sia stabilizzata; infatti, si riscontra la stessa percentuale della presa in carico per GAP rispetto al 2013 (4% degli utenti nel 2013, 3,2% nel 2012 e 2,4% nel 2011) (Fig. 1).

Figura 1 - Distribuzione % della sostanza primaria utilizzata dagli utenti delle sedi territoriali provinciali



Nella provincia di Pavia, nel 2014, si sono presentati o erano già in carico ai servizi per le dipendenze 107 persone (di cui poco più del 81% maschi) con problematiche di gioco d'azzardo patologico; in particolar modo persone con un'età compresa tra i 45 e 64 anni. L'età media degli uomini era di 45 anni ($\pm 13,2$ anni) mentre l'età media delle donne era di 55,5 anni ($\pm 10,8$ anni); significativamente più alta (p -value=0,0011) rispetto a quella degli uomini. La tipologia di gioco che più frequentemente ha creato una dipendenza patologica è l'uso delle *slot machines* (il 70% dei

pazienti in carico), ed è il "gioco d'elezione" sia per gli uomini (circa il 75%) che per le donne (50%) e a qualunque età. Però, mentre gli uomini si accostano anche a molte altre tipologie di gioco (scommesse; lotterie, poker on-line etc.), le donne prediligono invece le lotterie/bingo (20%-10%); questa associazione tra genere e tipologia di gioco è risultata statisticamente significativa ($p=0,001$). Il 13% dei pazienti in carico presenta una dipendenza da più giochi (definibile con il termine 'poligioco') (78,6% uomini e 21,4% donne). Se si stratifica la variabile 'poligioco' all'interno del genere, si nota come il 15% delle donne presentino una dipendenza da più tipologie di gioco contro il 12,6% degli uomini; l'associazione non è statisticamente significativa tra il sesso e il 'poligioco' ($p=0,778$). Esiste però un'associazione statisticamente significativa tra la tipologia di gioco e il 'poligioco' ($p=0,008$), nel senso che i soggetti che dichiarano una dipendenza preponderante da lotto/superenalotto, poker on line o scommesse ippiche sono più portati ad avere una dipendenza anche da altre tipologie di gioco. Circa il 46% dei pazienti presi in carico ha come unica diagnosi il 'gioco d'azzardo patologico', mentre il restante 54% presenta, oltre alla diagnosi di gioco patologico, anche diagnosi legate all'abuso di sostanze (9% circa) e/o alla sfera sociale e diagnosi psichiche (45% circa). La presenza o meno anche di diagnosi psicologiche non legate al gioco non è associata al genere ($p=0,675$), anche se si nota che tra gli uomini la percentuale dei soggetti con comorbidità è superiore a quella della donne (55% circa vs 50%). Anche tra la presenza di poligioco e le diagnosi di comorbidità non esiste un'associazione statisticamente significativa ($p=0,789$). Mettendo in relazione la tipologia di gioco con il titolo di studio dei pazienti o con l'occupazione degli stessi, non è stata riscontrata alcuna associazione statisticamente significativa. Analizzando l'esito dei cicli terapeutici legati al gioco d'azzardo, si nota che solo il 15% dei pazienti presi in carico per questa patologia sono ancora seguiti dai servizi; mentre il 38% dei pazienti è stato dimesso con esito positivo e il restante 48% circa è stato perso di vista (Tab. 1). In particolare, si è valutata un'eventuale relazione tra l'esito del ciclo e la partecipazione ai gruppi psico-educativi, rilevando come ci sia un'associazione statisticamente significativa ($p<0,001$) tra queste due variabili; è più alta la frequenza dei soggetti che hanno un esito positivo del ciclo tra coloro che hanno partecipato ai gruppi rispetto a quelli che non vi hanno partecipato.

Tabella 1 - Distribuzione % dell'esito del ciclo entro la partecipazione ai gruppi psico-educativi dei soggetti presi in carico ai servizi territoriali (anno 2014)

Esito Ciclo Terapeutico	Partecipazione Ai Gruppi		
	No	Si	Tot.
Ancora In Trattamento	6,5	24,4	14,0
Completamento PAI	25,8	55,6	38,3
Perso Di Vista	67,7	20,0	47,7
Tot.	100,0	100,0	100,0

Le cause scatenanti il gioco d'azzardo sono molteplici e riguardano varie sfaccettature della personalità degli utenti. Nonostante l'informazione sia stata recuperata per l'89% circa dei pazienti, in quanto il dato è registrato nei diari e pertanto non usufruibile mediante estrazione, si è rilevato che la causa scatenante riguarda principalmente i problemi familiari (con il coniuge/convivente e con i genitori) per il 30,5% dei pazienti presi in cura, mentre il 10,5% dei pazienti è rappresentata dai "sensation seekers", il 9,5% da utenti con un lutto familiare e il 9,5% con problematiche di stress e altri problemi. Prendendo in considerazione anche l'esito del gioco e il sesso dei pazienti, si è visto come non vi sia alcuna associazione tra queste due caratteristiche dei pazienti e la causa scatenante. Dalla valutazione psicologica è emerso che circa il 59% dei pazienti ha una comorbidità psichiatrica così distribuita: un terzo presenta un disturbo depressivo, mentre circa il 24% ha un disturbo narcisistico (Tab. 2).

Tabella 2 - Distribuzione % delle diagnosi psicologiche dei soggetti presi in carico ai servizi territoriali (anno 2014)

Diagnosi Psicologiche	%
Ansia	6,3
Ansia/Depressione	4,8
Borderline	4,8
Deficit Intellettivo	4,8
Depressione	33,3
Depressione/Ipocondria	1,6
Dist. Post Traumatico	3,2
Disturbo Antisociale	1,6
Disturbo Bipolare	3,2
Disturbo Bipolare E Neurologico	1,6
Disturbo Dell'adattamento	1,6
Disturbo Istrionico	1,6
Disturbo Narcisistico	23,8
Disturbo Ossessivo	6,3
Sindrome De La Tourette	1,6
Tot.	100,0

Conclusione

La diagnosi di GAP riveste una particolare importanza, non solo per gli aspetti primari, cioè quelli relativi al gioco d'azzardo e al suo indice di gravità, ma anche per quelli correlati alle possibili patologie psichiatriche esistenti, all'uso di sostanze stupefacenti/alcol e ai correlati sociali e legali. Uno stato di vulnerabilità, preesistente al contatto con il gioco d'azzardo, definibile come carenza di fattori protettivi (scarso attaccamento parentale, problematiche relazionali in famiglia, povertà di tessuto relazionale, etc.), conferma, anche nel nostro studio, l'attivazione di un percorso evolutivo e di meccanismi auto-generanti responsabili della dipendenza⁵. Nella popolazione osservata la comorbidità psichiatrica è stata rilevata in più della metà del campione mentre scarsa è stata l'associazione con alcol e droghe. Nonostante la complessità dei casi seguiti non sono stati segnalati rilevanti tentativi di suicidio

diversamente da quanto emerge nella letteratura che ne riporta, invece, un'alta frequenza⁶; mentre sono stati riferiti 'pensieri di morte' da parte di quasi tutti i pazienti seguiti. Significativa è, invece, la diversa tipologia di gioco negli uomini rispetto alle donne; quest'ultime hanno anche un'età anagrafica maggiore di circa 10 anni. Il dato sopra riportato, verosimilmente correlato al senso di vergogna/colpa etc., non è al momento quantificabile in quanto l'informazione è contenuta nei diari clinici e pertanto non estrapolabile dal sistema informatico. La partecipazione ai gruppi psicoeducativi è stata il presupposto significativo per il successo del percorso terapeutico. I gruppi psicoeducativi hanno permesso ai partecipanti di acquisire una maggiore consapevolezza e un maggiore autocontrollo sul comportamento di gioco. Il coinvolgimento attivo della famiglia all'interno dei gruppi informativi ha garantito, invece, ai nuclei familiari sofferenti un'accoglienza utile a sbloccare l'*impasse* relazionale allo scopo di avviare un nuovo processo di ristrutturazione delle relazioni familiari. La focalizzazione dei bisogni emersi durante la terapia individuale, di gruppo e nel contesto familiare ha suggerito l'istituzione di un ulteriore gruppo a carattere psicoterapico per lavorare sull'approfondimento della funzione simbolica riparatrice del gioco. *"Il giocatore d'azzardo, depresso e disilluso, narcisista e ossessivo, speranzoso e confuso tra ansie aspettanti di fantastiche chimere"* potrebbe forse trovare, stante il suo illusivo stile esistenziale, un anfratto tranquillo all'interno di un sistema di cura competente, integrato e multidisciplinare.

COOPERATIVE LEARNING E GAMBLING. UN PROGETTO PILOTA NELLA REALTÀ SCOLASTICA PALERMITANA

Barbara Ferraro, *Psicologa e referente per Arci Sicilia di Mettiamociingioco*

Francesca Picone, *Psichiatra Asp Palermo - Dipendenze patologiche Ser.T*

Troppo spesso affrontare temi connessi alla salute con i bambini e gli adolescenti ha giustificato da parte dell'adulto, l'assunzione esclusiva del *punto di vista dell'osservatore esterno*. I comportamenti a rischio o adeguati dei giovani non possono essere letti in termini di input/output; non è possibile d'altro canto (e da qui si parte) "informare" senza porre in relazione l'osservatore con il sistema osservato. Occorre pensare alla crescita come bisogno di mantenimento dell'identità, specie nell'adolescente (chiusura organizzativa - punto di vista del sistema) e necessità di cambiamento ovvero di apertura e riorganizzazione autonoma di stimoli, informazioni, relazioni e comportamenti provenienti dall'ambiente ovvero dai contesti relazionali di riferimento.

L'adulto educatore deve assumere un ruolo di mediatore tra generazioni e tra culture diverse che si confrontano. In un'ottica di animazione culturale, tutti gli individui sono costruttori di significati; responsabilità dell'adulto è creare contesti nuovi per offrire la possibilità ai giovani di potersi sperimentare nella ricerca di nuovi significati e nuovi contesti in modo sempre più autonomo e complesso. Occorre quindi scegliere strumenti e metodi di discussione e di insegnamento volti ad attivare competenze cognitive, metacognitive, relazionali e comunicative capaci di incidere sui valori degli adolescenti e quindi sui loro stili di vita.

L'OMS e la carta di Ottawa parlano di promozione della salute nei termini di *"... processo che mette in grado le persone e le comunità di avere un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla"*, inoltre, *"la salute è creata e vissuta dalle persone all'interno degli ambienti organizzativi della vita quotidiana: dove si studia, si lavora, si gioca e si ama"* (OMS, 1986).

La salute, quindi, viene posta in relazione ad alcune competenze individuali e di comunità, alla riduzione delle diseguaglianze e risultano centrali i contesti di vita. Tra quelli più significativi per un adolescente troviamo la Scuola, la famiglia e i pari, contesti in cui il giovane agisce quotidianamente e che hanno un diverso impatto sul suo sviluppo. Tali contesti sono determinanti nel costruire il senso di autoefficacia emotiva e interpersonale favorendo o ostacolando disposizioni e prestazioni adattive. Nel 1993 l'OMS ha individuato

¹ Ministero della Salute - CCM, Dipendenze comportamentali / Gioco d'azzardo patologico: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi - Regione Piemonte, 2012

² Potenza MN et al. Correlates of at-risk/problem internet gambling in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011 Feb; vol. 50(2) pp. 150-159.e3

³ Jacobs DF et al. Children of problem gamblers. *Journal of Gambling Behaviour* 5: 261 - 267, 1989

⁴ E. Costantino et al. Giocatori d'azzardo patologico e i suoi familiari: modalità di presa in carico e trattamento nell'esperienza del SerT di Pavia Federserd Newsletter, 2 febbraio 2015 - Numero 8

⁵ Shaffer HJ et al. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A Meta. Analysis. Boston, MA, Harvard Medical School, Division on Addictions, 1997

⁶ Raisamo S et al. Gambling-Related Harms Among Adolescents: A Population-Based Study. *J Gambl Stud*. 2012 Feb 26.

⁷ Picone F. Il gioco d'azzardo patologico, Ed. Carocci 2010

nelle *life skills* le abilità utili che influenzano positivamente le determinanti personali dei bambini e degli adolescenti e la scuola come contesto elettivo per promuovere tali competenze.

La capacità di auto-orientarsi e pianificare un progetto personale è la finalità ultima di tutte le istituzioni educative affinché i cittadini possano affrontare con consapevolezza i rischi legati alla scelte (formative, lavorative) che inevitabilmente dovranno affrontare durante tutto l'arco di vita.

Programmare e realizzare attività che promuovano e potenzino le *life skills* a scuola permetteranno ai bambini e ragazzi di diventare, oltre che persone "sane", cittadini e lavoratori responsabili preservandoli dal rischio di dipendenze o da comportamenti non idonei in risposta a situazioni problematiche.

Coerentemente con tale visione, è necessario spostare l'attenzione dalla prevenzione di *comportamenti a rischio* (con cui tutti gli adolescenti anche se in modo diverso si misurano nella costruzione della loro identità) di devianza, patologia ed esclusione sociale alla *promozione di competenze* trasversali, utili a favorire comportamenti adattivi che strutturandosi in modo sistemico si configurano in modo stabile come *stili di vita*.

L'UE ha avviato programmi come UNPLUGGED-EUPAD (*European Drug Addiction Prevention*) dove le scelte metodologiche sono poste in relazione con le LSE (Life Skills Education), esse perseguono finalità di prevenzione contribuendo allo stesso tempo agli obiettivi propri della scuola, consolidando apprendimenti e sostenendo competenze quali: Autocoscienza, Gestione delle emozioni, Gestione dello stress, Senso critico, Decision making, Problem solving, Creatività, Comunicazione efficace, Empatia, Skill per le relazioni interpersonali.

In questo nuovo contesto culturale della promozione della salute va collocato il progetto pilota condotto in alcuni Istituti Superiori di Palermo sul *gambling*.

Arci Sicilia, associazione di promozione sociale, da sempre attenta ai fenomeni sociali legati alla criminalità e alla salute dei cittadini, ha promosso la costituzione di una rete informale di attori istituzionali (Avolab, Falacosagiusta, Addiopizzo, Fondazione Anti-usura, Istituti Scolastici, Mettiamociingiochi) che si è impegnata a restituire complessità alla pratica del gioco d'azzardo, a proporre e mettere in atto azioni concrete per il suo contrasto. In particolare con l'apporto volontaristico di esperti-formatori, Arci Sicilia ha progettato insieme ai docenti di alcuni istituti superiori di Palermo e provincia un percorso laboratoriale da inserire tra le iniziative utili per informare/sensibilizzare docenti, genitori e studenti sui rischi psico-sociali correlati al gioco d'azzardo. Inoltre, tale attività è stata condivisa con l'ambulatorio G.A.P. dell'ASP di Palermo che, a partire da questa, ha programmato specifiche attività progettuali di prevenzione (universale, selettiva ed indicata) secondo metodologie e tecniche di intervento coerenti con gli approcci proposti.

Le attività laboratoriali avevano l'obiettivo di promuovere la diffusione di *life skills*, di favorire il pensiero critico, l'*empowerment* individuale e di gruppo utilizzando il tema del gioco d'azzardo in tutte le sue implicazioni psicologiche, sociali, economiche e di legalità attraverso la metodologia del *cooperative learning*.

I docenti curriculari delle classi coinvolte, si erano formati in passato su tale metodologia e abitualmente sceglievano di utilizzarla per il consolidamento di apprendimenti propri delle materie insegnate.

In accordo con quanto prospettato da alcuni autori (Benson PL e Saito RN, 2000; Damon W, 2004; Shek Daniel TL e Sun Rachel, 2011) si è supportato lo *sviluppo positivo del giovane* per incrementare i fattori protettivi che possono contribuire a mantenere il ragazzo lontano dal gioco d'azzardo. Secondo tali riferimenti, i programmi per lo sviluppo positivo del giovane prendono in forte considerazione e puntano a valorizzare e sviluppare ulteriormente le caratteristiche e le attitudini positive del ragazzo, i suoi punti di forza, i suoi interessi e le sue potenzialità. (G. Serpelloni 2013).

L'approccio del Cooperative Learning

Lo "*sviluppo positivo del giovane*", va perseguito attraverso fattori protettivi come l'*empowerment*, le competenze sociali e affettivo-relazionali, lo sviluppo di auto-efficacia, l'osservazione delle norme pro-sociali oltre che, la capacità di utilizzare strategie cognitive come: il *problem solving*, il *coping* e la capacità di auto-orientarsi, cioè la capacità di costruire progetti personali. Il potenziamento di tali fattori può essere favorito dall'utilizzo della metodologia del *cooperative learning* nel contesto del gruppo classe. Tale metodo di insegnamento-apprendimento è centrato sulla cooperazione tra studenti. Esso presuppone che l'apprendimento venga ottimizzato in virtù di uno scambio combinato di informazioni tra i componenti di un gruppo e tra i gruppi stessi in un clima di effettiva collaborazione (M. Camoglio, M.A. Cardoso 1998). Come sostengono D.W. Johnson & R.T. Johnson (1989) l'efficacia del metodo è provata dall'aumento del profitto scolastico specie tra gli studenti il cui rendimento è al di sotto della media, dallo sviluppo di comportamenti sociali positivi, dal miglioramento dell'autostima e delle relazioni sociali.

Gli elementi fondamentali di tale metodologia sono infatti, l'*interdipendenza positiva*, la *capacità di auto-monitoraggio dei comportamenti* e il ricorso alla *meta cognizione* per riflettere sulle scelte volte alla *soluzione di compiti individuali e di gruppo* oltre che di problemi di interrelazione.

L'*interdipendenza sociale positiva* è il tipo di relazione che si stabilisce tra le persone per il conseguimento di un obiettivo comune. In particolare l'*interdipendenza positiva* si osserva nelle strutture cooperative dove la responsabilità del successo è affidata all'intero gruppo ed il conseguimento dell'obiettivo del singolo dipende dal conseguimento dell'obiettivo da parte degli altri e viceversa.

Responsabilità individuale

Questa metodologia evita la deresponsabilizzazione tipica di molte attività condotte in gruppo, il singolo non può nascondersi nel gruppo, poiché gli viene assegnato un compito e un ruolo specifico che deve portare a termine, altrimenti compromette il raggiungimento dell'obiettivo. Il singolo, è responsabile del proprio apprendimento oltre che dei comportamenti pro-

sociali che vengono valutati dall'insegnante.

La soluzione dei problemi

I problemi di natura didattica o relazionale vengono affrontati con diversi modelli decisionali come la strategia *problem solving*, il *coping*, strategie per la gestione positiva del conflitto.

Nel *cooperative learning* è centrale "il gruppo-classe" come luogo che amplifica le competenze dei singoli, poiché come osservato da Vygotskij "il gruppo riesce ad arrivare a soluzioni a cui nessuno dei suoi singoli componenti sarebbe giunto da solo". Le soluzioni date in gruppo sono più complesse, più creative, poiché nascono dalla discussione, dall'argomentazione di idee, dalla necessità di negoziare le soluzioni. Come sostiene Winnicott: "Ogni processo di apprendimento è possibile solo quando si realizza un effettivo incontro tra menti", il *cooperative learning* definisce le regole e il contesto favorendo l'incontro stesso.

Il compito del docente/tutor diventa duplice: *facilitare* i processi cognitivi che non possono essere slegati dalle competenze comunicative, di gestione del conflitto, di leadership. I compiti assegnati devono elicitarne comportamenti competenti su un piano dei contenuti, dei processi cognitivi, ma anche su un piano delle competenze pro-sociali. Il docente deve lavorare metodologicamente per favorire il potenziamento degli studenti su entrambi i piani di sviluppo.

Centrale è l'ambiente di apprendimento cioè la Scuola, che a differenza della famiglia, permette ai giovani di relazionarsi con pari ed adulti con minore "intensità" affettiva. A scuola le dinamiche affettive se gestite con professionalità dagli insegnanti, diventano uno spazio privilegiato dove potersi sperimentare in modo altro. La scelta di laboratori con contenuti non prettamente scolastici, l'assenza della valutazione docimologica da parte dei docenti, la presenza di esperti del mondo dell'associazionismo ricreativo, diventano un contesto dove è più facile scollarsi da etichette e stereotipi specie per quegli adolescenti con temperamento *novelty seeking*.

Riteniamo per le ragioni sopra descritte che la scelta della metodologia del *cooperative learning* potenzi "i fattori protettivi degli adolescenti a rischio" specie se utilizzata in laboratori con contenuti non didattici che permettono ai giovani di poter ampliare interessi e competenze sperimentando aspetti della loro **intelligenza multipla** non valorizzata da una tradizionale visione della Scuola che predilige le intelligenze logico-matematiche e linguistico-verbali.

La strategia che ha guidato il progetto pilota è stata quella di utilizzare il tema del gioco d'azzardo come metafora del "**vincere facile**", a cui bisogna contrapporre, quella del "**mettersi in gioco**", come capacità di influenzare il proprio futuro argomentando le proprie idee, accrescendo le competenze personali e professionali, studiando, formandosi e lavorando. Il "Gioco" allora, diventa un pretesto per parlare di **merito** per la propria affermazione personale e di come l'azzardo non sia l'unica *chance* su cui scommettere. In particolare si è posta attenzione sul ruolo della comunicazione pubblicitaria. Nel lavoro con gli studenti è emerso come la pubblicità stia alimentando uno dei falsi-miti della cul-

tura consumistica, cioè il "vincere facile" come soluzione acritica ai problemi economici, come unico investimento possibile per coronare i propri desideri.

Le attività svolte durante le ore curricolari e supportate dall'attento lavoro dei docenti in classe sono state articolate in quattro incontri. Importante è stato definire insieme il concetto di gioco e gioco d'azzardo i concetti di abilità e sorte, la visione di alcuni documenti e video-documenti, l'analisi e le riflessioni su specifiche aree di contenuto: dati statistici sulla diffusione del fenomeno, connessioni tra la pratica legale e illegale del gioco e la criminalità e il riciclaggio, legislazione e incongruenze sul territorio Italiano.

Percezione come cittadini della capacità/possibilità di potere incidere sulle scelte politiche inerenti il gioco d'azzardo. Prodotti finali sono stati articoli pubblicati sul giornalino della scuola, e relazioni sul tema e sull'esperienza portate in incontri seminariali con alunni, genitori, docenti e rappresentanti istituzionali (Carovana antimafie. 2015 Monreale, incontro con operatori ambulatorio Gap Asp Palermo 2014, incontro con rappresentanti dei monopoli di stato). Inoltre, alcuni studenti del corso per operatore grafico di un Istituto Superiore palermitano hanno costruito una mappa concettuale su base della quale hanno realizzato un video-documento che evidenzia i paradossi comunicativi della pubblicità sul gioco d'azzardo. Al termine del percorso insegnanti e operatori hanno valutato positivamente il raggiungimento di alcuni obiettivi specifici per le aree: comunicazione/partecipazione, conoscenze specifiche sul tema trattato.

In una prospettiva coerente con l'approccio proposto, il lavoro continuo con e sulle life skills è la sfida che attende non solo il mondo della scuola ma quelle delle organizzazioni del lavoro in generale, secondo un'ottica *life long learning* e *learning organization* (Organizzazione che *impara ad apprendere*). Le organizzazioni del lavoro in quanto sistemi viventi devono essere capaci di apprendere ad apprendere, il cambiamento che si auspica negli stili di vita personali deve essere condiviso da tutti i contesti in cui l'individuo è coinvolto sia a livello di micro-sistema ma anche di eso-sistema e macro-sistema. In tale prospettiva, il cambiamento passa per un processo di apprendimento condiviso che perturba il sistema di relazioni provocando un'auto-organizzazione e la creazione di significati condivisi (*autopoiesi*) in un gioco sistemico di aperture e chiusure organizzative.

Heinz von Foerster¹: "Questa intuizione rappresenta un cambiamento...anche nel modo di percepire l'insegnamento, l'apprendimento, il processo terapeutico, la gestione organizzativa, e, aggiungerei, nel modo di percepire le relazioni nella vita di tutti i giorni. Possiamo cogliere questo fondamentale cambiamento epistemologico se paragoniamo la posizione di chi si ponga come osservatore distaccato di fronte a un modello in sé, oggettivo, con quella di chi veda se stesso come attore immerso nel dramma di un'interazione reciproca, quello del dare e dell'avere nella circolarità delle relazioni umane".

¹ Etica e Cibernetica di secondo ordine, riportata in *Terapia breve strategica*, a cura di P. Watzlawick, G. Nardone, 1997, pagg.43-44.

PROGETTO PILOTA DI RICERCA E INTERVENTO SUL FENOMENO DEL GIOCO D'AZZARDO NEL COMUNE DI OLGINATE

Fiocchi A. (50 anni, Atipica cooperativa sociale),
Bonvini M., Gusmeroli P.,
Cavalera C., Rovida D., Briganti R.

Introduzione

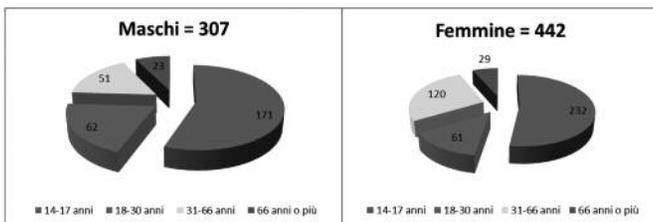
All'interno del piano complessivo di intervento Circolare Regionale n.1 del 15.01.2014 il Servizio Nuove Dipendenze dell'Asl di Lecco ha sviluppato un'attività di sensibilizzazione, in collaborazione con Atipica cooperativa sociale e l'Amministrazione Locale del Comune di Olginate, dove si è rilevata la presenza del fenomeno della dipendenza da gioco d'azzardo.

Obiettivi

Comprendere i rischi e le possibilità di diffusione del GAP tra la popolazione, indagare su quali siano le credenze relative al gioco d'azzardo patologico e attività di sensibilizzazione.

Procedura

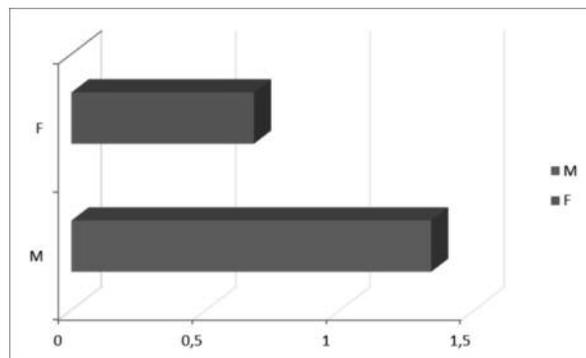
Sono stati somministrati a 714 partecipanti (F= 442 M = 307 suddivisi in 4 cluster per fasce di età 14-18 anni; 18-30 anni; 30-66 anni; over 66 anni) il questionario autosomministrato anonimo SOGS (Lesieur & Blume,1987) e le interviste semi-strutturate con quesiti tratti da ASI (GA 13-GA 25), McLellan et al., 1980).



Risultati

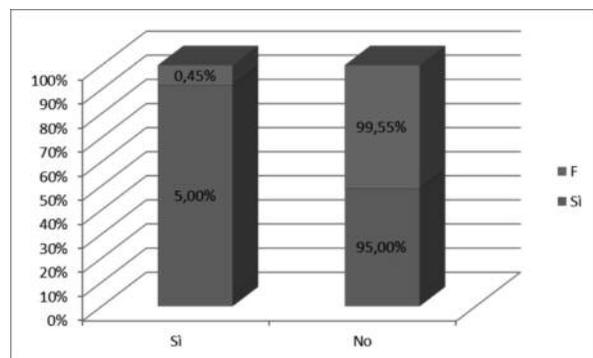
Di seguito sono presentate in forma grafica alcune delle informazioni emerse dalla raccolta dati. Il confronto tra i gruppi mette in rilievo le seguenti differenze significative rispetto alla variabile dei grafici sotto indicati.

- Somma più alta mai versata:



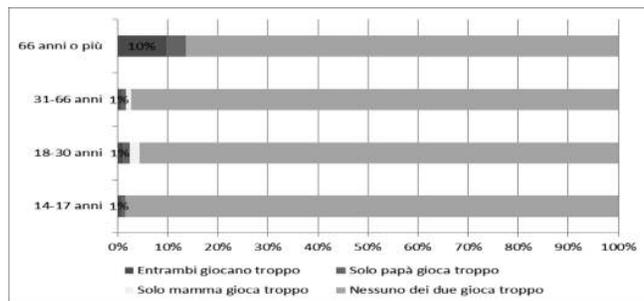
Il grafico dimostra come i maschi presentino un più alto punteggio medio di puntata massima mai versata in un giorno.

- Nascondi a persone importanti oggetti legati al gioco d'azzardo?



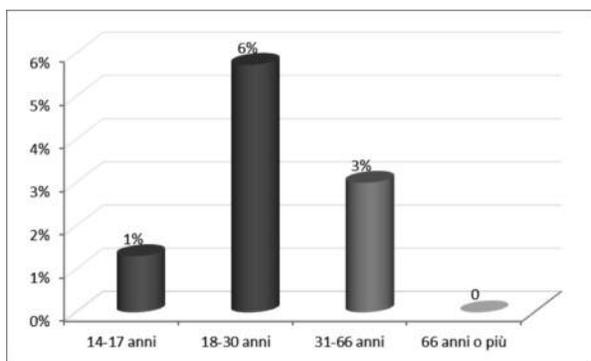
Sembra, inoltre, che i maschi tendano a nascondere più spesso oggetti legati al gioco d'azzardo a persone importanti rispetto alle femmine.

- I tuoi genitori hanno o hanno avuto problemi con il gioco d'azzardo?



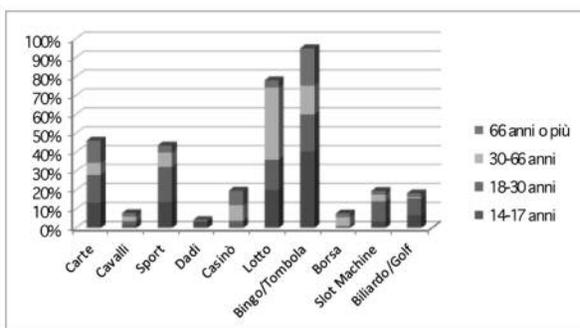
Il gruppo di persone appartenenti alla fascia dai 66 anni o più presenta una maggiore tendenza ad ammettere problemi di gioco nella propria storia familiare rispetto a tutti gli altri gruppi.

- Hai mai giocato più di quanto volevi?

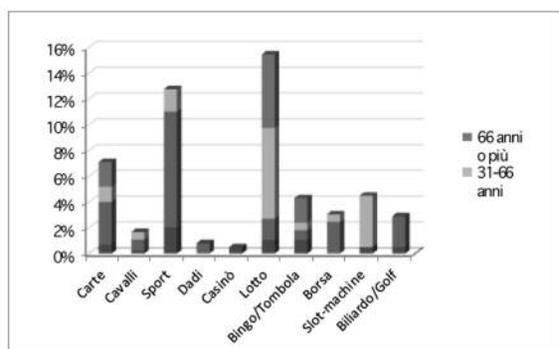


Sembra in particolare che giovani della fascia di età 18-30 anni tendano a giocare di più rispetto al loro desiderio iniziale se confrontati con gli adolescenti di 14-17 anni.

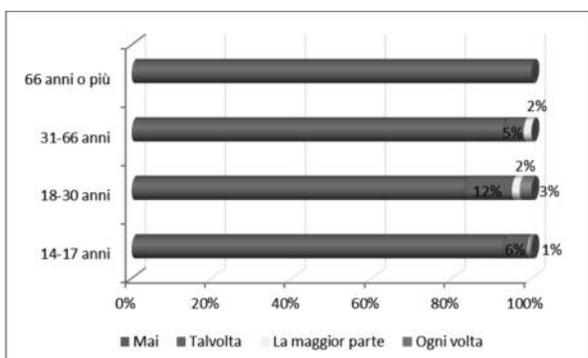
- Una volta a settimana:



- Più di una volta a settimana:



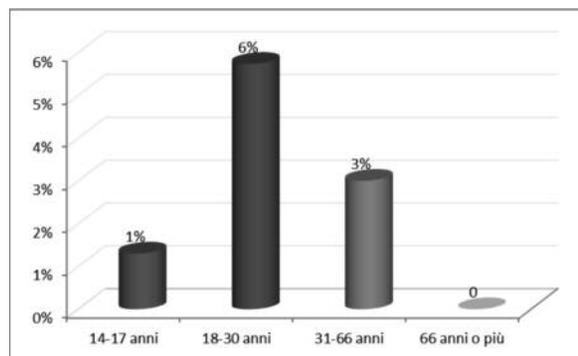
- Quanto spesso torni il giorno dopo per vincere la somma persa?



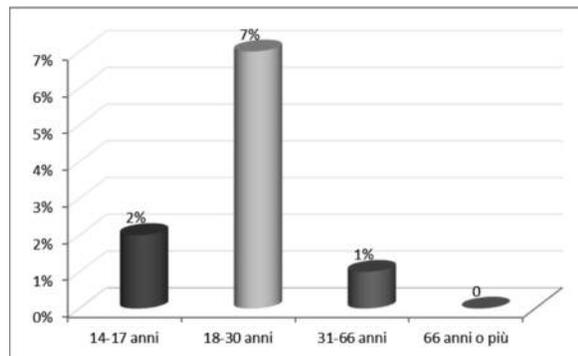
Dal grafico sopra rappresentato, appare come il gruppo di persone appartenenti alla fascia 18-30 anni presen-

ti una maggiore tendenza a ritornare al gioco per vincere la somma persa rispetto a tutti gli altri gruppi.

- Nascondi a persone importanti oggetti legati al gioco d'azzardo?



- Sottrai tempo a lavoro o scuola a causa del gioco d'azzardo?



Sembra che il gruppo di persone appartenenti alla fascia 18-30 anni presenti una maggiore tendenza a nascondere a persone importanti oggetti legati al gioco d'azzardo e sottrarre tempo a lavoro o scuola a causa del gioco d'azzardo.

Rispetto alla variabile genere è possibile individuare una maggiore presenza di comportamenti a rischio di gioco d'azzardo patologico tra i maschi. Rispetto alla variabile età sembra inoltre emergere una maggiore situazione a rischio relativamente ai giovani della fascia di età 18-30 anni. Confrontando i gruppi di età sono infatti emerse le seguenti differenze:

- Giocare di più rispetto al desiderio iniziale: i giovani della fascia di età 18-30 anni tendono a giocare di più rispetto al loro desiderio iniziale se confrontati con gli adolescenti di 14-17 anni.
- Ritorno al gioco dopo aver perso: i giovani della fascia di età 18-30 anni tendono a tornare a giocare più spesso per vincere la somma persa se confrontati con le altre fasce d'età.
- Tempo sottratto ad altre attività a causa del gioco: i giovani della fascia di età 18-30 anni tendono a sottrarre più tempo ad altre attività a causa del gioco più spesso per vincere la somma persa, se confrontati con gli adolescenti di 14-17 anni, con gli adulti di 30-66 anni e con gli over 66 anni.

Dato l'alto interesse tra i giovani sulla problematica indagata, nonché la vicinanza a persone o situazioni definibili a rischio, sarebbe opportuno promuovere interventi di prevenzione all'interno delle scuole.

Inoltre, si potrebbero approfondire le credenze rispetto al gioco d'azzardo nella prima fascia adulta (18-35) e allargare il campione dei partecipanti oltre ai 66 anni per verificare se le presenti risultanze siano confermate.

Conclusioni

A partire da questa prima sperimentazione sarebbe opportuno rendere il progetto di ricerca più informativo dal punto di vista quantitativo e proporlo attraverso nuove progettazioni, approvate e finanziate dalla regione Lombardia ai sensi della l. R. 8/2013, nel territorio di Vimercate, Monza e Lecco (nuova ATS).

Bibliografia di riferimento

Capitanucci D. et al., (2009). *Scommettiamo che non lo sai? Una guida preventiva specifica per il gioco d'azzardo patologico. Personalità/Dipendenze, vol. 15, fascicolo I. Pg. 59-76.*

Lesieur H.R., Blume S.B. (1987). *The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers, American Journal of Psychiatry, 144 (9), 1184-1188.*

McLellan, A., et al. (1980). *The Addiction Severity Index: A diagnostic/evaluative profile of substance abuse patients. Substance abuse and psychiatric illness, 151-59.*

Per la realizzazione del progetto pilota si ringraziano per la collaborazione Cristiana Rebecca Gualteroni, Fiorenza Latini e Lucia Borso.

FATE IL NOSTRO GIOCO Progetto di comunicazione/ sensibilizzazione in tema di Gioco d'Azzardo in collaborazione tra Coordinamento Regionale Servizi GAP Piemonte e Società TAXI1729

Roberto Fiorini, *Educatore Professionale - ASLTO2*
Loredana Acquadro, *Psicologa - Cossato - ASLBI*
Paola Bogliaccino, *Educatrice Professionale ASLTO2*
Claudia Carnino, *Educatrice Professionale ASLTO1*
Franca Guerzoni, *Educatrice Professionale - Chieri - ASLTO5*
Antonio Leonetti, *Medico Psichiatra - Mondovì - ASLCN*
Signorella Nicosia, *Assistente Sociale - Vercelli - ASL VC*
Luca Rossi, *Psicologo - Giaveno - ASLTO 3*
Marzia Villata, *Educatrice Professionale ASLTO2*
Paolo Canova, Diego Rizzuto, Sara Zaccone, *SOCIETÀ TAXI1729*

Premessa

A partire dal 2012 il Consiglio Regionale e l'Osservatorio sulla Legalità e sui Diritti (già Osservatorio AntiUsura) della Regione Piemonte, in accordo con la Direzione Generale dell'Ufficio Scolastico Regionale, hanno indetto un concorso riservato agli studenti degli Istituti di Istruzione secondaria di II grado della Regione Piemonte: "Cultura della legalità e dell'uso responsabile del denaro".

Il concorso consiste nella realizzazione a scelta di un prodotto multimediale e/o di un articolo o saggio breve sul tema del gioco d'azzardo con particolare riferimento a: *Legalità, Famiglia, Salute ed Economia*.

Per fornire agli studenti maggiori informazioni, suggestioni e sollecitare interesse ai suddetti argomenti sono state offerte alle scuole delle conferenze-spettacolo allestite dalla Società TAXI1729.

Sin dalla prima edizione il Coordinamento Regionale dei Servizi per il Gioco d'Azzardo Patologico ha collaborato con gli esperti di TAXI1729 offrendo una prospettiva sanitaria sulla patologia da gioco, ritagliandosi un minuto spazio all'interno della conferenza.

Coordinamento Regionale Servizi GAP Regione Piemonte

Il Coordinamento Regionale dei Servizi per il Gioco d'Azzardo Patologico della Regione Piemonte si costituisce spontaneamente nel 2004 su iniziativa degli operatori dei Ser.D. della Regione Piemonte che già da qualche anno si occupavano dei giocatori all'interno dei loro Servizi.

Essi rilevavano fortemente la necessità di confronto sulle metodologie di lavoro e di approfondimento delle tematiche inerenti al gioco d'azzardo, per rendere mag-

giornamente omogenei gli interventi, perlomeno a livello regionale, ed attivare iniziative comuni di prevenzione, ricerca e formazione.

Con la determinazione n. 120 del 10.03.2008 la Regione Piemonte ha riconosciuto e formalizzato l'esistenza del Coordinamento Regionale individuando in un Gruppo di Lavoro, formato da operatori rappresentanti del Coordinamento e dei Ser.D. piemontesi, il riferimento istituzionale per le iniziative sul gioco d'azzardo a respiro regionale.

Il Coordinamento Regionale ha da sempre lavorato anche per sottogruppi costituiti sulla base delle indicazioni condivise in assemblea plenaria.

Questi gli ambiti in cui ha lavorato nel corso degli anni:

- interventi di formazione del personale appositamente dedicato;
- raccolta e manutenzione dei dati esistenti nel sistema informativo regionale;
- interventi di sensibilizzazione e di informazione per la cittadinanza, sia sul tema del gioco d'azzardo, sia sull'accessibilità ai Servizi per il trattamento da Gioco d'Azzardo Patologico;
- attività di prevenzione rivolte alle Scuole e/o al Territorio;
- mappatura dettagliata dei Servizi (pubblici e privati) della Regione Piemonte;
- costruzione e manutenzione di rete con gli Enti Locali e del Privato Sociale (Giocatori Anonimi, A.M.A., Enti Ausiliari del Piemonte, ecc.);
- organizzazione di seminari e convegni sul GAP.

Nel 2010 è stato creato il sito internet www.giocopatologicopiemonte.it in cui si trovano informazioni rivolte a giocatori e non, rispetto alle caratteristiche del gioco d'azzardo, alla patologia di dipendenza da gioco, alla possibilità di riconoscere la presenza di problemi legati al gioco stesso e indicazioni rispetto ai Servizi della Regione deputati al trattamento. Inoltre nel sito vengono riportate segnalazioni di eventi o iniziative formative di particolare interesse.

Nel 2014 è stata creata la pagina Facebook *GAP Piemonte* col fine di permettere confronto e condivisione di vari contenuti ad un maggior numero di persone.

TAXI1729

Paolo Canova, matematico, e Diego Rizzuto, fisico, dopo esperienze diverse nel campo della comunicazione scientifica, hanno messo insieme competenze e obiettivi dando vita nel 2009 al Progetto *Fate il Nostro Gioco*. Una campagna di informazione con l'obiettivo di svelare, attraverso l'uso della matematica, le regole, i piccoli segreti e le grandi verità che stanno dietro al preoccupante fenomeno del gioco d'azzardo in Italia. Un esercizio di pensiero critico che ha in sé le caratteristiche della didattica e della promozione della salute perché aumenta la consapevolezza sui rischi derivanti dalla scarsa conoscenza delle leggi che governano la sorte ed espongono agli eccessi da gioco d'azzardo. In poco tempo il progetto ha avuto un successo e una visibilità difficili da prevedere, rivelando grandi capacità di attirare su di sé l'attenzione del pubblico e dei mezzi d'informazione.

Insieme a Sara Zaccone, nel 2012 hanno fondato

TAXI1729, Società di Formazione e Comunicazione scientifica. «Il nostro lavoro è unire la precisione e il rigore di cui la scienza ha bisogno con la passione e, perché no, il divertimento che nascono da un modo diverso di raccontarla - dicono -. Perché siamo convinti che la matematica sia esercizio di pensiero critico, e quindi un'occasione per creare un'opinione consapevole nei cittadini, specialmente nei ragazzi».

Il progetto: Fate in nostro gioco

L'incontro tra l'universo dell'Istruzione, con l'istituzione del concorso, e quello della Sanità con il coinvolgimento degli operatori dei Ser.D. ha incentivato una collaborazione nata da puntuali confronti tra operatori, Coordinamento Regionale e la società TAXI1729 sulle migliori da apportare agli interventi fatti nelle scuole. Tale cooperazione, non così scontata né esente da criticità, ha fatto intravedere interessanti prospettive di sviluppo.

Ed è in questo panorama che il Coordinamento Regionale ha voluto investire cercando di mantenere ed ampliare gli aspetti positivi di tale collaborazione, costruendo un progetto di collaborazione che ha lavorato su una maggiore integrazione tra i *saperi* dei Servizi per le Dipendenze (relativi alla malattia, alla cura e al funzionamento dei Servizi) con i *saperi* di TAXI1729 (relativi alla matematica, agli errori cognitivi e alla comunicazione).

Così quando nell'a. s. 2014/2015 la Regione Piemonte ha continuato a sostenere il progetto, finanziando 20 conferenze da svolgersi in tutto il territorio piemontese, si è costituito un *pool* di operatori del Coordinamento Regionale che ha ripensato alla conferenza insieme ai divulgatori scientifici di TAXI 1729. Un processo di revisione della conferenza spettacolo già in essere, che ha *obbligato* gli operatori Ser.D a ristrutturare le proprie competenze in un linguaggio semplice e senza tecnicismi, accessibile e diretto, *più in sintonia con lo stile di Taxi*. Non è così scontato infatti riuscire a trasmettere in tale maniera concetti relativi al circuito della ricompensa, della tolleranza e dell'astinenza, parlare di fallacie cognitive e calcolo della probabilità, raccontare storie di dipendenza e di eventi praticamente impossibili.

Il medesimo pool ha garantito che un operatore conducesse insieme ai matematici le conferenze nei vari territori: un'azione necessaria per il tipo di comunicazione che il progetto ha deciso di sposare, ovvero quello di TAXI1729, che prevede un ritmo quasi teatrale che va provato, consolidato e corretto nel tempo, escludendo improvvisazioni che possano abbassare il livello di attenzione e concentrazione degli studenti.

A differenza degli anni precedenti l'intervento degli operatori è stato ideato, studiato, costruito e provato da una squadra di 12 persone: 9 operatori Ser.D. e i soci di TAXI1729.

L'obiettivo è stato quello di integrare meglio i diversi linguaggi in modo da rendere il messaggio maggiormente accessibile ed esplicativo. Il gruppo di lavoro ha definito i 4 relatori che, alternandosi nelle 20 conferenze, hanno condotto le conferenze spettacolo insieme a TAXI1729.

Al termine di ogni conferenza veniva fatta una verifica

ed un confronto sull'andamento della medesima, così da poter operare gli eventuali aggiustamenti per la successiva.

Il Coordinamento è stato costantemente aggiornato sull'andamento del progetto che prevedeva inoltre il coinvolgimento del Servizio competente per il territorio di sede delle Scuole partecipanti al concorso e alle conferenze.

I numeri

Anno scolastico 2014/2015

20 conferenze

38 scuole

126 classi

3165 studenti

100 insegnanti

Negli anni precedenti (a. s. 2012/2013 e 2013/2014)

40 conferenze

68 scuole

288 classi

6014 studenti

272 insegnanti

Conclusioni

Il Progetto *Fate il Nostro Gioco*, nel panorama degli interventi di Promozione della Salute dei Servizi per le Dipendenze, si distingue per la capacità che ha avuto di mettere insieme differenti istituzioni del Pubblico e del Privato, creare contaminazione tra linguaggi e competenze molto diversi tra loro e realizzare un prodotto in grado di raggiungere la testa e il cuore di tanti, così da diventare un vero veicolo di consapevolezza e di informazione sui rischi che possono derivare da determinati comportamenti, ma anche sulla possibilità di trattare il problema del gioco patologico e sui luoghi deputati a tale scopo.

Una collaborazione che trascende la competitività che purtroppo, troppo spesso, i Servizi e le Istituzioni attivano tra loro e che si apre verso scenari ancora più appassionanti per le diverse sfaccettature che consente ancora di esplorare, perfezionare e consolidare. Proprio per questi motivi non si possono tirare delle conclusioni senza dar loro il respiro di nuove premesse di lavoro, ovvero:

- consolidare tale esperienza;
- occuparsi della valutazione dell'efficacia;
- strutturare un percorso più articolato che possa prevedere un *prima* e un *dopo*, nei quali gli studenti diventano essi stessi attori del processo e a loro volta promotori di salute, conoscenza e consapevolezza.

Al di là della più o meno concreta possibilità che un nuovo ciclo di conferenze venga rifinanziato o meno, e compatibilmente con gli impegni delle rispettive organizzazioni di appartenenza, l'intenzione dei professionisti finora ingaggiati in questo progetto è quella di continuare a lavorare sui suddetti temi, responsabili del bisogno che la collettività ha per questo tipo di iniziative.

"IO NON SONO UN POLLO", GRUPPO DI PSICOEDUCAZIONE PER PERSONE AFFETTE DA DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

D. Micheli, *Educatore Professionale Ser.T. Via Boifava di Milano*

G. Zita, *Medico Psichiatra, Responsabile Struttura semplice Ser.T. Via Canzio di Milano e Coordinatore del gruppo di lavoro*

E. Cozzolino, *Direttore Struttura Complessa Ser.T. 1 Asl Milano TAXI1729*

Perché un gruppo di psicoeducazione?

Nel Gennaio 2014, a Milano, l'introduzione dei voucher ha comportato l'individuazione di due sole sedi SerT pubbliche (e due SMI privati) che si sarebbero dovute occupare di ciò che oggi viene definito dal DSM 5 "Disturbo da Gioco d'Azzardo" (DGA). Come si può vedere dalla mappa a fianco, si prospettava una forte polarizzazione dei potenziali pazienti del Servizio con un possibile aumento consistente dei casi trattati normalmente dallo stesso. Da qui la necessità di offrire in maniera più efficiente il trattamento di psicoeducazione, offerta di partenza del nostro impianto terapeutico, senza subire l'affanno derivante dall'arrivo di nuovi pazienti.

Tale tipo di intervento è sempre stato condotto da un operatore con il pz. e, possibilmente, un familiare o una persona a lui vicina, quindi in una situazione "intima" di colloquio. Non sarebbe stato saggio mantenere questo unica offerta trattamentale di fronte a un incremento della domanda. Tale offerta è rimasta come opzione di riserva, qualora il paziente non possa, a priori, partecipare al gruppo.

La psicoeducazione individuale

Questo tipo di approccio, secondo i temi e le modalità di Ladouceur e Carlevaro declinati nel nostro lavoro quotidiano, è stato ampiamente utilizzato nei nostri Servizi da diverse figure professionali (assistenti sociali, infermieri, educatori) con i pz affetti da DGA; è una "danza" dialettica fra l'operatore e il paziente che indaga il problema, stimola la riflessione, fa intravedere possibili soluzioni e strategie, aiuta il lavoro più introspettivo condotto da altre professionalità, migliora la motivazione e la rende più chiara al paziente, il tutto focalizzando l'obiettivo sull'aumento di consapevolezza rispetto alla patologia e al trattamento. Si snoda attraverso 3 incontri settimanali che prevedono anche dei "compiti a casa" per il paziente. È un intervento che crea un legame forte, seppur di breve periodo, che abbiamo visto essere più efficace all'inizio del trattamento, perché aiuta a condurre una riflessione su tem-

atiche molto concrete e spesso fornisce indicazioni di primo livello per arginare gli effetti della patologia.

La psicoeducazione in gruppo

Il balletto delle parole che si mette in scena nella psicoeducazione individuale non può essere rappresentato in gruppo poiché, è evidente, manca la dimensione intima. Questo è il primo e più importante limite che è possibile sottolineare dopo 10 edizioni del gruppo "Io non sono un pollo", tutto il resto c'è e funziona: dopo anni di lavoro i contenuti si sono raffinati, cristallizzati e universalizzati, rendendoli utilizzabili in una dimensione di gruppo.

Così è stato strutturato un percorso di 4 incontri (i cui titoli potrebbero essere "presentazione", "informazioni sul gioco e sui giochi", "strategie di approccio alla patologia", "trattamento e motivazione") che hanno una trama complessiva che si snoda attraverso la narrazione che avviene in ciascun appuntamento.

Modalità

dove: sede SerT di via Canzio 18, è stata scelta questa sede poiché centrale rispetto ai due poli trattamentali; a questo gruppo afferiscono quindi pazienti di entrambi i Servizi.

quando: il mercoledì nel tardo pomeriggio, dalle 18.00 alle 19.30, questa fascia oraria è sembrata la più comoda per pazienti molto integrati dal punto di vista sociale e quindi con maggiori impedimenti dovuti, ad esempio, alla condizione lavorativa.

invio: la partecipazione al gruppo viene proposta in fase di accoglienza a tutti i pazienti (in caso di dubbi, la decisione di proporre il gruppo viene rimandata all'équipe), fornendo loro locandina del prossimo gruppo disponibile e progetto sintetico del gruppo stesso.

calendario: prima dell'inizio del gruppo è stato definito un calendario di edizioni molto lungo, a partire dal Maggio 2014 fino al Dicembre 2016; ogni edizione dura 4 settimane e fra un'edizione e la successiva intercorrono 2 settimane: il tempo complessivo di 6 settimane consente di reclutare tutti i nuovi pazienti e di fornire loro questo tipo di offerta terapeutica in una fase iniziale del trattamento.

conduzione: gli incontri di gruppo sono condotti da due educatori professionali, si svolgono come una lezione frontale, con apposite sollecitazioni di interventi dei partecipanti. Vengono utilizzate delle slides e la proiezione diventa anche una lavagna sulla quale, grazie all'utilizzo di una tavoletta grafica, viene scritto quanto emerge dal gruppo. Ciò facilita molto la raccolta e l'archiviazione dei materiali.

Dalla 6° edizione in poi, il gruppo è stato aperto alla partecipazione dei familiari o delle persone vicine. Costoro non compilano test e non firmano il foglio presenze.

Partecipazione

Nella tabella sottostante è presentata l'affluenza al gruppo (testimoniata dai fogli firme archiviati); per ciascuna edizione è espresso il numero di partecipanti previsti, il numero di coloro che si sono effettivamente presentati, il numero di coloro che hanno partecipato a tutti e 4 gli incontri di quell'edizione e infine il dato di

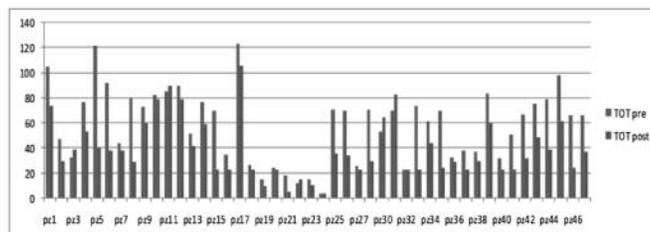
quanti hanno partecipato a 3 soli incontri. Nel conteggio sono stati esclusi i pz. che hanno frequentato solo 1 o 2 incontri e non vengono presi in considerazioni gli accompagnatori.

edizione	pz. previsti	pz. effettivamente presentati	pz. che hanno partecipato a tutti e 4 gli incontri	pz. che hanno partecipato ad almeno 3 incontri
1	11	7	5	0
2	8	7	4	2
3	8	6	4	1
5	10	5	3	1
6	11	10	5	3
7	9	5	3	0
8	16	9	5	2
9	15	10	5	2
10	10	6	2	2
11	13	8	7	0

Valutazione dell'efficacia

La valutazione dell'efficacia del gruppo è stata misurata utilizzando il test GRCS (Gambling Related Cognition Scale), somministrandolo all'inizio del primo incontro e ripetendo la somministrazione alla fine dell'ultimo incontro. È un test che valuta la qualità dei pensieri e delle credenze relative al gioco d'azzardo.

Nelle 10 edizioni del gruppo hanno partecipato 73 pz., dei quali abbiamo 47 GRCS pre e post gruppo, questi i risultati:



Nel grafico sopra sono stati raccolti i risultati totali del GRCS prima (in blu) e dopo (in rosso) il gruppo; tranne in 5 casi, sembra far diminuire in maniera variabile il punteggio del test.

Nella tabella sottostante, per ciascun paziente, vengono mostrate le variazioni percentuali dei punteggi delle 5 sottoscale del test, oltre alla variazione percentuale del punteggio totale. In particolare, evidenziati in rosso i punteggi che peggiorano dopo il gruppo, evidenziati in giallo i punteggi che rimangono stabili, in formato neutro i punteggi che migliorano dopo il gruppo. Questi ultimi sono nettamente superiori, a testimonianza del fatto che il gruppo provoca un cambiamento rispetto a informazioni, pensieri e credenze rispetto al gioco d'azzardo.

	delta % AG	delta % IC	delta % CP	delta % IG	delta % BI	delta % TOTALE
pz1	0%	-61%	-33%	-6%	-63%	-30%
pz2	-40%	0%	0%	-65%	50%	-36%
pz3	-20%	-20%	0%	89%	0%	18%
pz4	-78%	-11%	-44%	-16%	7%	-31%
pz5	-80%	-81%	-62%	-60%	-59%	-67%
pz6	-73%	-71%	-52%	-58%	-47%	-59%
pz7	-50%	-43%	0%	33%	-50%	-14%
pz8	-56%	-64%	-73%	-8%	-85%	-64%
pz9	-27%	0%	15%	-44%	0%	-18%
pz10	50%	-29%	-11%	5%	-19%	-4%
pz11	-19%	0%	9%	41%	-5%	6%
pz12	47%	-76%	-37%	-19%	60%	-12%
pz13	0%	-43%	-60%	50%	-42%	-19%
pz14	-15%	-45%	0%	-35%	-18%	-23%
pz15	-69%	-33%	-68%	-80%	-43%	-67%
pz16	0%	-43%	0%	-64%	0%	-34%
pz17	-18%	-11%	-11%	-17%	-12%	-14%
pz18	0%	-43%	0%	0%	-20%	-15%
pz19	-26%	0%	22%	-33%	-43%	-33%
pz20	-24%	-42%	-38%	-29%	-15%	-4%
pz21	-40%	-13%	-20%	-50%	-21%	-72%
pz22	-16%	0%	0%	-57%	-19%	25%
pz23	-43%	-30%	-10%	-59%	-56%	-27%
pz24	-16%	-43%	0%	-33%	0%	0%
pz25	-45%	-27%	-58%	-44%	-64%	-49%
pz26	-67%	-62%	-71%	-8%	0%	-51%
pz27	0%	-20%	-14%	-17%	0%	-12%
pz28	-45%	-20%	-50%	-64%	-73%	-58%
pz30	11%	17%	36%	28%	11%	23%
pz31	0%	44%	50%	6%	0%	19%
pz32	0%	0%	0%	0%	0%	0%
pz33	-71%	-50%	-67%	-71%	-76%	-69%
pz34	0%	0%	0%	-39%	-44%	-29%
pz35	-69%	-71%	-50%	-57%	-76%	-66%
pz36	-50%	-43%	0%	38%	0%	-12%
pz37	-20%	-43%	0%	-69%	0%	-39%
pz38	0%	0%	0%	-25%	-43%	-19%
pz39	-53%	-22%	-44%	-14%	-15%	-29%
pz40	0%	-20%	-54%	-17%	0%	-28%
pz41	-50%	0%	0%	-77%	-64%	-55%
pz42	-59%	0%	-33%	-58%	-64%	-52%
pz43	-41%	-18%	-27%	-57%	-9%	-35%
pz44	-50%	-60%	-61%	-22%	-67%	-51%
pz45	-50%	23%	-50%	-45%	-37%	-37%
pz46	-50%	-20%	-57%	-78%	-69%	-64%
pz47	-65%	-20%	-38%	-47%	-18%	-44%

Mediamente il *miglioramento del punteggio* totale è del 25% e, in particolare, delle 5 sottoscale è il seguente:

Aspettative sul gambling: 25%

Illusione di controllo: 28%

Controllo predittivo: 20%

Impossibilità a interrompere il gioco: 22%

Bias interpretativo: 23%

Osservazioni e conclusioni

Le variazioni dei punteggi del GRCS sono imputabili sia al lavoro di gruppo, sia al trattamento individuale che scorre parallelo al mese di gruppo; saper bilanciare con precisione quanto sia merito di una condizione piuttosto che dell'altra non è stato indagato dall'attuale analisi.

A ciascun paziente, in fase di accoglienza, viene somministrata una batteria di test composta da SCL90, TAS20, BIS11 e SOGS, con i dati in nostro possesso non abbiamo la possibilità di stimare predittivamente i risultati di questi test per capire chi porterà a termine il gruppo o chi lo abbandonerà precocemente, quindi non abbiamo modo al momento di selezionare a priori i

pazienti che meglio beneficeranno di questo tipo di intervento.

È in corso un lavoro rispetto al drop out dei pazienti, focalizzato a indagare motivazioni e condizioni che lo hanno prodotto. Pensiamo che i dati di questa ulteriore indagine forniranno elementi utili alla predizione dei possibili abbandoni e quindi avranno ricadute significative sulla modulazione del trattamento.

È certo che nel gruppo viene veicolata in maniera efficace una notevole mole di contenuti, dai rimandi dei pazienti la conduzione è stimolante e alimenta la riflessione personale sulla patologia, ma anche sul trattamento stesso; per questo motivo è allo studio un questionario di customer satisfaction ad hoc per aiutare l'evoluzione efficace ed efficiente dei contenuti del gruppo.

Bibliografia

1. R. Ladouceur et al. (2003) *Il gioco d'azzardo eccessivo - Centro scientifico editore*
2. R. Caillois (1967) *I giochi e gli uomini - Bompiani*

GRUPPO FAMILIARI

Daniele Pavese

Psicologo Psicoterapeuta ASL 4 Chiavarese

Il giocatore e il familiare

Il gruppo nasce all'interno dell'Ambulatorio sul Gioco d'Azzardo dell'Asl 4 Chiavarese, che è attivo dal 2008. Nel corso degli anni, i pazienti hanno spesso usufruito di uno spazio di colloquio individuale e di uno di gruppo monosintomatico.

L'implicazione dei familiari era sì prevista, ma sempre in termini di primo contatto o comunque di tutoraggio del percorso del familiare implicato nella dipendenza. Ai primi colloqui di valutazione il familiare (coniuge, fidanzato, amico ecc) è colui che fisicamente accompagna il paziente e che partecipa all'inizio attivamente.

Il rapporto è connotato di volta in volta da vissuti di insoddisfazione, di stanchezza e frustrazione, oltre che di profonda rabbia e sconforto. Spesso il familiare ha occupato in famiglia una posizione collusiva, tale per cui non gli ha permesso di accorgersi e di sottolineare il comportamento di dipendenza del paziente. Nella varie storie, il familiare fa parte di una scena interna alla famiglia che copre, non esplicita, omette il vissuto dell'altro.

Questo avviene spesso perché la dinamica incistata del gioco ha una funzione che tiene, fino a che non sorpassa un certo limite. Il gioco permette di aggirare difficoltà interne, incestate in equilibri disfunzionali, all'interno della coppia, del nucleo, delle generazioni.

Ha una funzione attiva, di tentativo di svincolamento, di autonomizzazione, spesso rappresentata dalla fantasia magica e onnipotente di una vincita liberatoria; ha anche però un versante passivo, di riproposizione di tendenze di dipendenza, sottomissione, adesione al mandato familiare, proprio a causa degli effetti di indebitamento e perdita di denaro.

Il comportamento di gioco, nel suo valore sintomatico di compromesso, rappresenta il complesso, il crocevia particolare di due tendenze contrapposte; tentativo di autonomia, di fuoriuscita da una situazione familiare tesa, che però si acuisce paradossalmente proprio a causa delle disfatte conseguenti. La soluzione (il comportamento di gioco), alimenta in realtà i vissuti prodromici che portano al gioco, le cause scatenanti.

Si giunge allora ad un punto di non ritorno; quella della consultazione, in cui il giocatore arriva presso l'Ambulatorio, con una qualche idea di cura. Cura spontanea, cura imposta, cura sorgiva; spesso cura "spontanea", nel senso che nel soggetto qualcosa spinge dall'interno affinché la sua condizione venga vista e dunque arginata, ma anche nel senso che il trattamento viene imposto dal familiare che non ne può più della situazione di sofferenza indotta.

Gruppo

Il gruppo è improntato a cadenza quindicinale, si svolge con due conduttori (uno psicoterapeuta e un'educatrice), ha un setting chiaro, tale per cui vengono esplicitate inizialmente alcune regole:

- La partecipazione è concordata e discussa innanzitutto col paziente
- Le assenze vanno giustificate

Il focus del gruppo è quello di lavorare intorno alle proprie questioni, in quanto familiare implicato in una situazione di co-dipendenza. L'obiettivo del gruppo è quello di passare da una polarizzazione noi-loro, normali-patologici, gioco-non gioco, ad elementi maggiormente integrati, che vanno nella direzione di un'elaborazione personale del proprio coinvolgimento nella situazione di sofferenza.

Esiste una sofferenza del singolo infatti, ma ne esiste una propagazione all'interno della famiglia, che ne acuisce la risonanza. Questo è l'effetto della sofferenza dovuta ad effetti materiali (debiti, insolvenze, prestiti, carenze economiche), che si trasmette nell'ansia dei familiari, che spesso scoprono all'improvviso il nuovo status economico in cui riversano.

Vi è poi una sofferenza specifica del familiare, quel quantum di disagio che agisce nella dinamica familiare, improntata spesso da coppie patologiche, da segreti mantenuti tali, da cripte psichiche che non gli permettono di cogliere la sofferenza del giocatore. Il familiare ha un ruolo, una posizione attiva, alimenta spesso la dinamica alla base del processo di dipendenza; non sapere, non voler sapere, non riuscire a vedere, ad interrompere. Nascondere perché l'altro è inattaccabile, perché va protetto, perché è colui da cui si dipende affettivamente ed economicamente. Sono queste alcune delle situazioni che colludono (da cum-ludus, cioè stare insieme nel gioco) con gli aspetti negatori e minimizzanti del giocatore.

Tecnica di gruppo

Il gruppo prevede l'entrata e l'uscita continua, nuovi familiari si sono inseriti strada facendo e hanno preso parte al processo grupppale di analisi, individuazione e trattamento delle questioni familiari.

I conduttori hanno avuto un ruolo di facilitatori e di custodi del setting; in alcuni momenti si sono permessi interpretazioni dei vissuti più intense e soprattutto, tramite l'utilizzo del role-playing e dello psicodramma, hanno dato l'opportunità di ripercorrere passaggi critici all'interno della famiglia.

La messa in scena di situazioni personali ha avuto una notevole efficacia di interruzione di meccanismi incistati; la coazione a ripetere certi modelli di comportamento anche all'interno della famiglia.

Tramite il gioco, il soggetto può accorgersi, grazie alla consapevolezza che ne scaturisce e dei feedback altrui, della posizione che sta occupando in famiglia; spesso è proprio l'inversione di ruolo, ovvero il mettersi nei panni dell'altro nel gioco, che permette di cogliere dei punti ciechi del proprio agire e dunque poterli vagliare e riattraversare criticamente.

Le sedute si sono succedute per un anno e mezzo e hanno avuto una presenza media di 7/8 familiari.

La costanza è indice della buona riuscita del trattamento integrato, mentre le assenze spesso sono state collegate con momenti di crisi, di ricaduta o di fuga nella guarigione. È risultato difficile connettere con gli altri elementi del gruppo i momenti di ricaduta del proprio familiare, momenti di tensione emotiva, in cui l'isolamento pare dettato da vissuti di vergogna e inadeguatezza, che vanno di pari passo con l'ipercoinvolgimento rispetto alla problematica del familiare. Spesso infatti i vissuti di controllo sono tali da far piombare in momenti di sconforto, ogni qual volta il familiare si distacchi dal percorso retto della cura; ciò a sottolineare anche un certo senso di colpa per la condizione della persona che sta affianco.

Roberto e Mara, dall'impasse alla ripartenza della coppia

Roberto e Mara sono una coppia sulla cinquantina. Lui arriva in ambulatorio portato dal figlio, studente di medicina, che gli ha fatto compilare il test Sogs, in seguito alle preoccupazioni per i comportamenti di gioco smodato del padre.

Il figlio è il perno terapeutico, è un ragazzo eccessivamente responsabilizzato e adultizzato, che fa da padre al padre. R. Invece mi pare una persona nei primi colloqui molto introversa e restia alla narrazione; soffre di acne e di allergie cutanee, è molto schivo e non vuole parlare del suo problema del gioco di fronte al figlio.

Emergerà una sua progressiva insoddisfazione nel rapporto con la moglie, una donna molto brillante e curata, che però negli anni in cui è nata la loro secondogenita Anita, che ora ha 16 anni, ha iniziato a soffrire di una forma di depressione post-partum sempre più importante, che manifestava poi componenti ansiose, dovendo avere sempre sotto controllo la figlia, privandola anche spesso dei suoi spazi di gioco e di crescita. Parallelamente alla moglie è stato proposto un percorso nel gruppo di sostegno per i familiari.

Mara racconta in gruppo che l'esplosione del gioco avviene proprio quando la secondogenita è nata; da quel momento lui ha cominciato a rimanere sempre più spesso fuori casa, rincasando la notte tardi e dedicandosi per il resto della giornata al suo lavoro come artigiano. Lui è sempre stato il cardine economico della famiglia, guadagnava bene e riusciva a mantenere tutta la famiglia; la moglie però in quegli anni non si è lamentata più di tanto dei comportamenti di gioco. In parte sapeva, ma faceva finta di non allarmarsi più di tanto. Qualcosa nel loro equilibrio disfunzionale pareva reggere. Come mai la moglie non notava, o comunque non sottolineava col comportamento pericoloso del marito, che la sera si ritirava nelle sale slot e a svolgere tornei di poker? Qual era il tornaconto emotivo per la moglie?

Sta di fatto che Roberto adesso inizia ad interrogarsi, nei colloqui individuali, sul rapporto con la moglie ed appare motivato più che a smettere di giocare, a riprendersi un posto in famiglia, perché in lui si è incistato un circolo vizioso; giocare per non stare a casa, perdere, sentirsi in colpa, sentire di non avere un valore, non cercare più la propria compagna e dunque riprendere a giocare e così via...

Nell'ultimo periodo riusciamo infatti a cogliere che

Roberto ha contratto un debito altissimo, di quasi 100 mila euro, tra acquisti a rate, finanziarie, prestati da amici, debiti con il benzinaiolo e le sale da gioco. Non appena anche lui diventa cosciente del debito contratto sprofonda per qualche settimana in un baratro depressivo, ma con la differenza rispetto a prima che riesce a venire ai colloqui con me, e che i familiari accettano di partecipare al gruppo per i familiari, in cui con cadenza settimanale si lavora sulle dinamiche in seno alla famiglia, sulle modalità comunicative, sugli incistamenti, per fare in modo che i familiari possano riguadagnare un senso di vicinanza, di ascolto ed empatia verso la persona che in casa ha problemi con l'azzardo.

In questo momento della cura Roberto accetta una terapia farmacologica di sostegno a base di antidepressivi, cosa che prima rifiutava per la paura dice lui "di diventare come la moglie con le sue crisi" e intraprende un percorso abbastanza fitto, composto da 6 mesi di colloqui a cadenza settimanale.

Riesce a raccontare come la scelta per sua moglie sia avvenuta in giovane età, come lui l'abbia di fatto strappata alla sua famiglia, originaria del Sud-Italia e l'abbia portata con sé al nord. Lui che invece proveniva da una famiglia numerosa, con parecchi figli e era l'ultimogenito. I suoi genitori sono mancati quando lui era molto giovane, in adolescenza, e lui si è ritrovato da solo. Con i fratelli già emigrati al Nord, ha deciso anch'egli di trasferirsi, ma qui non stava bene, stava con una ragazza di Milano, che però ha lasciato per rimettersi con la fidanzata dell'adolescenza, che ha accettato di seguirlo in Liguria, dove stava già un altro fratello.

La moglie però inizia sempre più spesso in quel periodo a sentirsi sola, senza riferimenti affettivi e per dei periodi sparisce per andare a trovare i parenti al Sud.

Roberto la asseconda anche perché molto spaventato dalle reazioni di sconforto, chiusura e tristezza della moglie. Quando poi nasce la secondogenita della coppia, al momento del distacco di questa affinché vada all'asilo, la moglie inizia a chiudersi sempre più. La separazione dalla figlia riapre la ferita della precoce separazione sua nei confronti della famiglia d'origine. Negli anni successivi la moglie reagirà ai futuri distacchi dalla figlia in maniera controfobica, cercando di tenerla il più possibile attaccata a sé. Tanto che le due inizieranno a dormire nel lettone insieme fino ad oggi. La moglie non cerca il marito e il marito non cerca la moglie, in un clima di apatia e di scarsa intimità. Lui arriva al Sevizio un po' trasandato, la sera si addormenta sul divano.

Poi però inizia a riguadagnare fiducia, ottiene il sostegno del Centro Antiusura con cui attua un piano di rientro dei debiti, cede il bancomat in famiglia ed è d'accordo a dover rendicontare le spese all'Assistente sociale del nostro servizio che fa un'operazione di mediazione come tutor rispetto al budget economico di Roberto. In ciò viene alleggerita la famiglia, nell'attesa che la conflittualità marito-moglie diminuisca. I due riniziano a parlarsi, lui viene riammesso nel letto e la figlia ritorna al suo posto in camera sua, senza particolari scompensi.

Riprende alcune sue passioni sportive in cui è molto bravo e riprende a curare anche la propria immagine. Ad

oggi non ha più giocato e la moglie continua a frequentare il gruppo e la situazione di tensione pare smorzata; si è passati da un equilibrio di tipo disfunzionale in cui i figli venivano triangolati nella coppia come sostegno o figure genitoriali vicarie ad un rapporto di coppia più maturo, dove permangono difficoltà, ma il sintomo gioco non ha più la necessità di esistere, perché la soddisfazione che ne conseguiva, ha lasciato spazio ad altri tipi di soddisfazione di tipo affettivo, emotivo e personale.

GIOCO D'AZZARDO: FUORI DAL GIOCO E PAROLE IN GIOCO, DUE INTERVENTI DI GRUPPO NEL DPD ASL TO1 OVEST

Luisella Pianarosa*, **Claudia Carnino****,
Fabio Pellerano**, **Mariagrazia Bresciano*****,
Francesca Rossi***, **Luca Giachero*****

**Psicologa, Psicoterapeuta, Responsabile Laboratorio Nuove Dipendenze, DPD ASLTO1 Ovest*

***Educatore Professionale DPD ASLTO1 Ovest*

****Psicologo, Psicoterapeuta, DPD ASLTO1 Ovest*

Premessa

Attualmente si stima che la percentuale di giocatori patologici su scala nazionale oscilli tra 1 e 3% della popolazione e in Piemonte le giocate si aggirano intorno a quasi 5 miliardi di euro l'anno (fonte AAMS 2014).

Il Dipartimento Patologia delle Dipendenze dell'Asl TO1 Ovest ha registrato un elevato aumento del numero di utenti che hanno chiesto aiuto per problemi legati al disturbo da gioco d'azzardo: nel 2007 i pazienti trattati erano stati 5, nel 2014 sono stati 104.

Si evidenzia una maggioranza di utenti maschi, generalmente di età che va dai 39 ai 45 anni, con una tendenza al diffondersi della patologia anche ad utenti di età più avanzata, in particolare nella fase del ciclo di vita che corrisponde al post-pensionamento. Si registra anche un aumento del numero di donne di varie età, le cui problematiche di gioco patologico, benché spesso molto gravi, rimangono tuttora ampiamente sommerse. Il comportamento di gambling sembra interessare trasversalmente tutte le condizioni socio-culturali e professionali e ha comportato, nella maggioranza dei casi da noi seguiti, un serio e più o meno graduale deterioramento della situazione affettiva, sociale e lavorativa.

Per rispondere alla richiesta di aiuto ma anche alle registrate difficoltà di ritenzione in trattamento di questa tipologia di utenza, il Dipartimento ha messo a punto un intervento specialistico per le problematiche legate alla dipendenza dal gioco d'azzardo.

Nel 2007 nasceva, all'interno della definizione del Piano Locale per le Dipendenze, il primo progetto di attività di gruppo per giocatori patologici in collaborazione con il privato sociale (Gruppo ARCO, ente ausiliario della Regione Piemonte) denominato Play-Off. Nel 2010, terminata la collaborazione, il progetto veniva assunto in toto dal DPD e ridefinito nella sua organizzazione e nella sua metodologia prendendo il nome di **Fuori dal Gioco (F.d.G)**.

Dal 2012, per rispondere in maniera ancora più mirata all'aumento della domanda e per fornire risposte tera-

peutiche corrispondenti alla crescente diversificazione delle tipologie di giocatori, è stato avviato, accanto al percorso intensivo, un altro percorso di gruppo a carattere motivazionale, denominato **Parole in Gioco (P.i.G.)**.

La presa in carico del giocatore

L'accoglienza del giocatore avviene attraverso un primo colloquio con lo psicologo, una visita medico-psichiatrica e un colloquio socio-anamnestico con l'assistente sociale. Terminata la prima fase di conoscenza il caso viene discusso in un'apposita riunione del gruppo di lavoro GAP, nella quale viene definito il percorso terapeutico che verrà proposto al paziente nel colloquio di restituzione.

Al giocatore può essere proposto, a seconda della valutazione clinica, un intervento terapeutico individuale o la partecipazione ai percorsi di gruppo. Nell'esperienza del DPD la presa in carico individuale di questi pazienti, così come per altre tipologie di dipendenza, presenta delle difficoltà perché richiede una certa consapevolezza del problema, la presenza di una minima conflittualità con la propria dipendenza e la disponibilità a presentarsi con una buona costanza e regolarità. Risulta invece più apprezzata e affrontabile la proposta di ritrovarsi in gruppo con altri giocatori, con cui si condividono fatiche e difficoltà. In ogni caso le proposte terapeutiche vengono declinate in maniera flessibile e personalizzata e rivalutate periodicamente con il progredire del percorso. L'inserimento in gruppo avviene attraverso una valutazione che considera criteri di esclusione la presenza di comorbilità psichiatrica, evidenti tratti antisociali, abuso di sostanze o alcol. Viene successivamente svolto un colloquio di conoscenza con il giocatore per presentare le caratteristiche dell'attività di gruppo al fine di dividerne importanza e finalità.

Il gruppo come strumento di intervento

Parole in Gioco e **Fuori dal Gioco** utilizzano come strumento di intervento principale il gruppo attraverso cui è possibile confrontare la propria dipendenza con quella degli altri partecipanti e condividere i vissuti di difficoltà e sofferenza ad essa connessi.

Il gruppo è una realtà creativa, in continuo divenire e l'intervento terapeutico viene continuamente ricalibrato in base alle esperienze, ai sentimenti e ai vissuti che di volta in volta vengono portati e condivisi da tutti i partecipanti.

Osservarsi e riconoscere le proprie reazioni nelle differenti situazioni, di fronte a se stessi e agli altri conduce ad una migliore conoscenza di sé e in un'acquisizione di maggiore sicurezza ed abilità nella gestione dei propri comportamenti e delle proprie relazioni. Tutto questo è particolarmente importante e significativo per i giocatori, che spesso sono portatori di pensiero concreto, scarsa attenzione e basse capacità di introspezione, frutto di storie di vita segnate da lutti e trascuratezze affettive spesso non riconosciute. Ciò si traduce in gravi difficoltà di riconoscimento e gestione dei propri stati emotivi e in conseguenti problemi di relazione, rispetto a cui il gioco finisce per rappresentare un tentativo di evasione o autoterapia.

Parole in Gioco

Parole in Gioco ha come obiettivo il lavoro sulla motivazione del paziente, al fine di aumentare la consapevolezza del problema e la disponibilità al trattamento e al cambiamento. Si propone anche come uno spazio informativo sul fenomeno del gioco d'azzardo e sulla dipendenza.

Il percorso si articola in otto incontri tematici di 2 ore, a cadenza settimanale e in orario pre-serale, co-condotti da un educatore professionale e da uno psicoterapeuta; prevede anche modalità seminariali, con la collaborazione di professionisti dell'ambulatorio. Tra i vari aspetti trattati vengono proposte riflessioni sugli errori cognitivi, gli aspetti medico-farmacologici, il ruolo delle relazioni familiari e le implicazioni economiche del gioco d'azzardo.

Al termine del percorso viene valutata, in base al grado di incremento di motivazione e consapevolezza registrato, l'opportunità di un passaggio al programma intensivo **Fuori dal Gioco**, oppure l'eventuale ripetizione del percorso stesso. Spesso sono proprio i pazienti che, avendo apprezzato l'esperienza nel gruppo e avendone tratto giovamento rispetto all'entità di coinvolgimento nel gioco, pur non sentendosi pronti per l'inserimento nel percorso più impegnativo chiedono la possibilità di ripetere gli otto incontri. La partecipazione al gruppo assume inoltre una valenza diagnostica rispetto al funzionamento più o meno gravemente patologico del giocatore, che può determinare la decisione di avviare il paziente al trattamento individuale.

Fuori dal Gioco

Fuori dal Gioco è un percorso intensivo di secondo livello, con incontri bisettimanali, che si propone diversi obiettivi terapeutici tra cui: favorire la graduale capacità di mantenersi astinenti dall'attività di gioco e di riappropriarsi della gestione consapevole ed equilibrata del denaro, del tempo e delle relazioni; migliorare le capacità dei giocatori e dei loro familiari nel riconoscere ed inquadrare le determinanti psicologiche, relazionali e sociali sottese all'emergere di tale dipendenza; promuovere nei giocatori patologici il cambiamento delle modalità nell'affrontare il proprio disagio; promuovere nelle famiglie la capacità di contenimento e di supporto del giocatore.

Il percorso terapeutico si articola in cicli di quattro moduli, co-condotti da un educatore professionale e da uno psicoterapeuta, della durata di tre mesi ciascuno con un tema principale che costituisce il filo conduttore degli incontri (gioco, caso ed errori cognitivi; gestione del denaro e tutoraggio economico; relazioni interpersonali; lavoro e tempo libero).

È prevista la frequenza di due giorni a settimana in orario pre-serale per 6 ore di attività in totale. Affinché ogni paziente possa usufruire dell'intero percorso di cura si valuta auspicabile la partecipazione a tutti e quattro i moduli.

La personalizzazione dell'iter terapeutico può prevedere la ripetizione del modulo, o dell'intero ciclo, in considerazione degli obiettivi raggiunti e dell'autovalutazione del paziente. L'intervento prevede attività psicoterapeutiche, psico-educative, formative, di tutoraggio economico e di socializzazione. È previsto inoltre il

coinvolgimento dei familiari, ai quali viene proposta la partecipazione ad un gruppo a cadenza quindicinale, che si svolge in parallelo al percorso dei giocatori.

All'inizio di ogni modulo sono previsti colloqui di conoscenza, di valutazione e di definizione degli obiettivi personalizzati del percorso, mentre al termine del modulo si effettuano uno o più colloqui nei quali si valuta il raggiungimento degli obiettivi e se ne definiscono di nuovi per il modulo successivo.

Come per i pazienti, anche per i familiari sono previsti colloqui iniziali di inserimento e colloqui di verifica. Durante l'iter terapeutico può presentarsi l'esigenza per le coppie o per i familiari di affrontare in colloquio, da soli o insieme al loro congiunto eventuali problematiche che potrebbero interferire con lo svolgimento del programma di gruppo.

Attività previste

Il gruppo psicoterapeutico è inteso come strumento di riflessione e agente di cambiamento, in sintonia con gli altri interventi gruppali previsti dal programma. Si tratta di un gruppo a conduzione gruppoanalitica, della durata di un'ora e mezza a cadenza settimanale. Alle sedute partecipa, oltre al conduttore, anche un osservatore con la funzione di fare memoria di quanto avviene durante il gruppo per restituirlo ai partecipanti al termine di ogni incontro. Obiettivo del gruppo è offrire uno spazio per provare, attraverso il confronto e la condivisione tra i partecipanti, ad acquisire maggiore consapevolezza in merito alle dinamiche sottese al gioco. Come accade nei gruppi che possono avvalersi di una storia relazionale, la storia degli individui nel gruppo diviene strumento terapeutico: permette di verbalizzare e riflettere sul modo di gestire le relazioni da parte dei partecipanti, di passare informazioni, di sperimentare l'universalità di alcuni vissuti, come le difficoltà e le tentazioni, di condividere esperienze catarattiche, come parlare insieme di quanto forte sia il craving rispetto al gioco. Mediante il lavoro attraverso il gruppo si dispiegano i fattori terapeutici propri di tale assetto e l'obiettivo implicito cui si tende è provare a riconnettere la storia di gioco con la storia di vita dei pazienti, dando voce al malessere che sta alla base della dipendenza, e che spesso viene banalizzato come colpevole vizio dagli stessi pazienti..

L'attività del **gruppo psico-educativo** si svolge bisettimanalmente. Obiettivo principale è far emergere i collegamenti significativi tra la comparsa e lo sviluppo della patologia e il tema centrale di ogni modulo, sviluppato partendo dall'esperienza dei singoli, in modo da facilitare un cambiamento del comportamento disfunzionale. Aspetto significativo della metodologia utilizzata è la co-conduzione del gruppo da parte di una figura educativa ed una figura psicologica, assetto che permette l'integrazione di sguardi diversi e l'utilizzo di un più ampio ventaglio di strumenti e tecniche. Inoltre in questo spazio si propongono e condividono strategie e tecniche per gestire il craving e l'astinenza, che andranno sperimentate poi al di fuori, per riportare all'interno del gruppo successi e difficoltà incontrate nell'applicazione. In questo spazio viene molto usata la scrittura, sia da parte degli operatori che sintetizzano su un cartellone il lavoro svolto, sia i giocatori, al quale

viene chiesto di compilare schede e questionari

Il seminario formativo si incentra su tematiche inerenti la dipendenza da gioco, con l'obiettivo di fornire elementi di conoscenza e strumenti utili all'apprendimento di strategie di gestione del problema. In tale spazio l'assetto formativo frontale è arricchito dall'utilizzo di diversi strumenti e linguaggi, come quello cinematografico, documentaristico e musicale e si avvale di strumenti multimediali.

Lo spazio di socialità è pensato come un tempo di pausa tra il gruppo psicoterapeutico e il gruppo psico-educativo, in cui pazienti e operatori si ritrovano a condividere scambi di comunicazione informale e di socialità. Si è rivelato nel tempo come uno strumento prezioso per la costruzione di legami tra i componenti del gruppo e gli operatori, a partire, anche, dalla condivisione del cibo.

La consulenza medica e psicofarmacologica. La presenza nel gruppo di lavoro del medico-psichiatra specialista in GAP offre al paziente, oltre all'iniziale consulenza psichiatrica, con valutazione diagnostica circa gli aspetti psicopatologici ed eventuale prescrizione della terapia farmacologica, la possibilità di un monitoraggio della situazione di compenso psichiatrico, con eventuale tempestivo intervento qualora durante il percorso emergano problematiche emotive e comportamentali preoccupanti.

Il tutoraggio economico individuale e la consulenza finanziaria e legale. In alcune situazioni è prevista la possibilità di effettuare un piano di tutoraggio economico individuale per realizzare una corretta gestione del denaro, controllando e prevenendo le ricadute. Tale piano prevede il coinvolgimento di un familiare con ruolo di tutor e il monitoraggio costante da parte degli operatori. Da alcuni anni si è consolidato un rapporto di collaborazione con le fondazioni anti-usura della città di Torino con l'invio di pazienti per una valutazione finanziaria e legale e l'eventuale erogazione di un finanziamento a tassi agevolati.

Gruppi per familiari. Parallelamente al percorso terapeutico del paziente si propone ad un familiare di partecipare ad un gruppo che si tiene ogni 15 giorni in un orario diverso da quello dei gruppi dei giocatori. Il percorso accompagna i familiari ad una riflessione sul ruolo che occupano rispetto allo svilupparsi della dipendenza, sostenendoli nel motivare il giocatore alla cura e alla compliance al trattamento; costituisce inoltre uno strumento di verifica rispetto agli eventuali episodi di gioco e consente di monitorare la situazione economica per acquisire o recuperare una corretta gestione del denaro; favorisce una maggiore consapevolezza delle dinamiche disfunzionali del nucleo familiare, corresponsabili del comportamento di gioco e delle difficoltà al cambiamento.

A questo gruppo possono partecipare anche familiari di pazienti inseriti in Parole in Gioco, o familiari che portano una richiesta di aiuto anche in assenza di disponibilità del loro congiunto giocatore ad una presa in carico.

Conclusioni

Dal nostro punto di vista i due percorsi terapeutici descritti rappresentano il tentativo di offrire opportunità di cura mirate, che contemplano un'offerta te-

rapeutica che corrisponde ai bisogni ma anche ai limiti di funzionamento e di auto-rappresentazione dell'utenza. Tutto ciò, che si è concretizzato in un aumento delle richieste di aiuto, ci ha fornito una maggiore possibilità di osservazione e studio del funzionamento dei giocatori nelle loro differenti tipologie, favorendo una più puntuale capacità diagnostica e terapeutica. L'esito di

tali percorsi si è tradotto, dal punto di vista clinico, in un significativo aumento della ritenzione in trattamento, nel raggiungimento, nella maggior parte dei giocatori trattati, di un progressivo controllo del sintomo; in alcuni casi si sono innescati veri e propri processi trasformativi nei pazienti e nelle loro famiglie.

Alcuni dati

ANNO	Nuovi utenti	Pazienti inseriti in gruppo	Familiari	Percorsi di coppia	Cartelle aperte
2005	3				4
2006	2				5
2007	5	4 (Play-off)			8
2008	20	16 (Play-off)			28
2009	23	14 (Play-off)			48
2010	20	13 (Play-off +F.d.G)	6	1	63
2011	24	13 (F.d.G)	11	2	49
2012	37	28 (F.d.G. + P.i.G)	10	2	75
2013	43	33 (F.d.G. + P.i.G.)	9	1	69
2014	32	29 (F.d.G. + P.i.G.)	10	3	92
2015 (al 30 settembre)	28	26 (F.d.G. + P.i.G.)	12	1	104

IL GAMBLING PATOLOGICO NEL QUADRO DELL'ADDICTION: CONCETTUALIZZAZIONE DEL CASO E ORGANIZZAZIONE DELL'INTERVENTO PSICOTERAPEUTICO

Pozzato Marita, Zanon Susanna,

Psicologhe, Psicoterapeute,

Dipartimento per le Dipendenze Azienda ULSS 15

Il gioco d'azzardo patologico (GAP) nel DSMV (2013) passa dai disturbi del controllo degli impulsi ai disturbi di dipendenza (Bellio e Croce 2014), questo importante cambiamento nella lettura del disturbo lo inserisce a tutti gli effetti tra le patologie dell'addiction. S. Sussman e A. Sussman (2011) definiscono quali sono i criteri dell'addiction: innanzitutto mettere in atto un comportamento allo scopo di ricercare effetti piacevoli. Il DSMV mette in evidenza che il giocatore cerca gli effetti piacevoli incrementando la quantità di denaro utilizzata per raggiungere l'eccitazione e, come sostengono Bellio e Croce (2014), per rifarsi della quantità di denaro perso. Il secondo criterio dell'addiction fa riferimento al tempo dedicato a pensare come pianificare e mettere in atto comportamenti di cui sopra (craving). Il DSMV riporta che il giocatore è completamente assorbito dal gioco d'azzardo per esempio ha persistenti pensieri che rievocano esperienze passate di gioco, soppesa o programma l'azzardo successivo, escogita il modo di procurarsi il denaro con cui giocare. Bellio e Croce (2014) sottolineano come questo continuo assorbimento sia un'espressione diretta di come il gioco coinvolga la persona non solo in termini comportamentali ma anche affettivi e cognitivi, perché il tempo speso a giocare può anche essere limitato, ma quello della pianificazione e della programmazione può essere di gran lunga superiore con manifestazioni di irritabilità e inquietezza se tenta di ridurre il gioco. Bellio e Croce (2014) aggiungono a questo criterio un desiderio incoercibile di giocare (craving) accompagnato da ansia nervosismo insonnia. Il terzo criterio dell'addiction prevede una temporanea saziazione (il craving tace). Il quarto criterio prevede una perdita di controllo (oggettiva e di costrutto), nel DSM viene riportato come il tentativo ripetuto senza successo di controllare o ridurre il comportamento di gioco. Bellio e Croce (2014) specificano che in questo criterio non è sufficiente il desiderio di smettere di giocare, ma è necessario che il giocatore abbia ripetutamente provato a smettere ma non ci sia riuscito. L'ultimo criterio prevede che il soggetto manifesti sofferenza per le conseguenze negative, per il DSM non solo il giocatore mente per occultare l'entità del gioco, ma mette a

repentaglio relazioni affettive, lavoro e opportunità di vita.

Se il gioco rientra nella cornice dell'addiction diventa interessante provare ad approfondire l'argomento con qualche spiegazione psicopatologica. Carretti e La Barbera (2010) considerano il gioco patologico come fenomeno dell'addiction e ne danno una lettura dinamica relazionale. Dal loro punto di vista l'addiction è la manifestazione di un deficit di regolazione emotiva. Semplificando il substrato neurobiologico che sostiene tale deficit riguarda l'iperattivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (asse HPA) con un incremento di sensibilità allo stress, dei livelli sottonorma di serotonina, dopamina e oppiacei endogeni. Sembra che i comportamenti additivi aumentino la concentrazione di dopamina nel nucleo accumbens e l'attivazione dei recettori post-sinaptici degli oppiacei consentendo vissuti di gratificazione. La risonanza magnetica e la PET individuano delle somiglianze nell'alterazione funzionale della corteccia prefrontale e del sistema limbico, centri deputati alla regolazione emotiva. Questo deficit di regolazione emotiva si collega a delle storie evolutive trascuranti, proprie di attaccamenti insicuri e disorganizzati, che finiscono con il compromettere lo sviluppo di quelle competenze cognitive e metacognitive coinvolte nella regolazione emotiva. Nel contesto di relazioni primarie abusanti e trascuranti le emozioni che non possono essere elaborate finiscono per assumere una "specifica funzione traumatogena" sullo sviluppo psichico (Carretti, Craparo 08). Ciò che rende traumatica l'emozione secondo Damasio (2003) risiede "nell'impossibilità di costruire rispetto ad essa una rappresentazione cosciente, o meglio un'idea del corpo quando esso viene perturbato dall'attivazione fisiologica corrispondente".

La componente dell'attivazione fisiologica di uno stato emotivo può essere di entità tale da rientrare o meno nella finestra di tolleranza (Siegel 11) con conseguente successo o fallimento della capacità integrativa del soggetto e quindi del suo benessere psicologico. La capacità integrativa potremmo tradurla come la possibilità di vivere le esperienze emotive all'interno della finestra di tolleranza, ossia entro dei margini nei quali condizioni di attivazione di diversa intensità possono essere processate senza che questo comprometta il funzionamento del soggetto. Si tratta della possibilità che la persona ha di fronte ad un certo livello di attivazione emotiva di poter sentire, pensare e attuare un comportamento efficace scegliendo tra più alternative in maniera equilibrata.

Nel modello della Ogden P. (12) si teorizza che all'interno dei confini della finestra di tolleranza si trovi una zona di arousal ottimale, dove la persona può tollerare e integrare le informazioni ricevute dagli stati interni e dal contesto ambientale. Dentro la finestra di tolleranza l'arousal è tale da consentire l'integrazione verticale di Siegel (11) in cui la corteccia prefrontale mantiene la sua attività di inibizione e coordinamento delle aree sottocorticali.

Negli stati di iper o ipo arousal, quindi fuori dalla finestra di tolleranza, vi è un'incapacità di integrare pensieri, emozioni, ricordi e risposte sensomotorie agli

eventi traumatici. A livello neurologico la corteccia si sconnette a favore delle aree sottocorticali che mediano risposte automatiche, che non consentono l'integrazione perché la persona non può pensare su quanto accade e scegliere come comportarsi. Successivamente i trigger che riportano al trauma riattivano memorie procedurali legate alle risposte difensive automatiche che sono state adattive al tempo del trauma, ma non lo sono rispetto agli stimoli del presente.

Tanto maggiore sarà lo spazio della finestra di tolleranza tanto migliore sarà la capacità regolativa della persona.

L'ampiezza della finestra di tolleranza dipende nello stesso soggetto dal tipo di emozione, più o meno maneggiabile sulla base temperamentale ed esperienziale; da condizioni fisiologiche contingenti, come fame e stanchezza che aumentano l'irritabilità e la vulnerabilità su un piano emotivo; dal contesto in cui ci si trova, se sicuro o meno. La storia di sviluppo incide sull'ampiezza della finestra (Siegel 13): laddove in infanzia la persona ha sperimentato situazioni ricorrenti di paura o emozioni intense vissute senza nessun conforto, viene compromessa la capacità di autoconforto, con una riduzione dei margini della finestra di tolleranza. L'uscita dalla stessa produce degli stati emotivi disorganizzati, che possono divenire a loro volta fonte di angoscia, creando un circolo vizioso di mantenimento. A livello neurologico vi è un'inibizione dei meccanismi percettivi razionali superiori, con una dominanza di aspetti somatici-sensoriali più basilari. L'effetto finale è che il soggetto non pensa più, ma sente intensamente e agisce a livello impulsivo.

In condizioni di stress l'attivazione di condizioni traumatiche e il dolore conseguente può portare ad un comportamento di addiction il cui fine è quello di anestetizzare il soggetto generando stati somatosensoriali alternativi a quelli della coscienza ordinaria (Carretti, La Barbera 2010). L'oggetto addiction diventa quindi una sorta di regolatore di emozioni traumatiche.

Considerate queste premesse da un punto di vista clinico ci è parso interessante provare a costruire un modello di concettualizzazione del caso che tenesse

insieme le riflessioni proposte sull'addiction e sulla regolazione emotiva anche per quanto riguarda il problema del gioco d'azzardo. Questa concettualizzazione può guidarci nella pianificazione del trattamento soprattutto di quei soggetti che risultano più refrattari ai vari interventi.

La presenza di emozioni traumatiche vissute fuori dalla finestra di tolleranza non regolate dalla relazione con il caregiver attivano stati di iper o ipo arousal non integrati nella coscienza ordinaria, creano stati impossibili da gestire che sono esperienze intollerabili perché non mentalizzabili. Quindi vi è la necessità di escluderle dalla consapevolezza e l'individuazione di un oggetto di addiction può svolgere bene questo compito, mantenendo lontani dei vissuti dolorosi intollerabili e garantendo la presenza di vissuti piacevoli. Il gioco diventa in questo modo una fonte di interesse privilegiato verso cui la persona inizia a indirizzare tempo e spazio mentale per la programmazione dell'attività sovrainvestendola di importanza. Questo impedirà alla persona di sviluppare alternative comportamentali e cognitive di gestione di stati emotivi problematici incrementando la loro intolleranza e la necessità di ricorrere al gioco come unica alternativa, allo stesso tempo l'incapacità di controllare il gioco alimenta i vissuti dolorosi di impotenza e la necessità di incrementare soluzioni piacevoli.

Tenendo conto di questa concettualizzazione il trattamento psicoterapeutico prevede varie fasi: la prima è un lavoro sui circoli viziosi di mantenimento del gioco d'azzardo finalizzata alla loro interruzione e allo sviluppo di alternative cognitivo-comportamentali che sostituiscano rispetto ai trigger attivanti il comportamento del gioco. Questo lavoro clinico va fatto tenendo conto della presenza sottostante di emozioni e vissuti traumatici e quindi della difficoltà di regolazione emotiva, che rimane scoperta nel momento in cui il paziente non mette in campo il comportamento patologico e quindi va attrezzato in questa fase di risorse sensomotorie, cognitive e comportamentali di regolazione della finestra di tolleranza. Lo scopo è di rendere i vissuti



dolorosi più tollerabili, contenuti nel corpo e pensabili, attivando delle sensazioni piacevoli. La seconda fase è di elaborazione dei vissuti traumatici legati alla storia di sviluppo. Questa fase delicata diventa necessaria per evitare che il giocatore si sposti alla ricerca di un nuovo oggetto di addiction che sostituisca il gioco. La terza fase riguarda l'incremento della qualità di vita che ha che vedere con il migliorarsi nelle attività e nei rapporti interpersonali.

Presentazione di un caso clinico.

BIBLIOGRAFIA CITATA

APA – American Psychiatric Association 2013, *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, V Edition*, APA, Arlington VA.

Bellio G e Croce M (a cura di) (2014), *Manuale sul gioco d'azzardo diagnosi, valutazione e trattamenti*, Franco Angeli.

Carretti V, Craparo G (a cura di) (2008), *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo relazionale*. Astrolabio Ubaldini.

Carretti V, La Barbera D (2010) (a cura di), *Addiction. Aspetti Biologici e di ricerca*, Raffaello Cortina Editore.

Damasio A. (2003), *Alla ricerca di Spinoza. Emozioni, sentimenti e cervello*. Adelphi

Ogden P. (2012). *Emozioni, mindfulness e movimento. Espansione dei confini di regolazione della finestra di tolleranza affettiva*. In Fosha D., Siegel D.J., Solom M. F. (2012). *Attraversare le emozioni. Volume II. Nuovi modelli di sviluppo*. Mimesis Edizioni.

Siegel D.J. (2011). *Mindsight. La nuova scienza della trasformazione personale*. Ed. Cortina

Siegel D.J. (2013). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale. II edizione*. Ed Cortina

Sussman S., Sussman A., (2011), *Considering the Definition of Addiction*, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 8(10), 4025-4038.

“ADESSO PAGO IO” LA GESTIONE CONTROLLATA DEL DENARO COME INTERVENTO SOCIALE NEL TRATTAMENTO DEL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

Susanna Francesca Redaelli*, **Gaetana Mongiovì****,
Chiara Novichov***, **Gianmaria Zita******,
Edoardo Cozzolino*****

* Assistente Sociale Ser.T. Via Boifava ASL Milano

** Assistente Sociale Ser.T. Via Canzio ASL Milano

*** Tirocinante Assistente Sociale Ser.T. Via Canzio ASL Milano

**** Responsabile Struttura Semplice Ser.T. Via Canzio e Coordinatore del gruppo di lavoro Equipe GAP ASL Milano

***** Direttore Struttura Complessa Ser.T. 1 ASL Milano

Una premessa per cominciare

La sperimentazione del Voucher introdotta da Regione Lombardia nello scorso anno, pur con iniziali problematiche organizzative, per ASL Milano si è rivelata alla fine uno strumento attraverso il quale costruire e consolidare non solo un gruppo di lavoro, ma anche un modello di presa in carico e di trattamento per il Disturbo da Gioco d'Azzardo.

L'equipe della SC Ser.T 1, nelle sue due articolazioni (sede di Milano via Boifava e sede di Cinisello Balsamo) ha, in quel periodo, individuato una modalità operativa e un'offerta di trattamenti e prestazioni costruendo per l'utenza GAP percorsi di cura strutturati e definiti. Questo ci ha permesso di proporci nel panorama milanese con un'offerta precisa da portare ai pazienti con un problema di gioco patologico.

Cogliendo l'occasione del Convegno FeDerSerd, ci sembra quindi importante porre l'attenzione su una particolare tipologia di offerta trattamentale, ovvero quella che ha a che fare con la dimensione sociale, in particolare rispetto alla gestione controllata del denaro.

Nel corso del 2014, infatti, ci siamo resi conto che nella presa in carico dei pazienti emergevano una serie di elementi comuni nelle loro storie di vita che ci hanno spinto a formulare l'ipotesi alla base di questo lavoro, e cioè che il denaro rappresenti non solo un fattore di rischio per il giocatore in quanto strumento indispensabile per accedere al gioco, ma anche un elemento cardine, sia per la sua dimensione materiale che simbolica, legato al sostentamento dell'individuo e della famiglia, e quindi alla definizione dei ruoli e delle relazioni all'interno dei nuclei familiari, spesso caratterizzati dalla messa in crisi della fiducia proprio in relazione a conflitti legati alla gestione non condivisa del denaro.

Ci siamo chiesti quindi se fosse possibile utilizzare

delle strategie di Servizio utili per affrontare tali aree problematiche e migliorare l'outcome dei trattamenti.

L'intervento sociale nel trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo

Gli interventi sociali attivati nel trattamento dei pa-

zienti con Disturbo da gioco d'Azzardo hanno a che fare con molteplici dimensioni, alcune specifiche rispetto alla diagnosi di patologia, altre più aspecifiche poiché, come sappiamo, anche dall'assistente sociale i pazienti portano sé stessi con tutte le aree problematiche che caratterizzano la loro situazione di vita.

Moduli di consulenza Sociale - aree aspecifiche

Segretariato Sociale ed orientamento nell'utilizzo dei servizi del territorio: «Il servizio di Segretariato Sociale è un servizio universalistico rivolto a tutti i cittadini ai quali deve poter fornire informazioni su servizi e prestazioni pubbliche e private appartenenti ad una molteplicità di aree. Esso deve fornire al cittadino risposte a varie esigenze informative nell'ampio settore dei servizi sociali, sanitari, educativi e culturali».

Fonte: www.eiss.it (Ente Italiano di Servizio Sociale)

Sappiamo però che la condizione di dipendenza spesso altera molti aspetti della vita di una persona: quello

lavorativo, familiare, relazionale, legale, abitativo e della gestione del tempo libero.

Modulo di consulenza Sociale - Aree più specifiche

Attività di risocializzazione/reintegrazione sociale

Attività progettate in collaborazione con gli i Servizi del territorio (Ente Locale, Servizi del Privato Sociale, Servizi di Volontariato, etc)

Consulenza su problematiche legali penali o civili

- Accessi su invio del Tribunale per i minorenni per una valutazione diagnostica per Disturbo da Gioco d'Azzardo
- Accessi su invio dell'UEPE /Avvocati/ Servizi interni alle carceri per persone in misura alternativa alla detenzione già individuate come giocatori patologici

Valutazione relativa alla situazione debitoria e alla gestione del denaro

La valutazione della situazione debitoria e la gestione controllata del denaro come intervento sociale nel trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo nella sede di Via Boifava

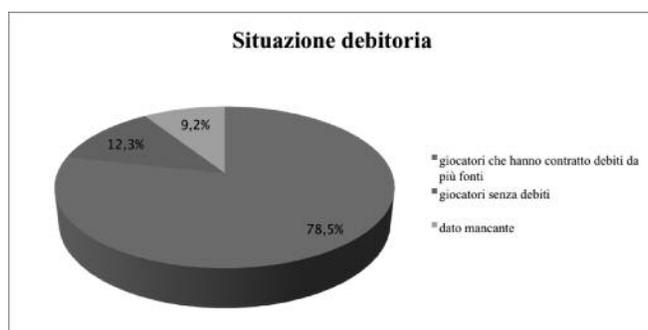
Il denaro è lo strumento attraverso il quale il giocatore può accedere al gioco e la disponibilità di denaro, proprio o altrui, o anche la sua indisponibilità per certi versi, può diventare un importante fattore di rischio di reiterare il comportamento di gioco o di ricaduta dopo un periodo di astensione. Gli stessi dati relativi ai pazienti presi in carico nel 2014 nella sede di via Boifava, raccolti tramite somministrazione del South Oaks Gambling Screening, nella traduzione italiana a cura di D. Capitanucci e T. Carlevaro, (totale campione considerato 65 SOGS somministrati su 94 pazienti presi in

carico nel 2014) evidenziano che il 78,5% (ovvero 51 pazienti) hanno dichiarato di aver contratto debiti per il gioco attingendo denaro da più fonti.

Pazienti presi in carico nel 2014

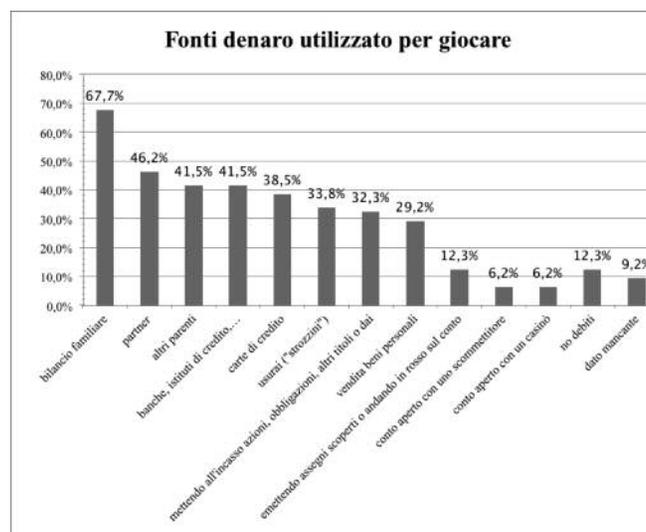


* SOGS somministrati
* dato mancante



Esaminando nel dettaglio il grafico qui sotto riportato (elaborazione delle risposte date alla domanda 16 del SOGS), che esplicita gli ambiti dai quali è stato sottratto denaro per giocare, spesso contraendo debiti, emergono due elementi degni di nota:

- molti pazienti ricorrono a prestiti con usurai, mettendosi quindi in situazioni delicate e spesso rischiose anche per la propria incolumità nel caso si trovino poi nell'impossibilità di ripianare tali debiti nei tempi concordati. Tale tipologia di debiti sono, come si può ben immaginare, di difficile trattazione proprio perché ai margini della legalità.
- la maggior parte dei pazienti utilizzano per giocare denaro sottratto dal bilancio familiare o comunque gravando sul partner (coniuge, fidanzato/a, convivente) o su altri componenti della famiglia. Ciò non può che contribuire a peggiorare da un punto di vista economico la qualità della vita familiare, e ad aggravare la situazione dal punto di vista relazionale.



Ecco quindi che, secondo noi, è diventato più che mai importante occuparsi in modo strutturato della questione debitoria e in generale della gestione del denaro. Per questi motivi, seguendo il modello proposto dal Dr Bellio e dalla sua Equipe di lavoro (G. Bellio, A. Fiorin, S. Giacomazzi, "Vincere il gioco d'azzardo", aprile 2011), nel 2015 abbiamo proposto un modulo di trattamento sociale che prevede una serie di incontri da effettuare con il paziente ed un familiare o una persona a lui vicina che possa essere di supporto nel difficile trattamento delle questioni economiche.

Fase	Obiettivi	tempi
Valutazione	<ul style="list-style-type: none"> • definizione del rapporto del paziente con il denaro (prima e dopo aver iniziato a giocare)1 • valutazione della capacità di gestione del denaro • Ricostruzione prospetto entrate/uscite mensili • Ricostruzione del debito e scala priorità • stesura del bilancio economico entrate/uscite 	2 -3 sedute
Pianificazione della gestione controllata,	<ul style="list-style-type: none"> • Revisione prospetto entrate/uscite • Ipotesi piano di rientro finanziario • Coinvolgimento di eventuali altri enti per consulenze/interventi (fondazioni anti-usura, consulenze legali, attivazione istituto dell'amministrazione di sostegno) • Nuovo accordo sulla gestione del denaro 	1-2 sedute
Verifica	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica della funzionalità degli accordi presi • condivisione degli "aggiustamenti" necessari 	1 seduta a due mesi + 1 seduta a fine trattamento

Conclusioni

Nel corso di questi 10 mesi del 2015 abbiamo proposto in maniera mirata questo modulo a 16 pazienti e ai loro familiari. L'accesso è avvenuto:

- su invio degli altri professionisti già sul caso (medico e psicologo) per bisogni rilevati in corso di valutazione diagnostica;
- su presentazione spontanea dei pazienti dopo l'introduzione dell'argomento "gestione del denaro" nel corso degli incontri di psicoeducazione di gruppo;
- su invito specifico da parte dell'assistente sociale come prosecuzione mirata degli incontri di psicoeducazione individuale.

Ad oggi la maggior parte dei trattamenti risulta ancora in corso, pertanto diventa difficile in questo momento misurare l'efficacia dell'intervento nei termini della ripresa dell'autonomia della gestione del denaro da parte dei pazienti nel mantenimento dell'astensione dal gioco. Di questi 16 pazienti, dai dati disponibili si evince che:

- 5 hanno concluso positivamente il programma per remissione del sintomo;
- 6 hanno un trattamento ancora in corso ma sono riusciti a raggiungere l'astensione dal comportamento di gioco;
- per 2 pazienti il lavoro è stato effettuato prevalentemente con i familiari, in un caso per la compromissione del paziente anche per motivi di deterioramento a causa dell'età avanzata, e nell'altro per difficoltà del paziente al raggiungimento dell'astensione;
- 3 pazienti non hanno accettato di effettuare la valutazione della situazione economica ma non hanno accettato la proposta di trattamento elaborata in base agli elementi raccolti, interrompendo di fatto il trattamento.

Come accennato in premessa, ciò che comunque risulta percettivamente evidente per i pazienti che hanno accettato di partecipare a questa parte di percorso, è spesso il miglioramento delle relazioni familiari, e quindi forse della qualità della vita familiare non solo economica ma anche relazionale, là dove è stato possibile coinvolgere attivamente un familiare come risorsa (che talvolta è diventato anche Amministratore di sostegno del paziente).

Milano, 19.10.2015

Bibliografia

- G. Bellio, A. Fiorin, S. Giacomazzi, "Vincere il gioco d'azzardo", aprile 2011
 T. Carlevaro, "Psicoeducazione per chi ha problemi di gioco d'azzardo eccessivo", versione 2 del 2004

¹Su questo particolare punto ci sembra utile sottolineare che le persone affette da problemi di dipendenza, come i giocatori d'azzardo patologici ma non solo, spesso perdono la dimensione del valore del denaro, che diventa mero strumento per il raggiungimento dell'oggetto della dipendenza o del comportamento compulsivo, o illusione di soddisfacimento di un bisogno che in realtà ha a che fare con ben altre dimensioni.

Oltre a questo, in corso di trattamento non è infrequente rilevare che i giocatori patologici presentavano difficoltà relative alla gestione del denaro anche in assenza del comportamento di gioco.

L'UTILIZZO DELLA PSICOEDUCAZIONE COME MODELLO DI INTERVENTO NEL TRATTAMENTO DEI GIOCATORI PATOLOGICI: L'ESPERIENZA DELLE SEDI SER.T. DELLA PROVINCIA DI VARESE

Manuela Scalas*, **Fabio Reina****,
Roberta Cantù***, **Giovanna Balsamo******,
Barbara Cala*****, **Donatella Fiorentini*******,
Claudio Tosetto*****,
Laura Randazzo*****,
Vincenzo Marino*****

* *Assistente Sociale Sede Ser.T. Cittiglio - U.O.S.V.D. Prevenzione e Cura delle Condizioni di Dipendenza Area Nord - Dipartimento delle Dipendenze ASL Varese*

** *Dirigente Medico Coordinatore Sede Ser.T. Saronno - U.O.S.V.D. Prevenzione e Cura delle Condizioni di Dipendenza Area Sud - Dipartimento delle Dipendenze ASL Varese*

*** *Educatrice Professionale Sede Ser.T. Cittiglio - U.O.S.V.D. Prevenzione e Cura delle Condizioni di Dipendenza Area Nord - Dipartimento delle Dipendenze ASL Varese*

**** *Dirigente Psicologa Sede Ser.T. Arcisate - U.O.S.V.D. Prevenzione e Cura delle Condizioni di Dipendenza Area Nord - Dipartimento delle Dipendenze ASL Varese*

***** *Dirigente Psicologa Sede Ser.T. Busto Arsizio - U.O.S.V.D. Prevenzione e Cura delle Condizioni di Dipendenza Area Sud - Dipartimento delle Dipendenze ASL Varese*

***** *Dirigente Medico Responsabile U.O.S.V.D. Prevenzione e Cura delle Condizioni di Dipendenza Area Sud - Dipartimento delle Dipendenze ASL Varese*

***** *Dirigente Medico Responsabile U.O.S.V.D. Prevenzione e Cura delle Condizioni di Dipendenza Area Nord - Dipartimento delle Dipendenze ASL Varese*

***** *Dirigente Psicologa Responsabile U.O.S.V.D. Azioni di Rete territoriale nelle Dipendenze e Attività di coordinamento - Dipartimento delle Dipendenze ASL Varese*

***** *Dirigente Medico Direttore del Dipartimento delle Dipendenze ASL Varese*

Obiettivi

A partire dai primi anni 2000 all'interno del Dipartimento Dipendenze dell'ASL di Varese si è avviata una riflessione sui modelli di intervento per il trattamento dei giocatori patologici. In particolare si è sperimentato il modello della "psicoeducazione" elaborato dall'Equipe del Dr. Tazio Carlevaro, già Responsabile del Servizio Psichiatrico di Bellinzona (CH), ideato come

risposta alla cospicua tendenza ai drop-out in fase iniziale dei giocatori trattati al Servizio.

Negli anni il "modello" è stato integrato e modificato da successive riflessioni e verifiche sul campo, ultima delle quali ha visto impegnati gli operatori co-estensori del presente abstract in un gruppo di lavoro intra-Dipartimentale all'interno della Formazione sul Campo per l'anno 2015 dell'ASL di Varese, ed è attualmente in uso come strumento di lavoro presso sei Sedi Ser.T. del Dipartimento.

Obiettivi della psicoeducazione nel trattamento dei giocatori patologici sono:

- a. Promuovere una riflessione sul comportamento di gioco al fine di renderlo maggiormente consapevole;
- b. offrire elementi di conoscenza sul gioco e sul comportamento di gioco, in particolare sulle modalità che caratterizzano il gioco problematico;
- c. proporre alcune indicazioni per affrontare il problema.

In sintesi, la psicoeducazione rappresenta un percorso finito che, in un tempo breve, fornisce alcuni strumenti e conoscenze di base che possono preludere o meno ad un lavoro successivo o a una continuazione della presa in carico.

Materiali e metodi

L'intervento di psicoeducazione è strutturato in tre incontri, della durata di circa un'ora e mezza, con cadenza preferibilmente quindicinale e condotti da un solo operatore assistente sociale, educatore, psicologo, medico o co-condotti da una figura socio-psico-educativa con il medico ed è rivolto ai giocatori soli, oppure accompagnati dai familiari o amici.

Ciascun incontro ha un tema specifico oggetto di trattazione, in particolare:

- nel primo incontro si ricostruisce la storia del gioco e si inquadra la situazione oggettiva (frequenza del gioco, situazione economica, problematiche inerenti);
- nel secondo incontro ci si focalizza sul tema del "pensiero magico", ovvero sulla convinzione di poter influenzare il risultato del gioco, come uno degli elementi cardine del gioco patologico. Viene inoltre introdotto il tema del monitoraggio del denaro e del ripianamento dei debiti;
- il terzo e ultimo incontro è di sintesi ed ha lo scopo sia di monitorare eventuali cambiamenti già avvenuti nel comportamento di gioco, sia di ipotizzare interventi successivi.

Il materiale di lavoro è costituito da "moduli" che vengono utilizzati durante la prima e la seconda ora e un "manuale" diviso in tre parti che viene consegnato di volta in volta al termine degli incontri al giocatore/famigliare.

Vengono sempre anche proposti/suggeriti dei "compiti a casa" che hanno l'obiettivo di rinforzare e proseguire il lavoro fatto durante i colloqui e che vengono discussi nell'incontro successivo.

Al termine degli incontri viene concordata con il paziente la chiusura o la prosecuzione del lavoro, attraverso colloqui di monitoraggio a uno, tre, sei mesi e a un anno, oppure si rivaluta con il paziente/famigliare l'inizio di una nuova fase terapeutica ambulatoriale

(individuale, di coppia, presso gruppo di auto mutuo aiuto).

Risultati e conclusioni

In generale si è notata una tendenza alla remissione o alla riduzione del comportamento di gioco nella quasi totalità dei pazienti trattati fin dal primo incontro.

La totalità dei pazienti trattati ha proseguito con incontri di monitoraggio mensili della durata media di circa sei mesi, mentre circa il 30% ha proseguito il programma con interventi di supporto psicologico o medico.

Si è notata in tutti i pazienti e, laddove coinvolti, i loro familiari una maggiore consapevolezza e conoscenza delle tematiche relative al gioco d'azzardo e un maggiore controllo delle spinte compulsive, soprattutto in soggetti che non presentavano altre problematiche.

A distanza di tre/sei mesi dalla conclusione dell'intervento più del 70% dei pazienti ha mantenuto l'astensione da qualsiasi gioco illegale e/o legale e comunque le ricadute documentate sono state in generale meno gravi ed inferiori al 20% dei soggetti trattati.

Si è infine realizzato un aggancio con il Servizio che ha permesso di farvi ricorso, in caso di ricaduta nel gioco, in tempi più brevi e con conseguenze meno drammatiche.

LA RETE INTERISTITUZIONALE SARONNESE PER LE PROBLEMATICHE DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO: PIANO DELLE AZIONI INFORMATIVE VS GLI ADOLESCENTI E LA CITTADINANZA PER L'ANNO 2015

Fabio Reina*, **Maria Raffaella Guzzetti****, **Lanfranco Roviglio*****, **Laura Randazzo******, **Vincenzo Marino*******

* *Dirigente Medico Coordinatore Sede Ser.T. Saronno – U.O.S.V.D. Prevenzione e Cura delle Condizioni di Dipendenza Area Sud - Dipartimento delle Dipendenze ASL Varese*

** *Dirigente Medico Sede Ser.T. Saronno – U.O.S.V.D. Prevenzione e Cura delle Condizioni di Dipendenza Area Sud - Dipartimento delle Dipendenze ASL Varese*

*** *Medico di Assistenza Primaria – Distretto Saronno ASL Varese*

**** *Dirigente Psicologa Responsabile U.O.S.V.D. Azioni di Rete territoriale nelle Dipendenze e Attività di coordinamento - Dipartimento delle Dipendenze ASL Varese*

***** *Dirigente Medico Direttore del Dipartimento delle Dipendenze ASL Varese*

Obiettivi

Nel maggio 2014 è stato attivato un tavolo tecnico interistituzionale co-coordinato dalla Sede Ser.T di Saronno e dall'assessorato alle politiche sociali del comune di Saronno relativamente alla problematica del gioco d'azzardo patologico nell'area saronnese. A detto tavolo hanno partecipato anche i referenti degli assessorati alla cultura e istruzione, del progetto Ragazzi di Città (Ra.Di.Ci) e dell'ufficio commercio del comune di Saronno, oltre alla polizia locale e un rappresentante del Lions Club del Teatro di Saronno.

Gli obiettivi del tavolo di lavoro si sono orientati sul versante di garantire una "governance di rete" tra i vari

attori istituzionali e del mondo associativo onde rispondere alle indicazioni della Regione Lombardia contenute nella legge 8/2013 relativamente all'informazione, prevenzione e terapia vs le problematiche derivanti dal gioco d'azzardo patologico.

In seguito alle indicazioni del gruppo di lavoro, è stato anche predisposto un aggiornamento della "mappatura del territorio saronnese" tramite l'anagrafe degli esercizi e dei locali adibiti e autorizzati al gioco: bar, sale giochi, sala scommesse.

La Polizia Locale ha provveduto a programmare ed effettuare un piano dei controlli negli esercizi pubblici con slot e nelle sale gioco. In particolare si è verificato la presenza obbligatoria nel locale, dell'informativa sui rischi del gioco d'azzardo, secondo il modello predisposto dal Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL di Varese, posizionato in modo chiaramente visibile, e leggibile al pubblico.

Il Tavolo di lavoro ha condiviso e sostenuto il comune di Saronno come ente capofila territoriale, alla partecipazione al Bando della Regione Lombardia per lo sviluppo e il consolidamento di azioni di prevenzione e contrasto alle forme di dipendenza dal gioco d'azzardo lecito – l.r. 8/2013 con il progetto GAP 2.0 attraverso il quale verranno realizzati e diffusi degli spot per il web, indirizzati vs la realtà giovanile e degli anziani e l'attivazione di un laboratorio teatrale per un gruppo di venti alunni di un istituto secondario di secondo grado saronnese, con la successiva messa in scena di uno spettacolo teatrale informativo-preventivo vs il gioco d'azzardo patologico per tutti gli studenti degli istituti secondari di secondo grado di Saronno.

Parallelamente una compagnia di quattro attori professionisti elaborerà e porterà in scena uno spettacolo teatrale informativo-preventivo per tutta la cittadinanza saronnese, in collaborazione con la Sede Ser.T di Saronno. Entrambe le rappresentazioni teatrali avverranno presso il Teatro Giuditta Pasta di Saronno nella primavera del 2016. Al progetto GAP 2.0 è stato concesso nel giugno 2015, il finanziamento richiesto tramite il Bando, da parte della Regione Lombardia.

Materiali e metodi

Nell'ottica del governo delle azioni informativo-preventive vs target specifici, il tavolo tecnico di lavoro ha progettato degli interventi diretti verso gli alunni delle classi III degli istituti scolastici secondari di primo grado di Saronno nel gennaio 2015 e nel febbraio 2015

SARONNO GENNAIO - FEBBRAIO 2015

Incontri Informativi sul Gioco d'Azzardo

agli alunni delle Scuole Secondarie di Primo e Secondo Grado di Saronno



Gruppo GA Saronno



Comune Saronno



Tenzenza di Saronno



Programma degli Incontri

Presentazione della giornata informativa sul gioco d'azzardo:

Dr.ssa Valeria Valioni Assessore Servizi alla Persona, Famiglia e Solidarietà Sociale e Vice Sindaco di Saronno
Dr. Fabio Reina Coordinatore Sede Ser.T Saronno Dipartimento Dipendenze ASL Varese
Dr. Lanfranco Roviglio Medico di Assistenza Primaria e referente Lions Club Saronno del Teatro

Dr.ssa Maria Raffaella Guzzetti
dirigente medico Sede Ser.T di Saronno

Dal gioco ricreativo al gioco d'azzardo patologico: amicitie culturali, epidemiologiche e neurobiologiche

Dr. Fabio Reina
dirigente medico Coordinatore Sede Ser.T di Saronno

Vinse sempre il banco e + giochi + perdì : non lasciare che sia la fortuna a decidere per Te

Tenente Marco Velonà Guardia di Finanza Tenenza di Saronno

Aspetti legali e le nuove forme di gioco online

Agente Polizia Locale di Saronno

Il controllo e il monitoraggio del territorio

Associazione Giocatori Anonimi

Testimonianze ed esperienze dei gruppi di auto mutuo aiuto

Domande e confronto con gli alunni

VINCE SEMPRE IL BANCO





ASL Varese

Direzione Sociale
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE
U.O.S.V.D. PREVENZIONE E CURA DELLE CONDIZIONI DI DIPENDENZA
AREA SUD

Sede Ser.T. di Saronno

Via Varese 196 - 21047 Saronno
Tel. 02/9626478 - 45 - Fax 02/9607510
e-mail: sertsaronno@asl.varese.it
www.asl.varese.it
protocollo@pec.asl.varese.it

Sistema Qualità Certificato - UNI EN ISO 9001:2008

Saronno, Gennaio 2015

**Gentilissimi Genitori/Famigliari
degli alunni
degli Istituti Scolastici Secondari
di Primo e Secondo Grado di Saronno**

con la presente desideriamo invitarvi alla serata informativa sulle problematiche del gioco d'azzardo patologico che come Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL di Varese abbiamo organizzato, in collaborazione e con il patrocinio del comune di Saronno e del Lions Club Saronno del teatro, a conclusione del percorso informativo rivolto agli alunni degli Istituti scolastici secondari di primo e secondo grado saronnesi.

Restando disponibili come Dipartimento delle Dipendenze per ogni informazione aggiuntiva o chiarimento, attendiamo di incontrarvi il prossimo 13 febbraio alle ore 20.45 in Villa Gianetti via Roma 22 presso la sala del Bovindo a Saronno.

Cordiali Saluti

Il Coordinatore della Sede Ser.T Saronno (Dott. Fabio Reina) Il Direttore Dipartimento Dipendenze ASL Varese (Dott. Vincenzo Marino)



ASL Varese

DIREZIONE SOCIALE
DIPARTIMENTO DIPENDENZE
U.O.S.V.D. PREVENZIONE E CURA DELLE CONDIZIONI DI DIPENDENZA
AREA SUD

SEDE SER.T SARONNO

VIA VARESE 196

Tel. 02/9626478-45 fax.02/9607510 sertsaronno@asl.varese.it

INCONTRO INFORMATIVO SULLE PROBLEMATICHE
DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

13 FEBBRAIO 2015 ore 20.45

"Villa Gianetti sala del Bovindo"
Via Roma 22 Saronno

VINCE SEMPRE IL BANCO



+ GIOCHI
+ PERDI

Dott. VINCENZO MARINO
Direttore Dipartimento Dipendenze
ASL Varese

Dott. FABIO REINA
Coordinatore Sede Ser.T di Saronno
ASL Varese

con il patrocinio e in collaborazione:



THE INTERNATIONAL ASSOCIATION OF LIONS CLUBS
FONDATA 1917



LIONS CLUB SARONNO DEL TEATRO

interventi calibrati per gli studenti delle classi III degli istituti scolastici secondari di secondo grado cittadini. Nello specifico lo schema di intervento ha visto il coinvolgimento del coordinatore e di un dirigente medico della Sede SerT di Saronno, del comandante della Tenenza della Guardia di Finanza di Saronno, di un operatore della Polizia Locale, di un medico di assistenza primaria (medico di famiglia) e rappresentante del Lions Club del Teatro di Saronno e della testimonianza di giovani giocatori frequentanti il gruppo saronnese dell'associazione giocatori anonimi.

Complessivamente sono stati incontrati 350 alunni delle classi III degli istituti scolastici secondarie di primo grado e poco meno di 800 alunni delle classi III degli istituti scolastici di secondo grado di Saronno.

Il 13 febbraio 2015 attraverso una serata pubblica rivolta ai famigliari degli alunni degli istituti scolastici incontrati e alla cittadinanza tutta, il Direttore del Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL di Varese e il Coordinatore della Sede SerT di Saronno hanno illustrato la problematica del gioco d'azzardo, soffermandosi in particolare sull'andamento locale del fenomeno.

Risultati e Conclusioni

La "governance di rete" tra i vari attori istituzionali e del mondo associativo ha permesso di elaborare e offrire agli alunni degli istituti scolastici secondarie di primo e secondo grado, una equipe interistituzionale di specialisti, operatori e volontari, che con competenza e oggettivo apprezzamento, confermato dai riscontri del modello complessivo d'intervento nel 95% dei gruppi classe, durante le verifiche avvenute su stimolo dei docenti nei giorni successivi agli incontri d'aula.

Particolarmente numerose sono state le richieste di approfondimento agli specialisti della Sede Ser.T di

Saronno e al medico di assistenza primaria (medico di famiglia) dei possibili effetti "cerebrali" (neurologici, psicologici, di co-utilizzo di sostanze illegali e/o alcol e tabacco vs gioco d'azzardo) nella fase adolescenziale in un ragazzo, derivanti da un "problematico rapporto" verso alcuni giochi: slot macchine, video poker, scommesse sportive online, gratta e vinci, ecc.

Particolare interesse è stato manifestato dagli studenti anche vs le informazioni e gli aspetti legali (soprattutto per l'ambito giochi online/Web) illustrati dal comandante della Tenenza della Guardia di Finanza di Saronno e dall'agente della Polizia Locale di Saronno.

Durante gli incontri momenti di forte partecipazione "emotiva" si sono manifestati nei presenti, per le testimonianze e i racconti in prima persona vissuti, dai giovani giocatori frequentanti il gruppo saronnese dell'associazione giocatori anonimi.

Dato confermativo del più che positivo esito degli interventi è risultato, l'aumento delle conoscenze complessive medico-psicologiche-legali e dei possibili rischi connessi al gioco d'azzardo patologico espresso da oltre il 90% dagli alunni, durante i momenti di verifica nei gruppi classe con i docenti.

Anche l'incontro serale con i famigliari degli alunni e la cittadinanza saronnese è stato non solo l'atto conclusivo dei momenti informativi effettuati nella prima metà del 2015, ma soprattutto ha confermato la necessità di proseguire nell'ambito della corretta informazione vs target specifici della popolazione.

Con l'attivazione e l'effettuazione del progetto GAP 2.0 dal novembre 2015 alla primavera 2016, si proseguirà e si consoliderà l'attenzione alle problematiche derivanti dal gioco d'azzardo patologico vs i giovani e gli anziani con dei modelli ancor più innovativi e rispondenti alle domande del territorio.

IL SISTEMA ITALIANO DI REGOLAZIONE DEL GIOCO D'AZZARDO: GIUSTIFICAZIONI E CONTROARGOMENTAZIONI

Sara Rolando, Alice Scavarda

Eclectica, Istituto di Ricerca e Formazione (Torino)

Obiettivi

Il contributo è tratto da uno studio di caso condotto per l'Università di Helsinki nell'ambito del progetto "Gambling policy in European Welfare Regimes. A European research project on the Profitability of Gambling", finanziato dall'Academy of Finland.

Lo studio si basa su un'analisi documentale (letteratura, leggi promulgate a partire dagli anni Ottanta e fonti secondarie: discussioni parlamentari, report...) e sei interviste individuali dirette a studiosi del tema e a testimoni privilegiati.

Obiettivo principale era quello di ricostruire i principali passaggi legislativi che hanno portato all'attuale assetto regolativo del gioco d'azzardo italiano, descrivere le principali caratteristiche di quest'ultimo e analizzare le principali giustificazioni che il legislatore ha utilizzato e utilizza in merito alle politiche adottate.

Caratteristiche peculiari del sistema di regolazione del gioco italiano

La legislazione italiana in tema di gioco d'azzardo si contraddistingue nel panorama europeo innanzitutto per l'assenza di una normativa completa, sistematica e omogenea (Zenaro 2006; Fiasco 2011). La Corte Costituzionale (sentenza 152/1985) ha da tempo invitato il legislatore a promulgare una legge quadro nazionale, tuttavia questa richiesta non è ancora stata soddisfatta: la proposta di legge n. 23/2014, non approvata, rappresenta la più recente occasione mancata. Così l'attuale cornice regolativa mostra tutte le contraddizioni di un lungo e complesso processo di stratificazione legislativa (Bonfiglioli 2014), che ha visto le riforme modificare prima i corollari che gli aspetti centrali (Fiasco 2010), principalmente attraverso le leggi finanziarie o di stabilità.

Un'altra peculiarità del sistema italiano è il modello che regola il monopolio di Stato, basato su un mercato governato attraverso le "concessioni", che rappresentano una sorta di delega della funzione pubblica che permette di acquisire una posizione privilegiata in un mercato dove non c'è concorrenza. A differenza del sistema più diffuso in Europa basato sulla "licenza", secondo cui le aziende autorizzate devono operare in accordo con le leggi ordinarie che riguardano il diritto privato, amministrativo e penale, la "concessione" rappresenta l'esercizio di una funzione pubblica che non implica responsabilità oltre a quelle imposte dalle condizioni opera-

tive, in primis la condivisione dei proventi. I concessionari non sono quindi responsabili delle conseguenze del gioco sulla popolazione (Fiasco 2014) e i diritti dei consumatori non trovano in questo modello – che di fatto impedisce le c.d. "class action" – un'ade-guata considerazione e protezione.

Infine, l'uso dei proventi del gambling non è trasparente, cioè non c'è un'informazione pubblica su come questi vengano effettivamente spesi, anche quando, come nel caso del Decreto Abruzzo, il governo o un ministero facciano appello a bisogni economici specifici per introdurre dei cambiamenti normativi. Inoltre il sistema di tassazione non è legato a scopi specifici.

Breve storia del sistema legislativo dagli anni 80

Secondo Fiasco (2010) la legislazione italiana sul gioco ha attraversato quattro periodi. Il primo è durato dal 1889 al 1992, durante il quale il gambling era un'attività da limitare attraverso la gestione diretta di pochi tipi di gioco circoscritti a luoghi specifici, mentre l'installazione di macchine da gioco in luoghi pubblici era vietata. I primi segni della liberalizzazione possono essere però rintracciati nella legge 123/1987, che autorizzò il gioco del lotto in più di 400.000 tabaccherie che andavano a sostituire la rete delle ricevitorie amministrate dallo Stato. Sempre secondo Fiasco (2010) la seconda fase ha avuto inizio nel 1992, anno caratterizzato da una profonda crisi istituzionale ed economica, e dal bisogno urgente di entrate fiscali al fine di rientrare nei parametri di Maastricht. Da quel momento in poi il gioco è diventato una delle leve fiscali principali dello stato attraverso l'incremento del numero e dei tipi di gioco consentiti e dei luoghi in cui il gioco è possibile giocare (Pedroni 2014). Al fine di incrementare i proventi il governo adottò misure specifiche rispetto all'autorizzazione, la concessione e la gestione delle attività di gioco, dando inizio a un processo di esternalizzazione. In questo quadro si inseriscono l'introduzione delle lotterie istantanee (1994), il lancio del Superenalotto (1997) e soprattutto la legalizzazione delle slot machine nei luoghi pubblici (L.425/1995). Il processo di legalizzazione è culminato nella Finanziaria del 2001, che ha concesso ai governi locali l'autorizzazione per l'apertura di sale scommesse (previste fin dal 1997). Il 2003 segna l'inizio della terza fase caratterizzata da norme che, più che ad aumentare i proventi, mirano a stimolare e promuovere gli investimenti nel settore del gioco (Fiasco, 2010), diventato via via più libero dalle funzioni di controllo della pubblica sicurezza (Fiasco, 2012). Infatti con la legge 33 del 2002 l'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato (AAMS) ha acquisito un'ampia autonomia nell'esercizio della funzione pubblica di regolazione e controllo fiscale del mercato. Diverse funzioni (gestione, regolazione, pianificazione e strategia di mercato) sono state così concentrate in un'unica agenzia, la cui autonomia è stata aumentata ulteriormente con il Decreto n. 138/11 e la sua integrazione nella nuova Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (2012). E' in questo periodo che secondo Pedroni (2014) lo stato, rinunciando a esercitare un ruolo forte sul settore, ha perso definitivamente il suo "capitale simbolico", cioè credibilità, di fronte all'opi-

nione pubblica. Una delle leggi più importanti di questa fase è il Decreto Bersani (n. 248/2006) che, oltre ad autorizzare il gioco online, ha aperto il mercato ai concessionari stranieri. Nella stessa ottica la Finanziaria del 2007 ha introdotto nuove forme di Lotto e di Enalotto online e la legge 149/2008 ha autorizzato le videolotterie, ufficialmente introdotte dal Decreto Abruzzo (L.39/2009). Se la prima decade del 2010 è stata caratterizzata da numerose norme atte a espandere il mercato del gioco online e ad aprire la strada agli investitori stranieri, nello stesso tempo il legislatore ha preso atto per la prima volta dei problemi legati al gioco, introducendo il concetto di "ludopatia" (L.220/10). E' del 2012 il c.d. decreto Balduzzi che ha incluso il gioco patologico nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), imposto agli operatori del sistema gioco l'affissione di informazioni sui servizi di trattamento e introdotto limitazioni sulla pubblicità del gioco e sulla dislocazione delle slot machine miranti a proteggere i minori. Secondo Pedroni (2014), almeno per il suo impatto simbolico e mediatico, questa legge ha segnato una svolta nella storia della regolamentazione caratterizzata da un approccio restrittivo. Al contrario, secondo la maggior parte degli intervistati, la norma non ha avuto un impatto significativo in tal senso, considerato anche che la stessa legge introduce un nuovo tipo di SuperEnalotto. Molto più efficace, ma nella direzione opposta, è stato secondo Fiasco (2010) il Decreto n. 98/2011, che ha aperto la strada ai casinò online, segnando l'inizio della quarta fase della storia legislativa del gambling. Secondo l'autore la possibilità di giocare ovunque, grazie agli apparecchi mobili, quali cellulari e tablet, ha avuto l'effetto di una bomba all'idrogeno sul fenomeno, dal punto di vista legale, etico-politico e criminologico (ivi).

Giustificazioni e contro-argomentazioni

Il legislatore ha sostenuto e giustificato le scelte che hanno determinato la liberalizzazione e l'espansione del mercato del gioco italiano con due argomenti principali, spesso utilizzati insieme: il primo è il bisogno di incrementare le entrate fiscali, o meglio di generare flussi di cassa, il secondo è la necessità di contrastare il mercato illegale offrendo un'ampia gamma di giochi legali.

Il Decreto Abruzzo (L. 39/2009) fornisce un esempio particolarmente calzante in quanto implica l'uso strumentale di una tragedia nazionale, il terremoto occorso a L'Aquila il 6 Aprile 2009, per estendere il mercato del gioco, sia introducendo nuovi giochi e ampliando le modalità e i tempi in cui è possibile giocare, sia modificando le aliquote fiscali. Il Decreto prevede inoltre che le tabaccherie possano restare aperte anche nei giorni festivi e rende legali il poker, la roulette e i casinò online. Infine con questo provvedimento vengono lanciate le videolotterie (formalmente introdotte già dalla legge 184/2008). Il voto di fiducia richiesto dai rappresentanti del Popolo della Libertà ha indotto i senatori del Partito Democratico e di Italia dei Valori a ritirare tutti gli emendamenti presentati, in segno di responsabilità politica verso le persone terremotate. In questo modo il Decreto è stato approvato con l'astensione dal voto da parte delle opposizioni.

Tuttavia, alla tesi del gambling quale investimento economico si contrappone la teoria del gioco come "moltiplicatore di povertà" (Fiasco, cit. in Zavattiero 2010), secondo la quale il gioco non genera guadagni, in quanto rappresenta un bene dalla catena di distribuzione breve e i giocatori raramente investono i soldi guadagnati in attività produttive, ma piuttosto le reinvestono in gioco. Secondo Fiasco (2009) il gambling ha contribuito all'impoverimento delle famiglie italiane, minando alla loro capacità di gestione dei consumi, secondo Dotti (2013) implica una "reale diseconomia", che, attirando investimenti e risorse, cresce proporzionalmente alla crisi del commercio, dell'industria e dei servizi creando un circolo vizioso. Un'altra argomentazione che si oppone all'utilità del gambling quale fonte di guadagno per lo Stato è quella del paradosso per cui nonostante il costante aumento della c.d. "raccolta", le entrate erariali non hanno avuto una crescita proporzionale ma sono rimaste stabili o addirittura sono diminuite, come tra il 2010 e il 2012 (Fiasco 2010; Dotti 2013; Gandolfo e De Bonis 2013). Il paradosso si spiega con il fatto che il sistema di tassazione prevede aliquote differenti per i giochi tradizionali (lotterie, scommesse sportive...) e per i nuovi giochi (newslot, videolotterie, giochi online). Poiché i ricavi che derivano allo Stato da questi ultimi sono decisamente inferiori rispetto alle entrate garantite dai primi, da quando nel 2009 la quota di mercato dei nuovi giochi ha superato quella dei giochi tradizionali (i cui ricavati rappresentavano in questo anno il 71% del mercato totale) ciò è andato a scapito delle entrate erariali (Gandolfo e De Bonis 2013).

Alla seconda giustificazione del gioco legale quale mezzo per contrastare la diffusione del gioco illegale, diffusa fin dagli anni Novanta, si oppongono i risultati della "Relazione sul fenomeno delle infiltrazioni mafiose nel gioco lecito e illecito", frutto dell'indagine promossa dalla Commissione Anti-Mafia e dalla Commissione Affari sociali della Camera, discussa e approvata in Senato il 5 ottobre 2011, i cui risultati non hanno curiosamente attirato l'attenzione mediatica. L'indagine sottolinea l'abilità delle organizzazioni criminali nel penetrare il mercato legale, diventando operatori regolari. Le modalità sono molte e non mancano gli esempi recenti, come la scoperta di dozzine di società straniere e di centinaia di siti di scommesse che offrivano un doppio canale di scommessa, legale e illegale (si veda ad es. La Stampa del 22 luglio 2015). Il rapporto citato nota inoltre che l'introduzione delle slot-machines ha intenzionalmente offerto nuove opportunità alla criminalità organizzata, sia per la scarsa possibilità di controllo dei flussi che per la proliferazione dei punti gioco, che a loro volta incentivano l'usura. Lo stesso processo legislativo mostra come i confini tra il gioco legale e quello illegale siano labili: Dotti (2013) ad esempio introduce il concetto di "legalizzazione dell'economia illegale" a proposito del fatto che le slot siano state illegali ma di fatto tollerate fino al 2003, quando la legge Finanziaria le ha autorizzate, proibendo nello stesso tempo i video poker, a loro volta introdotti negli anni Novanta con l'escamotage di vincite non in denaro. Non solo dunque il mercato legale e quello illegale coesistono, ma uno studio recente

(Fiasco, 2014) ha evidenziato come quest'ultimo sia cresciuto notevolmente negli ultimi vent'anni, nonostante la parallela espansione del mercato pubblico.

Conclusioni

Lo studio mette in evidenza diversi aspetti peculiari del sistema italiano di regolazione del gioco d'azzardo e alcuni aspetti critici che meriterebbero di essere indagati e approfonditi in una prospettiva multidisciplinare, in modo da ottenere una comprensione del fenomeno che renda conto della sua complessità. In quest'ottica andrebbero incrementati anche gli studi sociologici sul tema che nel nostro paese sono ancora scarsi e ricevono poca attenzione.

Riferimenti bibliografici

Bonfiglioli (2014). *La normativa italiana in materia di gioco d'azzardo: un commento, in Cipolla (a cura di), Le implicazioni sociali del gioco d'azzardo. Il caso dell'Emilia Romagna*, Milano: Franco Angeli, pp. 33-43.

Dotti 2013: *Slot City, Brianza-Milano e ritorno*. Roma: Round Robin Editore.

Fiasco 2010: *Breve storia del gioco in Italia: tre epoche per tre strategie*, *Narcomafie* 9/10: 22-30.

Fiasco 2011: *L'azzardo di Stato sarà la nostra bolla, in AAVV: Ma a che gioco giochiamo? Il gioco d'azzardo da problema sociale e di dipendenza, a interessi economici, politici e criminali*, *Centro Sociale Papa Giovanni XXVIII*.

Fiasco 2012: *Il gioco d'azzardo e le sue conseguenze sulla società italiana. La presenza della criminalità nel mercato dell'alea*, <http://www.consultantiusura.it/attivita/file/179-ricerca-2014-qil-gioco-dazzardo-e-le-sue-conseguenze-sulla-societa-italiana-la-presenza-della-criminalita-nel-mercato-dellalea.html>

Fiasco 2014: *Misure e proposte per la regolamentazione del gioco d'azzardo*, *lesson on Youtube*, <https://www.youtube.com/watch?v=WLD1qXf14YY>.

Gandolfo e De Bonis 2013: *Il modello italiano di tassazione del gioco d'azzardo: linee guida di politica fiscale per lo "sviluppo sostenibile di un mercato importante e controverso. Discussion Papers of the Economy and Management Department – Università di Pisa, n.173* (<http://www.dse.ec.unipi.it/index.php?id=52>).

Pedroni 2014: *The "banker" state and the "responsible" enterprises. Capital conversion strategies in the field of public legal gambling*, *Rassegna Italiana di Sociologia*, 1: 71-97.

"*Relazione sul fenomeno delle infiltrazioni mafiose nel gioco lecito e illecito*" (2011), *Doc. XXIII n.8 della XVI Legislatura*.

Zenaro 2006: *Gioco d'azzardo e criminalità. Uno studio introduttivo sugli aspetti criminologici e sulle problematiche trattamentali del giocatore d'azzardo patologico in esecuzione di pena*, *Rassegna penitenziaria e criminologica*, pp. 79 ss.

IL GAMBLING TRA SOCIETÀ, ISTITUZIONI E CURA

Antonio Tomaselli*, **Margherita Taddeo****, **Lucia Ponzetta*****, **Vincenza Ariano******

*Ph.D. *Filosofia del Diritto Dipartimento Scienze Giuridiche Università del Salento*

***Psicologo-Psicoterapeuta, Ref. Servizio Gioco Patologico e Dipendenze Comportamentali, DDP ASL TA*

****Infermiere CPS Servizio Gioco Patologico e Dipendenze Comportamentali, DDP ASL Taranto*

*****Medico, Tossicologo, Igienista, Direttore Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL Taranto*

Abstract

With this article we want to tell how the gambling represents the most eloquent form of the complexity of contemporary risk society. It recognized the inability of the institutions and law to manage the problem because organized selectively, we show also how through the state operation mode is producing more and more social risk and deviance of this type. We think that a solution will come from the creation of social bonds through mutual assistance solidarity accompanied by observing psycho-educational.

I

L'argomento che viene affrontato in questo articolo racconta una delle forme che ha assunto negli ultimi anni il problema della devianza: il gambling. Esso si iscrive all'interno dell'alto livello di complessità raggiunta dalle società contemporanee, per questo il problema necessita di essere osservato da punti differenti: quello della società del mondo e del diritto, quello istituzionale e socio-sanitario. Il punto di partenza intende circoscrivere il tema chiamando in causa i concetti di biopolitica, libertà e cura¹. Viene alla luce come il governo politico della vita sia un fenomeno complesso che mette in campo una serie di pratiche che correlano la gestione di essa all'esercizio della libertà, dove quest'ultima si profila quale governo² autonomo di sé. La cura invece appare riconducibile alla sfera dei bisogni e dunque della necessità ed in questo senso può essere concepita come una condizione della libertà in cui l'analisi della biopolitica apre uno spazio teorico per pensare il nesso intrinseco esistente tra la libertà e la produzione di essa attraverso un esercizio anche ascetico di trasformazione della propria persona. In considerazione di ciò è interessante rilevare l'attualità del pensiero di M. Foucault che ebbe modo di affrontare la riflessione sul governo di sé e degli altri al mutamento che a partire dalla fine degli anni '70 subì il concetto di potere, il quale non venne più concepito come stato di dominio ma come la capacità di dirigere la condotta dell'altro servendosi di giochi strategici aperti tra le libertà. In questo senso il potere è pratica di

governo dal momento che esso non implica l'assoggettamento a stati di dominio ma descrive un esercizio autonomo e diffuso della libertà. Esso allora entra in relazione con la vita e la libertà attraverso la creazione di forme frutto di una articolazione interna alla dinamica del vivente che si rappresenta come una rete di rapporti di forza configuranti. È possibile quindi avvalorare questo discorso se concepiamo la società del mondo dal punto di vista della sua complessità la quale non tollera più una organizzazione verticistica di essa³. Sotto questo profilo quindi il tema della devianza come *gambling* assume l'aspetto di una irritazione tra la gestione della vita dell'individuo e la società che, in particolar modo nella forma del liberalismo, costituisce il quadro generale della biopolitica. Da questo punto di vista allora l'analisi dei dispositivi di governo della vita si rappresenta come gestione del rischio e del pericolo che ha bisogno di dominare e controllare al fine di una razionalità governamentale dell'esistenza attraverso l'utilizzo di *tecniche di sé* che si richiamano alla filosofia greca antica⁴. In questo senso l'intento è quello di costruire la libertà suscitandola e producendola all'interno dei confini della sicurezza sociale, amministrando i pericoli a cui la collettività è esposta nella complessità sociale in cui assistiamo all'aumento dei processi di precarizzazione sociale ed economica. Tutto ciò determina la diffusione di una insicurezza materiale come conseguenza della fine della società salariale, della diffusione della precarietà dei diritti, della insicurezza del reddito, della crescita esponenziale della esclusione e della marginalità.

II

Il contesto in cui inserire il problema del *gambling* appare caratterizzato dal passaggio della società industriale moderna alla società tardo moderna del rischio⁵ e del pericolo e dalla necessità di individuare dei vincoli che creino sicurezza. Questo determina un alto livello di prestazioni che la società del mondo post-moderna esige dagli individui; la protezione dai pericoli e l'appagamento dei bisogni di sicurezza da tutte le forme di minaccia. Tali richieste si scontrano con l'individualità di un numero sempre crescente di marginalizzati a cui si nega la formazione delle loro identità per una vita che sia appunto civile. In queste situazioni diventa sempre più difficile contenere il rischio sociale, il cui governo rinuncia al rapporto immediato con gli individui da controllare per limitarsi invece a regolare e gestire categorie di soggetti disegnando i contesti di interazione entro cui è consentito loro muoversi, comunicare, produrre. Le situazioni devianti da *gambling* vengono allora descritte come conseguenza di azioni che non dipendono tanto da vere e proprie patologie individuali, ma che provengono dalle *routine* quotidiane in cui vengono prodotte situazioni criminogene più che individui criminali: cioè contesti di interazione che celano un potenziale di rischio che richiede di essere controllato. In questa maniera cambia la percezione stessa della devianza che non è più riconducibile alla forma classica di significato ma viene ad essere compresa nel quadro di interazioni normali sociali come rischio che sfugge al calcolo, come incidente da evitare attraverso politiche criminali che agiscono sulla per-

sonalità del potenziale trasgressore attraverso l'individuazione di situazioni di vulnerabilità che possono appunto produrre occasioni criminali⁶. In questa maniera assistiamo ad una transizione dall'individuo patologico verso forme di immunizzazione di spazi o aggregati fisici e sociali che rappresentano invece un rischio per la collettività. La sicurezza allora non è conseguenza di un ordine sociale giusto, bensì un processo soggettivo di eliminazione o riduzione dei danni e di controllo dei margini di esercizio della libertà; ciò ci conduce a rappresentare le nuove forme di devianza attraverso la gestione economica del loro contenimento secondo il principio dell'ottimizzazione degli effetti e della minimizzazione dei costi; è in questo senso che si parla di "management del rischio criminalità"⁷ delegando quindi la costruzione di sicurezza sociale attraverso la costruzione di tecniche attuariali che vogliono impedire il peggio. "Tale sicurezza necessita di una produzione simbolica in grado di compiere una trasformazione delle immagini, delle rappresentazioni e delle aspettative. Tale condizione è soddisfatta dalla comunicazione sul rischio che rende possibile l'integrazione del controllo del rischio con l'agire economico e comunicativo"⁸. In tutto ciò la mediazione delle relazioni umane è operata dal mercato che rappresenta una visione del mondo in cui vengono canalizzate angosce, desideri ed aspettative e dove vengono organizzati i bisogni. In questa maniera la sicurezza diviene un affare privato e non la costruzione dello stato come istituzione, in cui il singolo deve saper ponderare prudentemente⁹ il proprio agire con i possibili rischi. Quanto più *imprenditore* il soggetto si dimostra nel proprio agire tanto più efficace sarà la rete di sicurezza che costruisce. Ma se la costruzione della sicurezza sociale viene delegata al singolo si comprende come muti profondamente il ruolo dello stato nonché la struttura stessa dei rapporti con il cittadino e le istituzioni. Lo stato moderno a cui siamo abituati a pensare infatti non è più in grado di legittimare e governare le società tardo moderne. La rete di sicurezza dei secoli passati non è più in grado di delimitare i rischi e tantomeno le misure amministrative e le categorie come responsabilità e colpa su cui è stato costruito il diritto penale sono capaci a circoscrivere il rischio criminalità o a sottoporlo ad un calcolo delle probabilità quando è sempre in gioco l'incertezza degli eventi. In questa maniera la rappresentazione dello stato, intesa come tutela primaria e generale della sfera pubblica viene minata alle basi, minacciando il mito stesso fondatore dello stato moderno.

III

L'osservazione del *gambling* dal punto di vista dello stato e del diritto necessita di dare una risposta ad una questione che si rappresenta come un paradosso: come è possibile che il soggetto che dovrebbe essere deputato al contrasto ed al controllo di questa forma di devianza sia lo stesso che consente ed incentiva la stessa? La risposta si palesa in una dimensione propria della società contemporanea come quella della *violenza* che richiede di essere regolata e che è insita nell'operare stesso del diritto come sua dimensione propria. Il problema della violenza del diritto, soprattutto quando

si tratta di affrontare tematiche come quelle delle devianze e del controllo sociale, è strettamente connesso al concetto giuridico di campo¹⁰ ed alla sua specialità. "Esso, come i soggetti che lo abitano, rappresenta un limite sia della politica che del diritto perché indica lo spazio in cui il dispositivo sovrano opera come meccanismo di produzione e trasformazione della vita naturale in nuda vita, vita abbandonata che può essere uccisa senza commettere omicidio"¹¹. Questo concetto serve ad argomentare il motivo per cui lo stato consente ed agevola la diffusione del gioco d'azzardo indicando lo spazio in cui le pratiche disciplinari e di controllo si integrano con il diritto sovrano di decidere la soglia tra il lecito e l'illecito e in molti casi anche tra la vita e la morte simbolica. L'eccezionalità sperimentata nella forma di un diritto inscritto in un campo in cui lo stato incita alla produzione di vere e proprie tecniche di esclusione sociale sono funzionali al mantenimento di un sistema economico produttivo fortemente selettivo. "Esso rappresenta l'orizzonte estremo delle pratiche della sovranità statale [...] il luogo in cui la legge sfuma in una pratica di controllo isolando a titolo preventivo una parte del corpo sociale sulla base di una presunzione di pericolosità; [...] una struttura finalizzata ad assolvere una funzione non di rieducazione di un soggetto colpevole, ma di controllo di una popolazione che per dati caratteri e condizioni viene ritenuta pericolosa"¹². Tutto questo è consentito e legittimato da quella concezione dell'istituzione come esercizio della forza, e la modalità con cui il potere sovrano appare e che giustifica la costruzione di campi di esclusione sociale è il razzismo¹³ che diviene così un meccanismo che opera all'interno dell'apparato statale. Tutto questo è fondamentale per la costruzione politica della paura e dell'insicurezza, due dei meccanismi basilari per la costituzione e il mantenimento dell'ordine all'interno della società borghese¹⁴. Così lo stato-istituzione dipende per la sua esistenza dalla costruzione di figure devianti mostruose che hanno aiutato ed alimentano ancora il tipo di insicurezza da cui dipende l'esercizio della sovranità statale. Attraverso l'emergenza di un potere che vuole agire direttamente sulla vita è possibile l'iscrizione del razzismo all'interno delle tecnologie dello stato. In questo senso il razzismo di stato determina una distinzione e divisione della popolazione, costruendo su di essa delle differenze e delle gerarchie. Ciò introduce il principio in base al quale la morte degli altri significa come ebbe modo di scrivere Foucault "il rafforzamento biologico di se stessi in quanto membri di una razza o d'una popolazione"¹⁵. La morte dell'altro è morte simbolica che produce nuove figure soggettive la cui esistenza istituzionale è interamente determinata da pratiche discriminatorie.

IV

A questo punto si impone una reazione a questo dilemma da una parte con una politica di responsabilizzazione dei cittadini e di costruzione di buone pratiche, dall'altra attraverso un approccio socio-sanitario. Buona parte dei soggetti esposti alle molteplici forme di devianza sono persone socialmente deboli, declassate, maltrattate, abusate ed infelici che non sono in grado di difendersi adeguatamente e da cui non c'è da

attendersi alcuna vendetta. Per questo è necessario, attraverso slogan quali *help for selfhelp*, organizzare campagne con l'intento di produrre coscienza del rischio e senso del dovere; creare nelle *safer cities* reti di sicurezza e di cooperazione nonché veri e propri *safer partners* o *tutors* cui affidarsi. Alla creazione quindi di queste reti socio-integrative di solidarietà deve necessariamente innestarsi l'osservazione sanitaria ed educativo-comportamentale. Nell'approcciare la cura e la riabilitazione sanitaria di questi pazienti, è necessario tenere in considerazione che gli interventi, per essere efficaci, devono agire su due livelli in maniera integrata: il primo livello riguarda le funzioni cognitive e quindi la mente, al fine di poter meglio controllare i disordini comportamentali; il secondo livello riguarda le neurostrutture e la presenza di patologie psichiatriche che possono trarre a volte un beneficio da contemporanei e integrati interventi farmacologici di supporto agli interventi psicologici e socio-ambientali. La letteratura scientifica sull'argomento riporta una serie di studi randomizzati pubblicati sui trattamenti cognitivi e comportamentali che sono risultati in assoluto più efficaci per la cura e la riabilitazione di questi disturbi. Le opzioni di intervento finalizzate alla riabilitazione possono essere molteplici e multidisciplinari, devono prendere in considerazione la cessazione del gioco d'azzardo, il counseling individuale e familiare, il trattamento ambulatoriale (di gruppo o individuale) e anche della famiglia e/o i programmi residenziali nei casi più gravi, ma anche la gestione della comorbilità da sostanze e psichiatrica, nonché la consulenza legale e finanziaria. Ovviamente, i trattamenti devono essere personalizzati sulla base delle caratteristiche individuali del soggetto. Tutto questo richiede Servizi multiprofessionali come i Dipartimenti delle Dipendenze, Servizi Specialistici che al momento si stanno facendo carico di interventi di prevenzione cura e riabilitazione rivolti al Gambling senza un riconoscimento ufficiale da parte dello Stato ossia prima ancora che la patologia sia stata inserita nei LEA.

BIBLIOGRAFIA

- Barcellona, P.-De Giorgi, R.-Natoli, S. *Fine della storia e mondo come sistema, (a cura di) De Cristofaro E. ed. Dedalo, Bari.*
- Bauman Zygmunt, *Is There a Postmodern Sociology? In "Theory, Culture and Society" 5, 2-3 (1988).*
- Foucault, M. *Biopolitica e liberalismo, Detti e scritti su potere ed etica (a cura di) Marzocca, O. ed. Medusa, Milano 2001.*
- Foucault, M. *governamentalità e ragion di Stato, in Bollettino dell'Archivio della Ragion di Stato, n.2, 1994*
- Foucault, M *Precisazioni sul potere. Risposta ad alcuni critici, in Aut Aut n. 167-168, Materiali di ricerca genealogica e interventi critici, settembre-dicembre 1978.*
- Luhmann N. *De Giorgi, R. Teoria della società, ed. Franco Angeli, Milano 2003.*
- Luhmann N. *Sociologia del rischio, ed. Mondadori, Milano 1996.*
- Messner, C. *Osservando il soggetto, ed. Pensamulti-*

media, Lecce.

- Neocleous, M. *Il mostro e la morte, funzione politica della mostruosità*, ed. DeriveApprodi, Roma 2008.

- Nuzzo, L. *Le anticamere del diritto*, ed. Pensamultimedia, Lecce 2008.

- Senellart, M. *Dalla ragion di Stato al liberalismo: genesi della governamentalità moderna*, in Galzinga, M. (a cura di)-Foucault, oggi.

- Strazzeri, M. *Il teatro della legge. L'enunciabile e il visibile*, Palomar, Bari 2007.

¹ Cfr. Foucault, M. *Biopolitica e liberalismo, Detti e scritti su potere ed etica* (a cura di) Marzocca, O. ed. Medusa, Milano 2001.

² Cfr. Foucault, M. *governamentalità e ragion di Stato*, in Bollettino dell'Archivio della Ragion di Stato, n.2, 1994, pp. 37-73; Senellart, M. *Dalla ragion di Stato al liberalismo: genesi della governamentalità moderna*, in Galzinga, M. (a cura di) Foucault, oggi, cit. p. 201.

³ Cfr. De Giorgi, R.-Magnolo, S. *Mondi della società del mondo*, ed. Pensamultimedia, Lecce 2005. "...la società non tollera verticalità e neppure gerarchie, non tollera più idee normative e neppure limiti esterni. Il limite della società è il mondo e il mondo è l'orizzonte delle possibilità, l'orizzonte entro il quale ciò che è possibile può sempre essere attualizzato. E il mondo si espande con l'espandersi della società, cioè con l'espansione della comunicazione sociale. E poiché questa società è l'unica società che esista, possiamo chiamarla società del mondo".

⁴ Nella società greca classica la cura di sé è stata il modo in cui la libertà individuale si è riflessa come etica. Il precetto di prendersi cura della propria persona era per i Greci uno dei principi basilari della vita nella città, una delle regole fondamentali della condotta sociale e personale e dell'arte di vivere. Nel periodo ellenistico e imperiale, la cura di sé divenne quindi un tema filosofico comune: fu accettata da Epicuro e dai suoi seguaci, dai cinici, dagli stoici come Seneca, dai pitagorici. Essa divenne una sorta di meditazione attiva, sviluppata attraverso formule che venivano ideate, praticate e insegnate. Fra queste pratiche, assunse un'importanza crescente la scrittura: "annotare riflessioni su se stessi da rileggere in seguito, scrivere trattati e lettere agli amici per aiutarli, tenere taccuini allo scopo di riattivare nel tempo le verità di cui si aveva bisogno".

⁵ Cfr. Luhmann, N. *Sociologia del rischio*, ed. Mondadori, Milano 1996; Barcellona, P.-De Giorgi, R.-Natoli, S. *Fine della storia e mondo come sistema*, (a cura di) De Cristofaro E. ed. Dedalo, Bari.

⁶ Cfr. Messner, C. *Osservando il soggetto*, ed. Pensamultimedia, Lecce, p. 139. Si pensi al controllo segregativo che si produce attraverso la recinzione di no-go areas e la fortificazione urbana che limita l'accesso di determinate categorie di individui a determinate zone della città. Si tratta di vere e proprie strategie di controllo attraverso apparati di sorveglianza rivolti ad intere categorie di soggetti. Zygmunt Bauman a tale proposito distingue le popolazioni in seduced e repressed: le prime controllate attraverso il mercato e il consumo, le seconde attraverso un sistema repressivo escludente. Cfr. Bauman Zygmunt, *Is There a Postmodern Sociology?* In "Theory, Culture and Society" 5, 2-3 (1988), pp. 217-237.

⁷ Cfr. Messner, C. *Vittimità e prudenzialismo. Nuove forme di controllo sociale fra individualizzazione e globalizzazione*, in *Sociologia del diritto*, n.2/2000, cit. p. 139-140.

⁸ *Ibidem*.

⁹ *Ivi*, cit. p. 142. L'impostazione attuale non si basa più su strategie statali ma sul principio del prudenzialismo privato. Se la sicurezza si trasforma in un affare privato, il singolo, seguendo gli imperativi da Kant definiti tecnico-pratici, "della intelligenza (prudenzialità) e della propria felicità" partecipa alla produzione del nuovo ordine postmoderno.

¹⁰ Cfr. Nuzzo, L. *Le anticamere del diritto*, ed. Pensamultimedia, Lecce 2008.

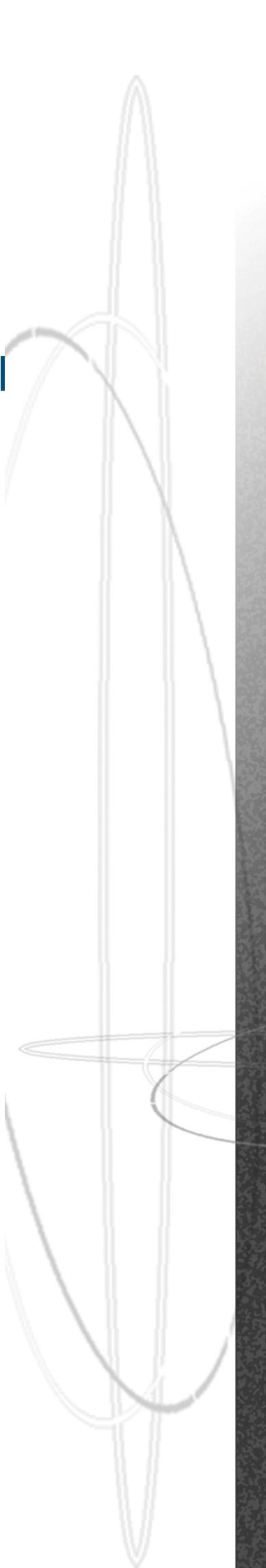
¹¹ *Ibidem*.

¹² *Ivi*, pag.94.

¹³ Sul razzismo come costruzione sociale di alterità non più fondata sulla diversità biologica ma sul tasso di devianza si veda Strazzeri, M. *Il teatro della legge. L'enunciabile e il visibile*, Palomar, Bari 2007, pp. 195-203.

¹⁴ Neocleous, M. *Il mostro e la morte, funzione politica della mostruosità*, ed. DeriveApprodi, Roma 2008.

¹⁵ Foucault, M. *Bisogna difendere la società*, cit. p. 166.



FeDerSerD